



Second Session
Thirty-ninth Parliament, 2007-08

SENATE OF CANADA

*Proceedings of the Special
Senate Committee on*

Aging

Chair:

The Honourable SHARON CARSTAIRS, P.C.

Monday, June 2, 2008

Issue No. 11

Twenty-first and Twenty-second meetings on:
Special study on aging

WITNESSES:
(See back cover)

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

SÉNAT DU CANADA

*Délibérations du Comité
sénatorial spécial sur le*

Vieillessement

Présidente :

L'honorable SHARON CARSTAIRS, C.P.

Le lundi 2 juin 2008

Fascicule n° 11

Vingt et unième et vingt-deuxième 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

SAINTE-ANNE, MANITOBA, Monday, June 2, 2008
(22)

[English]

The Special Senate Committee on Aging met this day at 9:02 a.m., in the Salon Marguerite Youville, Villa Youville, the chair, the Honourable Sharon Carstairs, P.C., presiding.

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

In attendance: Julie Cool and Karin Phillips, 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:

Villa Youville:

Jean Balcaen, President.

South Eastman Health:

Aurèle Boisvert, President.

Centre Taché and Foyer Valade:

Charles Gagné, Director General.

Conseil communauté en santé du Manitoba:

Annie Bédard, Executive Director.

Fédération des aînés franco-manitobains Inc.:

Thérèse Dorge, President;

Gérald Curé, Director General.

As individuals:

Dr. Gérald Gobeil;

Louis Bernardin.

The chair made a statement.

Mr. Balcaen, Mr. Boisvert, Mr. Gagné and Ms. Bédard each made a presentation and answered questions.

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

At 10:40 a.m., the committee resumed.

The chair made a presentation.

Ms. Dorge, Mr. Curé and Dr. Gobeil each made a presentation and answered questions.

Mr. Bernardin made a presentation.

PROCÈS-VERBAUX

SAINTE-ANNE, MANITOBA, le lundi 2 juin 2008
(22)

[Traduction]

Le Comité sénatorial spécial sur le vieillissement se réunit aujourd'hui, à 9 h 2, dans le salon Marguerite Youville de la Villa Youville, sous la présidence de l'honorable Sharon Carstairs, C.P. (présidente).

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

Également présentes : Du Service d'information et de recherche parlementaires de la Bibliothèque du Parlement : Julie Cool et Karin Phillips, 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^o 1 des délibérations du comité.)

TÉMOINS :

Villa Youville :

Jean Balcaen, président.

Santé Sud-Est Inc. :

Aurèle Boisvert, président.

Centre Taché et Foyer Valade :

Charles Gagné, directeur général.

Conseil communauté en santé du Manitoba :

Annie Bédard, directrice générale.

Fédération des aînés franco-manitobains Inc. :

Thérèse Dorge, présidente;

Gérald Curé, directeur général.

À titre personnel :

Dr. Gérald Gobeil;

Louis Bernardin.

La présidente fait une déclaration.

MM. Balcaen, Boisvert et Gagné et Mme Bédard font chacun une déclaration puis répondent aux questions.

À 10 h 35, le comité suspend ses travaux.

À 10 h 40, le comité reprend ses travaux.

La présidente fait une déclaration.

Mme Dorge, M. Curé et le Dr Gobeil font chacun une déclaration puis répondent aux questions.

M. Bernardin fait un exposé.

At 11:56 a.m., the committee adjourned to the call of the chair.

ATTEST:

SAINTE-ANNE, MANITOBA, Monday, June 2, 2008
(23)

[English]

The Special Senate Committee on Aging met this day at 1 p.m., in the Salon Marguerite Youville, Villa Youville, the chair, the Honourable Sharon Carstairs, P.C., presiding.

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

In attendance: Julie Cool and Karin Phillips, 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:

Health Canada:

Jim Wolfe, Regional Director, Manitoba.

Aboriginal Seniors Resource Centre (Winnipeg):

Thelma Meade, Executive Director.

Indian & Metis Friendship Centre of Winnipeg:

Dennis Sinclair, Program Manager.

Menno Home for the Aged:

Maria Krentz, Acting Administrator.

Steinbach 55 Plus:

Pat Porter, President;

Dianna White, Executive Director.

Club de l'Amitié:

Paulette Sabot, Treasurer.

Rest Haven Nursing Home:

Tannis Nickel, Director, Nursing Services.

South Eastman Health:

Sylvia Nilsson-Barkman, Services to Seniors Program Specialist.

The chair made a statement.

Mr. Wolfe, Mr. Sinclair and Ms. Meade each made a presentation and answered questions.

À 11 h 56, le comité suspend ses travaux jusqu'à nouvelle convocation de la présidence.

ATTESTÉ :

SAINTE-ANNE, MANITOBA, le lundi 2 juin 2008
(23)

[Traduction]

Le Comité sénatorial spécial sur le vieillissement se réunit aujourd'hui, à 13 heures, dans le salon Marguerite Youville de la Villa Youville, sous la présidence de l'honorable Sharon Carstairs, C.P. (*présidente*).

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

Également présentes : Du Service d'information et de recherche parlementaires de la Bibliothèque du Parlement : Julie Cool et Karin Phillips, 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 :

Santé Canada :

Jim Wolfe, directeur régional, Manitoba.

Centre de services aux aînés autochtones de Winnipeg :

Thelma Meade, directrice générale.

Centre d'amitié indien et métis de Winnipeg :

Dennis Sinclair, gestionnaire de programme.

Menno Home for the Aged :

Maria Krentz, administratrice intérimaire.

Steinbach 55 Plus :

Pat Porter, présidente;

Dianna White, directrice générale.

Club de l'Amitié :

Paulette Sabot, trésorière.

Rest Haven Nursing Home :

Tannis Nickel, directrice, Services infirmiers.

Santé Sud-Est Inc. :

Sylvia Nilsson-Barkman, spécialiste de programme en services aux aînés.

La présidente fait une déclaration.

MM. Wolfe et Sinclair et Mme Meade font chacun une déclaration puis répondent aux questions.

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

At 2:40 p.m., the committee resumed.

Ms. Krentz, Ms. Nickel, Ms. Sabot, Ms. Nilsson-Barkman each made a presentation and answered questions.

At 3:52 p.m., the committee adjourned to the call of the chair.

ATTEST:

À 14 h 35, le comité suspend ses travaux.

À 14 h 40, le comité reprend ses travaux.

Mmes Krentz, Nickel, Sabot et Nilsson-Barkman font chacune une déclaration puis répondent aux questions.

À 15 h 52, le comité suspend ses travaux jusqu'à nouvelle convocation de la présidence.

ATTESTÉ :

La greffière du comité,

Keli Hogan

Clerk of the Committee

EVIDENCE

STE. ANNE, MANITOBA, Monday, June 2, 2008

The Special Senate Committee on Aging met this day at 9:02 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, I would like to welcome you to this meeting of the Senate Special Committee on Aging.

Our committee is examining and reporting upon the implications of an aging society in Canada. The complex issues surrounding aging have concerned governments for many years. These issues have become all the more urgent as the number of elderly persons has increased, due to longer life expectancy and the aging of the post-war generation. As the programs and services targeting the elderly are essential to their well-being, it is incumbent upon us as parliamentarians to ensure their needs are fully met.

We have come to Ste. Anne to hear from various stakeholders about the implications of an aging society and, more specifically, to hear what they think about our second interim report tabled in the Senate on March 11. The report focuses on active aging, older workers, retirement and income security, healthy aging, aging in the place of one's choice, and the regional distribution of health care expenses associated with aging.

Ste. Anne is the fifth stopover in our Canada-wide tour and we are very much looking forward to hearing from today's witnesses who will, undoubtedly, help us develop a full range of recommendations for our final report.

For this morning's first round table, it is our pleasure to welcome Mr. Jean Balcaen from the Villa Youville; Mr. Aurèle Boisvert from Santé Sud-Est inc., Mr. Charles Gagné from the Centre Taché and Foyer Valade; and Ms. Annie Bédard from the Conseil communauté en santé du Manitoba. Thank you to all of you for having taken the time to meet with us today.

We will start with opening remarks and then move on to committee members' questions.

Jean Balcaen, President, Villa Youville: Madam Chair, as an individual, and on behalf of the organization I represent, I would like to welcome you to the Villa Youville. We are glad that you have chosen Ste. Anne as a meeting place and as a location in which to consult with the Manitoban community. It is quite appropriate, given the topic of today's presentations, that you chose to hold this hearing in a seniors' services centre. We hope you have a pleasant day with us.

TÉMOIGNAGES

SAINTE-ANNE, MANITOBA, le lundi 2 juin 2008

Le Comité sénatorial spécial sur le vieillissement se réunit aujourd'hui à 9 h 2 pour examiner, afin d'en faire rapport, les incidences du vieillissement de la société canadienne et d'en faire rapport.

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

[*Français*]

La présidente : Honorables sénateurs, messieurs et mesdames les membres du public, je vous souhaite la bienvenue à cette réunion du Comité sénatorial spécial sur le vieillissement.

Notre comité examine les incidences 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 d'une plus longue 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 l'entière satisfaction de leurs besoins.

Nous sommes venus à Sainte-Anne pour entendre divers intervenants nous parler des incidences du vieillissement de 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.

Sainte-Anne est le cinquième 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 la Villa Youville, M. Jean Balcaen; de Santé Sud-Est Inc., M. Aurèle Boisvert; du Centre Taché et Foyer Valade, M. Charles Gagné; et du Conseil communauté en santé du Manitoba, Mme Annie Bédard. Merci à tous d'avoir pris le temps de venir nous rencontrer aujourd'hui.

Nous commencerons par les déclarations préliminaires, pour, ensuite, passer aux questions des membres du comité.

Jean Balcaen, président, Villa Youville : Madame la présidente, en mon nom personnel et au nom de l'organisme que je représente, je tiens à vous souhaiter la bienvenue à la Villa Youville. Nous sommes heureux que vous ayez choisi Sainte-Anne comme point de rencontre et de consultation avec la communauté manitobaine. Votre choix de tenir cette audience dans un centre de services aux aînés est tout indiqué considérant le thème des présentations. Nous vous souhaitons une agréable journée parmi nous.

To begin with, we would like to make a general comment about your committee's second interim report dated March 2008. This important collection of issues and options with respect to the aging population paints an accurate picture of the overall experience of seniors throughout the country. The picture painted by the report is very much in line with what our Manitoban seniors are experiencing. Clearly, the experiences are the same regardless of the province of residence. And that is why we would like to add our voice to your interim report and, in doing so, ratify its content, confirm the importance of the issues outlined therein, and support the proposed amendments that have been brought forward. We hope that the very existence of this text is but a prelude to an ongoing effort to ensure that there is cooperation between all stakeholders concerned by the issues facing Canada's seniors, so that together we ensure that these issues are addressed.

Chapter 5 of your interim report deals with aging in the place of one's choosing. And it is in this spirit that we would like to draw your attention this morning to the need to make Canada's linguistic duality a top priority when it comes to maintaining quality of life among our francophone seniors. In most instances, language is inseparable from the expression of the culture that it underpins. The two together form a whole.

Villa Youville, which came into existence 43 years ago, and of which I am president, has from its very inception looked after the interests of elderly francophones from the southeastern region, in particular, other regions of the province, and of about 20 per cent of francophone seniors from the Winnipeg urban area. Villa Youville was officially designated a francophone organization 15 years ago and has, since then, stood out by offering a whole array of services in both official languages. The fact that the Manitoban government has acknowledged our linguistic competency is but further confirmation of why Villa Youville opened its doors in the first place. Our predecessors recognized how important it is for the villa's clientele to be served in their own language and to live in a familiar environment. It is a recognized and accepted fact that being able to live in the language of one's choosing is an important part of one's quest for quality of life.

Oftentimes, when it comes time to move to a long-term health care institution, there can be a lot of sadness. Often the change of address is associated with isolation, and being plunged into an unknown world where one does not know anybody. For francophones, that often amounts to a complete uprooting, a new village, a new town, a different culture, an unfamiliar language, different religious practices, and so on. The language and cultural baggage associated with the new place of residence are the main contributing factors to a feeling of detachment and a loss of connection with one's original community.

The cultural and linguistic awareness that characterizes residences for francophones helps to offset the tension and stress associated with moving. At the Villa Youville, for example, when a senior arrives, although it is still a stressful experience,

Nous aimerions, dans un premier temps, émettre un commentaire général concernant le deuxième rapport intérimaire de votre comité daté du mois de mars 2008. Cet important recueil d'enjeux et d'options par rapport à la population vieillissante nous brosse un portrait fidèle de la situation des aînés à travers le pays. La réalité décrite dans le document rejoint les expériences vécues par les aînés du Manitoba. De toute évidence, le constat est le même indépendamment de la province de résidence. Nous tenons donc à ajouter notre voix à votre rapport provisoire et, par le fait même, en ratifier le contenu, nous rallier aux identifications des enjeux présentés, et appuyer les propositions de modifications qui y sont avancées. Nous souhaitons que l'existence même de ce document soit le prélude d'un effort soutenu de participation et de collaboration entre tous les intervenants concernés par la condition des aînés au Canada afin que tous ensemble, nous continuions d'être soucieux de mener à bien ce dossier.

Le chapitre 5 de votre rapport provisoire traite de vieillir à l'endroit de son choix. C'est dans ce même esprit que nous aimerions ce matin porter votre attention sur la nécessité de tenir hautement prioritaire la dualité linguistique canadienne en ce qui a trait au maintien de la qualité de vie des aînés de langue française. La plupart du temps, qui parle langue, ne peut pas dissocier de celle-ci l'expression de la culture qui l'accompagne. Les deux forment un tout.

La Villa Youville, dont je suis président, existe depuis 43 ans et se fait un devoir depuis le tout début de s'occuper plus particulièrement des aînés francophones provenant de la région sud-est, des autres régions de la province, ainsi que pour environ 20 p. 100 d'entre eux, de la région urbaine de Winnipeg. Désignée officiellement organisme francophone il y a 15 ans, notre organisation a su se démarquer au fil des années en prodiguant toute sa gamme de services dans les deux langues officielles. Cette reconnaissance de notre compétence linguistique par le gouvernement manitobain ne venait en sorte que confirmer la raison d'être pour laquelle la Villa Youville avait initialement vu le jour. Nos prédécesseurs ont reconnu l'importance, pour la clientèle, d'être servie dans sa langue et de vivre dans un milieu qui lui est familier. Il est reconnu et accepté que de pouvoir fonctionner dans la langue de notre choix est un atout important dans la recherche d'une qualité de vie.

Souvent, quand le temps est venu de déménager dans une institution de santé de longue durée, l'heure est à la tristesse. On associe souvent ce changement d'adresse à de l'isolement, à l'arrivée dans un monde inconnu où l'on ne connaît personne. Pour un francophone, cela représente souvent un déracinement complet, un nouveau village, une nouvelle ville, une culture différente, un langage inhabituel, une pratique religieuse différente, et cetera. La langue et le bagage culturel de la nouvelle résidence contribuent principalement au sentiment de détachement et à la perte de connectivité avec sa communauté d'origine.

La sensibilité culturelle et linguistique que l'on retrouve dans une résidence pour les francophones, va contrebalancer la tension associée au déménagement. À la Villa Youville, par exemple, l'arrivée en institution, bien que stressante, constitue une entrée

it is an opportunity to be part of a new community, and also to reconnect with former acquaintances and friends. When a new client is admitted, frequently he or she reconnects and there are hugs and kisses which are evidence of prior connections. Often people recognize each other as being former neighbours, business associates, second or third cousins or personalities who played a particular role in the Manitoban francophone community. These linguistic and cultural ties are virtually a guarantee that the client will be able to adapt to his or her new environment and integrate into the new community. In many cases, those seniors who previously lived in isolation in their homes reconnect with their community, as it were. They are reunited with people that they knew previously. They have a new social network, and quite quickly, their admission into a long-term care facility plays a role in helping them feel like they are an inherent part of a social network which they thought they had lost forever.

Another important aspect of the phenomenon that I just described is that seniors reconnect with their francophone community through the visitors that come to the facility. These visitors often come from the same areas and fill seniors in on what is going on outside their Villa Youville community. These visitors are in a sense a lifeline to the broader francophone community. Residents find out about common acquaintances, get up to date on who is doing what, and form an opinion on the municipal councils' projects. Overall, it is just as if the seniors were still in their village participating fully in its development and vitality. All that is different essentially is that the seniors are living at a new address.

The new friendships which are built between visitors and residents become just as important as those enjoyed in their prior lives. One only has to think of the friend of a prior acquaintance who invites her sister to visit one of our residents on a weekly basis, who has become a new friend as a result of the visits she pays to her mother in the villa.

In conclusion, language and culture clearly play a key role in an individual's general well-being. It is therefore very important to continue maintaining a level of health care that is respectful of the beneficiary's linguistic and cultural reality. Awareness of the importance of ongoing attention to cultural differences is closely linked to the quality of patient care.

In closing, we would like to thank you for having invited us to participate in this day devoted to sharing ideas and for having listened to our comments on aging. We applaud your undertaking of such an initiative and we congratulate you for your dedication to issues affecting our seniors.

dans une nouvelle communauté, mais aussi des retrouvailles avec de vieilles connaissances. Lors de l'admission d'un nouveau client, il est habituel d'assister à de typiques retrouvailles où les embrassades sont authentiques et les démonstrations de connexions antérieures sont évidentes. Souvent, les gens se reconnaissent comme anciens voisins, associés en affaires, cousins lointains ou encore personnalités ayant assumé un certain rôle dans la communauté francophone manitobaine. Ces liens culturels et linguistiques sont, une quasi-garantie de l'adaptation du client à son nouveau milieu et de son intégration à sa nouvelle communauté. Dans bien des cas, les gens qui vivaient en isolement à la maison retrouvent en quelque sorte leur communauté. Ils sont réunis à nouveau avec ceux et celles qu'ils avaient l'habitude de côtoyer. Ils réintègrent leur réseau de connaissances, et soudainement, leur admission dans une institution de soins longue durée contribue à se sentir comme partie intégrante d'un regroupement qu'ils croyaient avoir perdu à jamais.

Une extension importante de ce phénomène que nous venons de décrire est que la réintégration à leur communauté francophone continue à s'effectuer via les visiteurs de l'institution. Ces derniers qui, pour la plupart, proviennent des mêmes patelins apportent à leur tour la version courante des faits extérieurs à la communauté de la Villa Youville. Les visiteurs de l'extérieur agissent comme ligne de vie avec la grande communauté francophone. On s'informe de nos connaissances communes, on se tient au courant de qui fait quoi, et on se fait juge des projets du conseil municipal. Somme toute, c'est comme si on était toujours là dans notre village en train de participer pleinement à son épanouissement. Tout ce qu'il y a de différent est que nous résidons à une nouvelle adresse.

Les nouvelles amitiés qui sont formées entre visiteurs et résidents deviennent aussi importantes que celles qui existent dans leur vie active. Nous n'avons qu'à penser à l'ami d'une connaissance antérieure qui invite sa sœur à rendre visite hebdomadairement à l'un de nos résidents, son nouvel ami, qu'elle a appris à connaître en venant visiter sa mère à la Villa.

En conclusion, il est évident que la langue et la culture jouent un rôle capital dans le bien-être général d'un individu. Il est donc très important de continuer à maintenir les acquis en matière de soins de santé qui sont respectueux de la réalité linguistique et culturelle du bénéficiaire. Une prise de conscience au niveau de l'importance de la sensibilisation continue aux divergences culturelles est intimement liée à la qualité de l'intervention auprès du client.

En terminant, nous aimerions vous remercier de nous avoir invités à prendre part à cette journée de partage d'idées et d'avoir bien voulu entendre nos propos sur le vieillissement. Nous vous applaudissons d'avoir entrepris une telle initiative et nous vous félicitons pour votre dévouement envers les questions relatives à nos aînés.

Aurèle Boisvert, President, South Eastman Health: Madam Chair, good morning and welcome to Southeastern Manitoba. I am pleased to cover the salient points regarding aging in our region in my capacity as chairman of the board of South Eastman Health/Santé Sud-Est.

[English]

I would like to address three topics, namely, linguistic services, poverty and palliative care pertaining to our elderly.

[Translation]

According to the Public Health Agency of Canada, culture is one of 12 main health determinants. And when we talk about culture, we include language. The quality of health services a patient or a client receives depends a great deal on his ability to communicate in his own language. Communication is and will always be a key factor in an individual's health and community. And this is increasingly important in an aging population, as people tend to return to their mother tongue when they age.

According to research, poor communication between a client and a care provider may, among other things, increase the probability of a patient misunderstanding medical advice or the prescribed treatment and lead to a considerable decrease in the quality of service.

As a regional health office that is designated bilingual, we must provide our clients with services in both official languages, in English and in French. However, the reality is that we often face several challenges in offering the full spectrum of services in both English and French, due, among other things, to budgetary constraints.

At South Eastman Health, we need funds earmarked strictly for bilingualism in order to fulfil our linguistic mandate. It is no longer logical for us to be in competition with ourselves to allocate budgets to offering services in French to the detriment of quality or the quantity of health services that we offer.

In Southeastern Manitoba, if we are already facing difficulty offering services in mandatory languages, how much more difficult will it be to provide services in German, Ukrainian or Spanish, which is the first language for our growing unilingual immigrant population? For this aging unilingual population, it is also important to be able to communicate in their mother tongue in order to ensure follow-up in accordance with health care providers' directives.

[English]

The second issue I would like to bring to your attention relates to aging in poverty. In our region, few subsidized housing initiatives exist whereby a ceiling rent would make housing affordable for an aging population living on a pension.

Aurèle Boisvert, président Santé Sud-Est Inc. : Madame la présidente, bonjour et bienvenue dans la région sud-est du Manitoba. Il me fait plaisir de vous parler des points saillants sur la réalité du vieillissement dans notre région, et ce, en tant que président du conseil d'administration de South Eastman Health/Santé Sud-Est.

[Traduction]

J'aimerais traiter de trois points, soit les services linguistiques, la pauvreté et les soins palliatifs aux personnes âgées.

[Français]

Selon l'Agence de la santé publique du Canada, la culture est l'un des 12 principaux déterminants de la santé. Et lorsqu'on parle de culture, on inclut la langue. La qualité des services de santé que reçoit un patient ou un client dépend beaucoup de sa capacité de communiquer dans sa langue. La communication est, et sera toujours un facteur clé de la santé des individus et de leur communauté. Et ceci est d'autant plus important chez la population vieillissante, car on a tendance à retourner à notre langue maternelle lorsqu'on vieillit.

Selon des recherches, une mauvaise communication entre un client et un prestataire de soins peut entre autres augmenter la probabilité qu'un patient comprenne mal les conseils médicaux ou le traitement prescrit et entraîner une baisse considérable de la qualité du service.

En tant qu'office régional de la santé désigné bilingue, il nous revient d'offrir à notre clientèle des services dans les deux langues officielles, soit en anglais et en français. Par contre, la réalité est que nous avons plusieurs défis à relever pour offrir toute la gamme de services et en français et en anglais, et ce, dû, entre autres, à des contraintes budgétaires.

À Santé Sud-Est, il nous faut des fonds destinés strictement au fait du bilinguisme afin de pouvoir rencontrer notre mandat linguistique. Il n'est plus logique de devoir être en compétition avec nous-mêmes pour affecter un budget à l'offre active des services en français, et ce, au détriment de la qualité ou de la quantité des services de santé que nous offrons.

Dans la région du sud-est du Manitoba, si nous avons déjà des difficultés à offrir des services dans les langues obligatoires, combien plus énorme sera le défi d'offrir un service en allemand, en ukrainien ou en espagnol, qui est langue maternelle de notre population unilingue immigrante croissante? Pour cette population unilingue vieillissante, il est aussi important de pouvoir communiquer dans leur langue maternelle afin d'assurer un suivi conformément aux directives du prestataire de soins.

[Traduction]

Le deuxième point sur lequel j'aimerais attirer votre attention est celui du vieillissement dans la pauvreté. Dans notre région, il y a peu d'initiatives de logements subventionnés avec un plafonnement des loyers qui rendrait le logement abordable à la population vieillissante vivant sur une pension de retraite.

However, where the ceiling for the rent does exist, adding the supportive housing cost to it often prevents our low-income pensioner client accessibility to such a service. With the low vacancy rate, it is even more difficult for our aging population to access affordable housing.

Furthermore, with the increasing costs of building material, contractors are finding it difficult to establish new affordable housing complexes accessible to our low-income pensioners. Because they need to recover the costs of the construction, it boils down to increased rent or sale prices.

It is the elderly who are in a bind as they cannot afford these increased costs for housing and supports. Our seniors already have to keep up with the cost of living on a very minimal pension. How can they keep pace with increased housing and living costs on so little income?

Our aging population deserves to age with dignity and have a quality of life that is affordable and within their means. Our parents and grandparents need to have access to affordable housing; they are more than deserving of it. They are more than entitled to have a place they call home — where they can have a balance at the financial, spiritual, emotional and intellectual level.

My final topic today speaks to palliative care services for the elderly. Though much has been accomplished federally, provincially and in our region, much more needs to be done. Based on a recent study by the Quality End-of-Life Care Coalition of Canada, QELCCC, less than 37 per cent of Canadians who are dying are receiving the type of care they require.

Many individuals who are nearing the end of their lives would prefer to die at home, surrounded by family and friends and supported by palliative care staff. Most individuals die in hospitals and personal care homes. Our challenge is to ensure that our staff are trained and supported to deliver quality end-of-life care.

Furthermore, that national study indicates that there can be wait times for these essential services. This is a serious issue, given that palliative care patients are in their final moments of life and should not have to wait for care.

Finally, we are seeing a significant percentage of dying Canadians never accessing palliative care services. In our region, it is reported that this can be due to fear, stigma and administrative barriers, such as physicians not completing referral forms. With a rapidly aging population and a rise in the number of individuals being diagnosed with advanced illnesses such as cancer, it is vital that all Canadians have access to the program, support and treatment that will provide them with comfort and dignity at end of life.

We need to develop the supports to ensure individuals who are dying have access to adequate end-of-life care whether they are dying at home, in hospital or in a personal care home. Our region includes rural areas, and geography and sparsely populated areas

Toutefois, quand il existe un plafond de loyer, l'ajout des coûts de logement supervisé en interdit souvent l'accès aux retraités à faible revenu. Le peu de places disponibles rend d'ailleurs encore plus difficile l'accès au logement abordable pour notre population vieillissante.

Qui plus est, avec l'augmentation du coût des matériaux de construction, les entrepreneurs ont du mal à implanter des complexes de logements abordables pour nos retraités à faible revenu. Ils doivent en effet rentrer dans leurs frais, si bien qu'il faut augmenter les loyers ou les prix de vente.

Les personnes âgées sont coincées : elles ne peuvent se permettre de payer le prix accru du logement et des services de soutien. Déjà, elles sont confrontées à l'augmentation du coût de la vie avec une pension restreinte. Comment faire face au coût croissant du logement et des dépenses courants avec de si faibles revenus?

Les personnes âgées méritent de vieillir dans la dignité et d'avoir une qualité de vie abordable à la portée de leurs moyens. Nos parents et nos grands-parents doivent avoir accès à un logement abordable; ils l'ont amplement mérité. Ils ont indubitablement le droit d'avoir un véritable chez eux où ils peuvent trouver un équilibre tant financier que spirituel, émotionnel et intellectuel.

Mon dernier point aujourd'hui est les services de soins palliatifs pour les personnes âgées. Beaucoup de progrès ont été accomplis au niveau fédéral, dans les provinces et dans notre région; mais il y a encore beaucoup à faire. D'après une étude récente de la Coalition pour des soins de vie de qualité du Canada, moins de 37 p. 100 des Canadiens qui se meurent reçoivent le type de soins voulus.

Nombreuses sont les personnes qui, à l'approche de la fin, préféreraient mourir chez elles, entourées de leur famille et de leurs amis, avec le soutien d'un personnel de soins palliatifs. Or, la plupart des gens meurent dans des hôpitaux et des foyers de soins personnels. Notre défi est de veiller à ce que notre personnel soit formé et appuyé afin d'assurer des soins de fin de vie de qualité.

Qui plus est, cette étude nationale indique qu'il peut y avoir des listes d'attente pour ces services essentiels. La question est grave, vu que les patients ayant besoin de soins palliatifs en sont aux derniers stades de leur vie et ne devraient pas avoir à attendre.

Enfin, nous constatons qu'une bonne part des Canadiens qui se meurent n'a jamais accès à des soins palliatifs. Dans notre région, il est indiqué que c'est à cause de la peur, de la stigmatisation et des obstacles administratifs, comme, par exemple, des médecins qui ne remplissent pas les formulaires de renvoi. Avec le vieillissement rapide de la population et l'augmentation des personnes chez lesquelles on diagnostique des maladies avancées, comme le cancer, il est essentiel que tous les Canadiens aient accès au programme, au soutien et au traitement qui leur assurera le confort et la dignité à la fin de la vie.

Il nous faut mettre en place les soutiens permettant de garantir aux individus qui se meurent un accès à des soins de fin de vie adéquats, qu'ils s'éteignent chez eux, à l'hôpital ou dans un foyer de soins personnels. Il y a dans notre région des zones rurales,

are an added challenge. Residents must travel for support. It was recently reported to us that some residents decline services, including palliative care radiation, as they cannot afford the gas for their car.

Our regional health authority is committed to achieving wellness and the best possible health partnering with individuals, families and communities. It is in partnership with government also that we can provide Canadians and our residents with the quality health services and quality of life that they need and deserve.

[*Translation*]

In conclusion, I want to thank you for having taken the time to hear me out this morning.

Charles Gagné, Directeur Général, Centre Taché and Foyer Valade: Madam Chair, I am the Director General of the Centre Taché and Foyer Valade. I apologize, but I did not have an opportunity to prepare a written brief, so I will simply add on to what my two predecessors presented. Moreover, I must not only express my support for the presentations by Mr. Balcaen and Mr. Boisvert, but also say that it is certainly a reality that we are facing in Winnipeg in the type of services that we offer, by that I mean the importance of services for seniors and adapting to the requirements of the aging population in my two facilities. I am going to speak as Director General and share with you our reality, which sometimes keeps us awake at night, as our mandate is to deliver services to people who are very vulnerable.

Foyer Valade and the Centre Taché are two homes with a total of 464 beds. One of the homes is mandated by the province to serve the francophone community; the other home, Centre Taché, with 314 beds, serves the population of Winnipeg by offering bilingual services. So we are mainly serving francophones in Winnipeg.

In both of these facilities, we offer several services, including palliative care, long-term care, chronic care, and we have specialized units for people suffering from dementia or Alzheimer's. In one of our facilities, we also offer services to a population referred to as "young adults" which is essentially a population facing a shortage of long-term care service providers and a lack of other residences within the community that can meet their needs. They are not in our facility because they are seniors; they are there, essentially, because they need care and services.

There are two things and two interrelated aspects, the first being the quality of service, which can inevitably keep a director general awake at night on occasion. And if there is one thing that I would urge you to emphasize in your report — and I have only quickly read through it once — it is this: regardless of where the services are provided, the aging person, today or in the future, will demand an unprecedented quality of services, a quality of services

éloignées géographiquement ou peu peuplées qui constituent un défi supplémentaire. Les résidents doivent se déplacer pour obtenir de l'aide. On nous a récemment rapporté que certains résidents refusent de recevoir des services, y compris un traitement aux rayons palliatif, parce qu'ils ne peuvent se permettre de payer l'essence pour leur voiture.

Notre office régional de la santé s'engage à assurer le bien-être et les meilleurs partenariats possibles dans le domaine de la santé avec des particuliers, des familles et des collectivités. C'est également en partenariat avec le gouvernement que nous pouvons apporter aux Canadiens et à nos résidents les services de soins de santé de qualité et la qualité de vie dont ils ont besoin et qu'ils méritent.

[*Français*]

Pour terminer, je tiens à vous remercier d'avoir pris le temps de m'entendre ce matin.

Charles Gagné, directeur général, Centre Taché et Foyer Valade : Madame la présidente, je suis directeur général du Centre Taché et du Foyer Valade. Vous allez m'excuser, je n'ai pas eu la chance de préparer un texte écrit, alors je vais simplement compléter ce que mes deux prédécesseurs ont présenté. D'ailleurs, je dois non seulement appuyer la présentation de M. Balcaen et de M. Boisvert, mais c'est certainement une réalité que nous vivons à Winnipeg dans le type de services que nous offrons, soit l'importance des services aux aînés et l'adaptation aux besoins de la population vieillissante de mes deux établissements. Je vais vous parler en tant que directeur général et vous faire part de notre réalité, qui parfois, peut nous garder éveillés la nuit, car notre mandat est de livrer des services à des personnes très vulnérables.

Le Foyer Valade et le Centre Taché sont deux foyers totalisant environ 464 lits. L'un des foyers est mandaté par la province pour desservir la communauté francophone; et l'autre foyer, le Centre Taché, de 314 lits, dessert la population de Winnipeg en offrant des services bilingues. Donc, on dessert principalement les francophones de Winnipeg.

À l'intérieur de ces deux établissements, nous offrons plusieurs services, dont des soins palliatifs, des soins de longue durée, des soins chroniques et nous avons des unités spécialisées pour personnes qui souffrent de démence ou d'Alzheimer. À l'intérieur de l'un de nos établissements, nous offrons aussi des services à une population dite « jeunes adultes », qui est essentiellement une population qui est aux dépens de fournisseurs de services dans des soins de longue durée faute de d'autres résidences à l'intérieur de la communauté pouvant répondre à leurs besoins. Ils ne sont pas dans notre établissement parce qu'ils sont âgés, ils sont là parce que, essentiellement, ils ont besoin de soins et de services.

Ce qui inévitablement garde un directeur général réveillé la nuit parfois, ce sont deux éléments et deux éléments interreliés, le premier étant la qualité des services. Et s'il y a une chose dans le rapport que je vous encouragerais à souligner davantage — et je n'ai fait qu'une première lecture du rapport —, c'est, indépendamment de là où elle reçoit les services, que la personne vieillissante, actuelle ou future, va exiger une qualité

that we have not yet seen. Bear in mind that this is, in fact, the first generation of aging people whom we are institutionalizing in what we call “long-term care facilities.” We do not yet know how we will have to adjust to the aging baby boomers. We know full well that what they will be looking for in long-term care and services will be very different from what our parents sought. We must ask ourselves if they will want the same level of services, as the baby boom generation influenced many policies and will continue to influence many policies. I hope that this report was not created simply to meet the needs of baby boomers, because we must bear in mind that it will be another 15 years before baby boomers are recognized as seniors. It is very likely that when the baby boomers hit 75, the definition of seniors will be different.

One aspect that concerns us at present, in addition to the quality of service level, is the shortage of manpower. Manpower has changed significantly in the field of health; we must devote a great deal of time to training, recruitment and retention of these workers. I do not think I am generalizing, but workers who are now in long-term care facilities, especially providing bedside services — and I am referring primarily to the non-professional manpower — are for the most part made up of immigrants who have recently arrived in Canada. In Winnipeg, we sometimes compare workers in homes to those of the textile industry 40 or 50 years ago. In Foyer Valade, as in Centre Taché, we are currently losing what I would call the homogeneous workforce which, 10 to 20 years ago, was mainly francophone, Franco-Manitoban, and well established in the community, and we are now seeing a diversified, multi-ethnic workforce which is not only bilingual, but which increasingly is not working for us simply because we are a bilingual centre, but because they are seeking a stimulating work environment.

So that is the challenge facing all care facilities and even all health service agencies. It will be a growing concern, if national labour force strategies are going to truly attempt to meet the needs of people who, in long-term care facilities, do not have the same media or political appeal as, for example, people requiring surgery for a knee or hip replacement or to correct a heart problem. Remember, an 85-year-old woman who breaks her hip in a home does not have the same appeal, in the health system or for the medical field, as a person who is 55 or 60 years old. But this perception will have to be completely overhauled, as there will be more and more of them. The quality of service and the workforce are two key aspects.

The third comment that I want to make — and in my view, this is not negotiable — is that older people who require services must live in a community that respects them. We must respect the fact that language and culture are of the utmost importance in the

de services sans précédent, une qualité de services qu'on n'a pas encore connue. Sachez que c'est, de fait, la première génération de personnes vieillissantes que nous institutionnalisons dans ce qu'on appelle « des établissements de soins de longue durée ». Nous ne savons pas encore comment nous allons nous adapter au vieillissement des baby-boomers. Et on sait très bien que ce qu'ils rechercheront dans les services de soins de longue durée sera très différent de ce que nos parents recherchaient. On doit se poser la question à savoir s'ils vont vouloir le même niveau de services, car la génération des baby-boomers a influencé beaucoup de politiques et continuera d'influencer beaucoup de politiques. J'espère que ce rapport n'a pas été créé simplement pour répondre aux besoins des baby-boomers, car il faut quand même se rappeler que nous avons encore un autre 15 ans avant que les baby-boomers soient reconnus comme des personnes âgées. Il est fort probable que lorsque les baby-boomers auront 75 ans, la notion de personnes âgées sera définie autrement.

Un des éléments qui nous préoccupe présentement, en plus du niveau de la qualité de services, c'est le manque de main-d'oeuvre. La main-d'oeuvre change énormément dans le domaine de la santé; on doit se préoccuper énormément de la formation, du recrutement et de la rétention de cette main-d'oeuvre. Je ne crois pas généraliser, mais la main-d'oeuvre qui se retrouve maintenant dans les foyers de soins de longue durée, surtout au niveau des prestataires de services à la table de chevet — et je parle surtout de la main-d'oeuvre non professionnelle —, est en grande partie une main-d'oeuvre d'immigrants et d'immigrantes nouvellement arrivés au Canada. À Winnipeg, on compare parfois la main-d'oeuvre des foyers à celle de l'industrie du textile d'il y a 40, 50 ans. Au Foyer Valade, comme au Centre Taché, nous sommes en train de perdre ce que j'appellerais l'homogénéité de notre main-d'oeuvre qui, il y a dix à 20 ans, était primordialement francophone, franco-manitobienne et bien établie dans sa communauté, pour maintenant voir une main-d'oeuvre multiethnique, diversifiée, mais qui est à la fois bilingue, et qui, de plus en plus, n'est pas à notre service simplement parce que nous sommes un centre bilingue, mais parce qu'ils recherchent des milieux de travail stimulants.

Alors, c'est le défi auquel font face tous les foyers et même toutes les agences de services dans le domaine de la santé. Ce sera de plus en plus préoccupant, si les stratégies nationales au niveau de la main-d'oeuvre vont vraiment répondre aux besoins des personnes qui, dans les foyers de soins de longue durée, n'ont pas le même attrait médiatique ou politique que, par exemple, des personnes qui ont besoin des chirurgies pour remplacer leur genou ou leur hanche ou pour corriger leur maladie cardiaque. Sachez qu'une dame de 85 ans qui se casse la hanche dans un foyer n'a pas le même attrait, dans le système de santé ou pour le corps médical, qu'une personne de 55, 60 ans. Alors, il va falloir changer énormément cette perception, car on en verra de plus en plus. La qualité des services et la main-d'oeuvre sont deux éléments clés.

Le troisième commentaire que je veux faire, c'est qu'il faut — et à mon avis, ce n'est pas négociable — que les personnes vieillissantes qui demandent des services vivent dans une communauté où on les respecte. On doit respecter le fait que la

aging process. Take my mother, for example, who was never perfectly bilingual, but who could get by in English; now, she is living in one of my homes and no longer speaks English. So simply being served by a person who cannot communicate in her language adds to her anxiety at an absolutely astounding level — and I have witnessed it — and I had not imagined the repercussions on the quality and services offered and the sense of insecurity that provides an older person.

In addition to culture, an important factor for this community is spirituality. The baby boomer generation will realize that they are not immortal, that all aspects of spirituality, of confessionality, will take on a different dimension; I have no doubt that that will take on importance in the delivery of palliative care and in the organization of services around certain communities, as clients will be looking for certain services related to spirituality and to confessionality, and we will have to invent or develop them in order to adapt to the community as such.

I congratulate you for the report which provides an excellent analysis of the current and future situations. And if I have one last comment to make, it is that if we are not successful in meeting and adapting to the increasingly demanding needs of our aging clientele, we will see that the private sector will accentuate the gap between people who can afford this care and those who cannot. So I think that it is a long-term threat if we do not succeed, as a system, in offering quality service at all levels and to all potential aging clienteles who will be faced with these needs.

Annie Bédard, Executive Director, Conseil communauté en santé du Manitoba: Madam Chair, since my colleagues have clearly illustrated the situation, I will perhaps go back to some aspects concerning official languages.

Madam Chair, first of all, I would like to thank you for having invited the Conseil communauté en santé du Manitoba to present its comments on the report of your committee on aging in Canada. I would like to congratulate you for the quality of the work that you have done on such an important topic. The task that you have undertaken is huge, given the complexity of the situation and the wide range of options available to us.

You will also allow me to point out — I am certain, Madam Chair, that you will share my opinion — that you would find it difficult to find, anywhere else in the country, a better place than Ste. Anne for delving into the issue of aging and services that are tailored to suit this stage in our life, particularly when dealing with francophone community members in a minority situation. The community of Ste. Anne has always been a pioneer in this field. The Villa Youville, where you chose to hold your hearings, is an eloquent example of this; as you can see, the decor is magnificent and there are a variety of adapted housing options with health services close by. And we know that here, in the Villa Youville, the ability to communicate in the client's mother tongue

langue et la culture sont primordiales dans le processus de vieillissement. Prenez ma mère, par exemple, qui n'a jamais été parfaitement bilingue, mais pouvait se débrouiller en anglais; maintenant, elle est résidente dans un de mes foyers et ne parle plus l'anglais. Alors, simplement se faire servir par une personne qui ne peut pas communiquer dans sa langue ajoute à son anxiété, à un niveau qui est absolument surprenant et dont — j'en ai été témoin — je n'avais pas imaginé les répercussions sur la qualité et l'offre des services, et le sentiment d'insécurité que cela apporte à la personne vieillissante.

En plus de la culture, un facteur important de cette communauté est la spiritualité. La génération du baby-boomer va réaliser qu'ils ne sont pas immortels, que tout l'aspect de la spiritualité, de la confessionnalité va prendre une dimension différente; je n'ai pas de doute, que cela prendra de l'importance dans la livraison des soins palliatifs et dans l'organisation de services autour de certaines communautés, car la clientèle va rechercher certains services en rapport à la spiritualité et à la confessionnalité, et il va falloir qu'on l'invente ou qu'on le développe afin de s'adapter à la communauté comme telle.

Je vous félicite pour le rapport, c'est un rapport qui fait une très bonne analyse de la situation actuelle et à venir. Et si j'ai un dernier commentaire à apporter, c'est que si on n'arrive pas à répondre et à s'adapter aux besoins toujours plus exigeants de la clientèle vieillissante, on va constater que le secteur privé accentuera l'écart entre les gens qui peuvent s'offrir ces soins et ceux qui ne peuvent pas se l'offrir. Alors, je crois que c'est une menace à long terme si nous n'arrivons pas, comme système, à offrir un service de qualité à tous les niveaux et à toutes les clientèles vieillissantes potentielles qui feront face à des besoins.

Annie Bédard, directrice générale, Conseil communauté en santé du Manitoba : Madame la présidente, étant donné que mes collègues ont illustré la situation de façon plus concrète, je vais peut-être revenir à des éléments qui touchent les langues officielles.

Madame la présidente, j'aimerais tout d'abord vous remercier d'avoir invité le Conseil communauté en santé du Manitoba à vous présenter nos commentaires sur le rapport de votre comité sur le vieillissement au Canada. J'aimerais vous féliciter pour la qualité du travail que vous avez fait sur un sujet d'aussi grande importance. La tâche que vous avez entreprise est colossale, étant donné la complexité de la situation et le large éventail des options qui s'offrent à nous.

Vous me permettrez aussi de vous souligner — je suis certaine, madame la présidente, que vous partagerez mon opinion —, que vous auriez difficilement pu trouver, à travers tout le pays, meilleur endroit que Sainte-Anne pour aborder les questions relatives au vieillissement et aux services les mieux adaptés à cet âge de notre vie et en particulier lorsqu'il s'agit des membres de communautés francophones en situation minoritaire. La communauté de Sainte-Anne a toujours été une pionnière dans ce domaine. La Villa Youville où vous avez choisi de tenir vos audiences est un exemple éloquent; un décor magnifique, comme vous avez pu le voir, des options de logement variées et adaptées, des services de santé à proximité. Et nous savons qu'ici, à la Villa

is an important factor. Essentially, we are a community that has made health services for seniors an integral and vital part of its economy.

I am the director general of the Conseil communauté en santé du Manitoba, the CCS; Mr. Charles Gagné is the president but today he had to put on another hat and so I am filling in as the organization's spokesperson. The Conseil communauté en santé du Manitoba is one of 17 French-speaking health networks located in the provinces and territories where francophones are in a minority situation.

But before I go into greater detail about the organization I represent, I would like to, if I may, go back to a comment that you have already heard regarding your report, namely that it would be opportune for it to acknowledge more explicitly the requirements of official language communities in a minority situation. We have referred to this issue here, but I would nevertheless like to emphasize some points in order to explain why. Of course, some witnesses have said that the report is not sufficiently explicit in detailing the federal government's obligations with respect to official language communities and have suggested that your report should urge the federal government to assume its specific responsibilities to official language minority communities, as you have been invited to do for the First Nations, the Inuit, the veterans and inmates of federal penitentiaries. So today, as I said, I would like to provide you with further explanations as to the why underlining this recommendation, and finally, I would like to make a few suggestions as to how this could be accomplished in concrete terms.

As you know, today our linguistic duality is at the very heart of the Canadian identity. This fundamental characteristic of Canada was enshrined in the first Official Languages Act adopted in 1969 and, later on, in the Charter of Rights and Freedoms of 1982, as well as in the amended Official Languages Act of 1988 and in various Supreme Court rulings interpreting the language rights provided for in the Charter. According to the amended 1988 Act, section 41 states that — and here I am making an aside —:

The Government of Canada is committed to enhancing the vitality of the English and French linguistic minority communities in Canada and supporting and assisting their development; and fostering the full recognition and use of both English and French in Canadian society.

As you also know, an amendment was made to the Official Languages Act adopted in 2005 making this obligation "judicable." This means that cases of non-compliance with this obligation to contribute to the development of official languages minority communities can be the subject of a court challenge. I am not a legal expert, but I have been told that this obligation on the part of the federal government to promote linguistic duality and to support the development of minority official languages communities is quasi-constitutional. On the basis of these legal aspects, the federal government has a specific obligation to ensure that any policies and programs developed

Youville, la capacité de communiquer dans la langue maternelle du client est un facteur important. En somme, une communauté qui a fait, des services de santé aux aînés, une partie intégrante et dynamique de son économie.

Je suis la directrice générale du Conseil communauté en santé du Manitoba, le CCS; M. Charles Gagné est le président, mais aujourd'hui il portait un autre chapeau, alors je suis la porte-parole de l'organisme aujourd'hui. Le Conseil communauté en santé du Manitoba est l'un des 17 réseaux santé en français que l'on retrouve dans les provinces et territoires où les francophones sont minoritaires.

Mais avant de vous présenter plus en détail l'organisme que je représente, vous me permettrez de revenir sur un commentaire que vous avez déjà entendu concernant l'opportunité que votre rapport reconnaisse plus explicitement les besoins des communautés de langues officielles en situation minoritaire. On en a parlé ici, mais j'aimerais quand même souligner des points pour aller un peu plus dans le pourquoi. Bien sûr, il y a plusieurs témoins qui vous ont souligné que le rapport n'est pas assez explicite quant aux obligations du gouvernement fédéral vis-à-vis des communautés de langues officielles et ont suggéré que votre rapport exhorte le gouvernement fédéral à assumer des responsabilités précises vis-à-vis les communautés minoritaires de langues officielles, comme on vous a invité à le faire pour les Premières nations, les Inuits, les anciens combattants et les détenus de pénitenciers fédéraux. Alors aujourd'hui, comme je le disais, j'aimerais vous entretenir plus sur le pourquoi de cette recommandation et, finalement, vous offrir quelques pistes pour assurer qu'elles se traduisent dans les faits.

Comme vous le savez, la dualité linguistique est aujourd'hui au cœur de l'identité canadienne. Cette caractéristique fondamentale du Canada est inscrite dans la première loi sur les langues officielles adoptée en 1969 et, plus tard, dans la Charte des droits et libertés de 1982, ainsi que dans la refonte de la Loi sur les langues officielles de 1988 et divers arrêts de la Cour suprême donnant une interprétation des droits linguistiques prévus dans la Charte. La refonte de la loi de 1988 a statué, à l'article 41 — et là j'ouvre les parenthèses — que :

Le gouvernement fédéral s'engage à favoriser l'épanouissement des minorités francophones et anglophones du Canada et à appuyer leur développement, ainsi qu'à promouvoir la pleine reconnaissance et l'usage du français et de l'anglais dans la société canadienne.

Comme vous le savez également, il y a une modification de la Loi sur les langues officielles qui a été adoptée en 2005 et qui rend cette obligation « judiciable ». C'est-à-dire que les cas de non-conformité à cette obligation de contribuer au développement des communautés minoritaires de langues officielles peuvent faire l'objet de recours judiciaire. Je ne suis pas juriste, mais on me dit que cette obligation qui est faite au gouvernement fédéral de promouvoir la dualité linguistique et d'appuyer le développement des communautés de langues officielles en situation minoritaire a un caractère quasi constitutionnel. C'est sur la base de ces éléments juridiques que le gouvernement fédéral a une obligation

with respect to aging bear in mind the realities of francophone communities in minority situations and ensure that these communities have real access to any programs that will be implemented. This fact deserves to be pointed out in your report, as others have mentioned earlier, and this is why we need your support and that of the committee to ensure that this quasi-constitutional obligation is not forgotten.

I can already hear you thinking and saying to yourself that aging often comes under provincial jurisdiction as it pertains to sectors such as health and social services, where the Government of Canada plays a relatively limited direct role. These are sectors where the provinces or territories have the primary responsibility and it is at this point that I would like to now talk to you about the organization I represent: the Conseil communauté en santé du Manitoba. As I said earlier, the CCS is one of 17 networks that belong to the Société santé en français; it was incorporated in 2004 and set up thanks to an initial investment made by Health Canada through Société santé en français. We very quickly received official recognition from the Government of Manitoba as the voice of the francophone community in the health and social services sectors. And today we can say that we are this bridge between the provincial and federal partners and the needs of the francophone community in Manitoba. We have launched and supported many initiatives designed to meet the needs of our seniors, using the lever of federal money which has facilitated the province's long-term commitment in projects that would probably not have been possible without a hand up from the federal government.

To illustrate what I am saying, I will give you an example — with a modest investment of \$60,000 from the federal government, the developers of a community health centre in the rural community of Notre-Dame de Lourdes managed to develop a centre and set up a multidisciplinary team which in turn enabled them to mobilize the community around this project and raise nearly two million dollars, with an additional one million dollars coming from the provincial health department. Today, the population of this rural municipality — and we know that rural communities often find it more difficult to provide services to their aging population — has access to health promotion and disease-prevention programs as well as health care in its language.

I know that I do not need to convince you about the negative impact of language barriers in health service delivery, but if I may, I would like to quote very quickly from a presentation entitled *The Impact of Language Barriers on Health Care*, which was given by Dr. Alexander Green, an associate professor at Harvard Medical School, during the third meeting of Santé en français held in Ottawa in February 2007. One of the research papers he quoted from showed that in the American hispanophone population, nearly half of the respondents from a household where Spanish was the language used at home felt that they had

précise d'assurer que les politiques et programmes qui seront développés en matière de vieillissement tiennent compte des réalités vécues par les communautés francophones en situation minoritaire et que ces communautés aient un accès véritable aux programmes qui seront mis en œuvre. Ce fait mérite d'être souligné dans votre rapport, comme on le soulignait tout à l'heure, et c'est pourquoi nous avons besoin de votre appui et de celui de votre comité pour rappeler cette obligation quasi constitutionnelle.

Je vous entends déjà penser et dire que dans le cas du vieillissement, il s'agira bien souvent de responsabilités provinciales touchant les domaines tels que la santé et les services sociaux, ce sont des domaines où le rôle direct du gouvernement du Canada est assez limité. Les secteurs où ce sont les provinces ou les territoires qui ont la responsabilité première, et c'est à ce point-ci que j'aimerais vous parler de l'organisme que je représente : le Conseil communauté en santé du Manitoba. Comme je le disais plus tôt, le CCS est l'un des 17 réseaux membres de la Société santé en français; il a été incorporé en 2004 et a été mis sur pied grâce à un financement initial de Santé Canada via la Société santé en français. Très rapidement, nous avons reçu une reconnaissance officielle du gouvernement de la province du Manitoba comme porte-parole de la communauté francophone dans les secteurs de la santé et des services sociaux. Et nous pouvons dire aujourd'hui que nous sommes ce pont entre les partenaires au provincial et au fédéral, et les besoins de la communauté francophone au Manitoba. Nous avons initié et appuyé nombre d'initiatives visant à répondre aux besoins de nos aînés, mettant à contribution le levier d'argent fédéraux qui ont facilité l'engagement à long terme de la province dans des réalisations qui n'auraient probablement pas été possibles sans le coup de pouce de départ du fédéral.

Pour vous illustrer le tout, je vous donnerai un exemple : avec une modeste somme de 60,000 \$ du gouvernement fédéral, les promoteurs de projet d'un centre de santé communautaire dans la communauté rurale de Notre-Dame de Lourdes ont pu développer un centre et mettre sur pied une équipe multidisciplinaire, ce qui leur a permis ensuite de mobiliser la communauté autour de ce projet et de réussir une collecte de fonds de presque deux millions de dollars, complétée par un investissement d'un million dollars du ministère de la Santé de la province. Aujourd'hui, la population de cette municipalité rurale — et on sait que les communautés rurales ont souvent plus de difficultés à offrir des services à leur population vieillissante — a accès à des programmes de promotion de la santé et de prévention des maladies, ainsi qu'à des soins de santé dans sa langue.

Je sais que je n'ai pas à vous convaincre de l'impact négatif des barrières linguistiques dans la prestation des services de santé, mais vous me permettez cependant de vous citer rapidement une présentation intitulée *The Impact of Language Barriers on Health Care*, donnée par le Dr Alexander Green, associé à la Harvard Medical School, lors du troisième rendez-vous Santé en français à Ottawa en février 2007. L'une des recherches qu'il citait révélait que dans la population hispanophone américaine, presque la moitié des répondants provenant d'un ménage où l'espagnol est la langue utilisée au foyer estimaient éprouver des problèmes de

difficulty communicating with their doctors. According to another study undertaken by the Wirthlin Worldwide Survey, nearly 20 per cent of the respondents said that they had refrained from seeking medical attention because their doctor did not speak their language, namely Spanish. Such research is important because it sheds light on language barriers and their impact on health services. Namely, people are less likely to seek medical attention, they are less likely to understand the care given, there is an increased risk of medical error, the quality of care provided is reduced, there is a greater likelihood of ethical issues and lower client satisfaction.

These are the primary consequences of linguistic barriers and it is for these reasons that we must ensure that official language communities have access to health care in their language, as we illustrated earlier with my colleagues. This fact is especially relevant for those population categories with precarious health and a command of English that is at times inadequate.

The CCS has just finished its first study on disabled francophones living in Manitoba, which of course includes elderly people with motor disabilities. One of the main conclusions of this study, apart from the fact that any disabled person needs services, is how crucially important access to services in French is for people to feel like full-fledged citizens. In addition to having a motor disability, if a person is also unable to receive treatment in French, this obviously has a huge impact on the quality of life and the health of that person. This leads to additional costs for the government and families.

To conclude this part, we would ask you to include in your report the notion that the Government of Canada is responsible for contributing to the development of minority official language communities. Although health care falls under provincial jurisdiction, it is important for the Government of Canada to take a leadership role in the area of official languages. We believe that the Santé en français networks, which operate in every province and territory, represent a model of cooperation between partners respectful of each other's jurisdictions. In fact, this was recognized in the recent report produced by Mr. Bernard Lord, who also pointed to the success of organizations which network and partner together, such as the Société santé en français. These organizations are a good model to follow.

Our organization has become a forum for discussion amongst all our partners who are interested in improving access to health care services and social services in French within Manitoba's francophone communities. This forum, which was created by the CCS, has helped to implement concrete initiatives, whose outcomes are measurable and which benefit our fellow francophone citizens, without sinking in the quagmire of jurisdictional battles. So instead of deploring the fact that your report does not address the issue of official languages, my intent today was to tell you why I think it is important that official languages be included in your final report, and to suggest how it can be integrated into areas of provincial jurisdiction.

communication avec leur médecin. Selon une autre étude réalisée par le Wirthlin Worldwide Survey, presque 20 p. 100 des répondants disaient s'être abstenus d'avoir recours aux services d'un médecin parce que leur médecin ne parlait pas leur langue, soit l'espagnol. De telles recherches sont importantes parce qu'elles mettent en lumière les principaux impacts des barrières linguistiques sur les soins de santé. C'est-à-dire que les personnes sont moins susceptibles de recourir aux services, elles sont moins susceptibles de comprendre les soins, il y a un risque accru d'erreurs médicales, il y a une moindre qualité des soins, il y a des risques accrus de manquement éthique, et la satisfaction du client est moindre.

Ce sont donc les impacts principaux des barrières linguistiques et c'est pour ces raisons qu'il est important de veiller à ce que les membres des communautés de langues officielles aient accès à des services de santé dans leur langue, comme nous l'avons illustré tout à l'heure avec mes collègues. Ce fait est encore plus vrai dans des catégories de population dont l'état de santé est précaire et dont la maîtrise de l'anglais laisse parfois à désirer.

Le CCS vient de terminer une première étude au Manitoba sur les personnes handicapées francophones, qui inclut bien sûr des personnes vieillissantes ayant des incapacités motrices. Un des principaux constats de cette recherche, outre les services nécessaires pour toute personne ayant une incapacité, est l'importance cruciale de l'accès à des services en français, et ce, afin d'être citoyen, citoyenne, à part entière. En plus de l'incapacité motrice, si on ajoute l'absence de services en français, l'impact sur la qualité de vie et la santé de la personne, cela parle de soi. Ces séquelles résultent en des coûts supplémentaires pour l'État et les familles.

Pour conclure cette section, nous vous demandons d'inscrire dans votre rapport la responsabilité du gouvernement du Canada de contribuer à l'épanouissement des communautés de langues officielles en situation minoritaire. Même si des services comme les services de santé sont d'abord de juridiction provinciale, il est important que le gouvernement du Canada exerce un leadership dans le domaine des langues officielles. Nous estimons que les réseaux Santé en français créés dans chaque province et territoire représentent un modèle de concertation des partenaires dans le respect des juridictions. Ce fait a d'ailleurs été reconnu dans le récent rapport de M. Bernard Lord, qui souligne que les réussites d'organismes de réseautage et de partenariat tels que ceux de la Société santé en français sont des exemples à suivre.

Le CCS du Manitoba est parvenu à devenir le forum de concertation de tous les partenaires intéressés à améliorer l'accès à des services de santé et des services sociaux en français pour les communautés francophones du Manitoba. La concertation mise en place par le CCS permet justement de réaliser des initiatives concrètes, mesurables au bénéfice de nos concitoyens, concitoyennes francophones sans être bloquées par des querelles de juridictions. Plutôt que de déplorer que votre rapport passe sous silence la dimension des langues officielles, j'ai plutôt voulu, ici, vous entretenir du pourquoi il est important que cette dimension figure dans votre rapport final et suggérer comment elle peut être prise en compte dans des domaines dits de responsabilité provinciale.

The Conseil communauté en santé du Manitoba would like to thank the Special Senate Committee on Aging for having invited us to make a presentation today. We believe that the work you are doing is extremely important. I hope that our observations will be useful to you, and we hope and believe that the changes we have proposed will be taken into account.

The Chair: Thank you very much, Ms. Bédard.

[*English*]

Let me begin by explaining that this committee has, in fact, ended up going to more unusual destinations than where senate committees normally go. You will find that frequently senate committees hit the big spots such as Montreal and Toronto, and we chose not to go to either.

When I started to look at Manitoba as a site, Ste. Anne immediately came to mind. It certainly was supported by Senator Chaput. However, I think I actually put it on the list before she even decided. It was for the very reason that we heard today. I thought it was very important to hear from a francophone community, outside the province of Quebec, in that community, and that is why we are here in Ste. Anne.

I would like to ask you, Mr. Gagné, about a program at Centre Taché, which I always thought was a very special program and which you did not speak about today. A lot of our emphasis has been not just on those needing care but on the caregiver. I would like you to mention briefly the day hospital and the burden, I think, that that lifts from many caregivers who are lucky enough to be able to access for their loved one that particular unit of Taché Centre.

Mr. Gagné: We are only starting to discover how to go about linking institutional care with community care. At one point in the health system, we created a bit of a silo approach to what is in the community and what is in the institutions.

The adult day centre at Centre Taché, which is the largest in the province, serves approximately 300 elderly. It runs eight programs over five days; we run three evening programs geared toward people who live at homes or in their communities or in their residences and want to have one outing a week. They come to Centre Taché where they are provided with a good quality meal, some activity, exercise and social interaction. The program tends to do extremely well in keeping people autonomous.

Every morning when I walk to work, especially at minus 40 in January, I notice these fragile 80- or 85-year-old individuals coming off a vital transit bus with their walkers going to this adult day centre, and I realize how much we give them a reason to wake up in the morning. It is important because one of the aspects of aging is not having anything to get up for in the morning. At some point, the elderly need to have that reason, and the adult day centre provides that.

Le Conseil communauté en santé du Manitoba remercie le Comité sénatorial spécial sur le vieillissement de l'invitation à présenter aujourd'hui une allocution. Nous croyons que le travail que vous avez entrepris est d'une extrême importance. J'espère que ces commentaires vous seront utiles et nous avons, je pense, bon espoir que les modifications que nous proposons seront bien entendues.

La présidente : Merci beaucoup, madame Bédard.

[*Traduction*]

Pour commencer, permettez-moi d'expliquer que notre comité a, en fait, choisi de se rendre dans des destinations inhabituelles pour un comité du Sénat. En effet, les comités du Sénat se rendent souvent dans de grandes villes, comme Montréal et Toronto, pas nous.

Quand j'ai commencé à envisager une visite au Manitoba, Sainte-Anne s'est tout de suite imposée. Le sénateur Chaput était bien sûr en faveur du choix, mais je crois que j'ai mis Sainte-Anne sur la liste avant même sa décision, pour la raison qu'on a avancée aujourd'hui : j'estimais très important d'entendre ce qu'avait à dire une collectivité francophone hors de la province de Québec. D'où notre présence aujourd'hui à Sainte-Anne.

Je voudrais vous demander, monsieur Gagné, de nous parler d'un programme au Centre Taché que vous n'avez pas abordé aujourd'hui, mais que j'ai toujours considéré comme unique. Il correspond à l'accent que nous mettons non seulement sur les soins nécessaires mais sur les aidants. J'aimerais que vous parliez brièvement de l'hôpital de jour et du fardeau dont il soulage de nombreux aidants, ceux qui ont la chance de pouvoir assurer à leurs proches les services du Centre Taché.

M. Gagné : Nous commençons juste à explorer comment lier les soins en institution avec les soins dans la collectivité. Pour l'instant, le système de soins de santé fonctionne un peu séparément, la collectivité d'un côté et les institutions de l'autre.

Le centre de soins de jour pour adultes du Centre Taché, le plus important dans la province, dessert environ 300 personnes âgées. Il offre huit programmes sur cinq jours; nous organisons trois programmes du soir visant les personnes qui vivent chez elles, dans leur collectivité ou dans leur résidence et qui veulent sortir une fois par semaine. Elles viennent au Centre Taché, où on leur sert un bon repas et où il y a des activités, des exercices et des rencontres. Le programme aide beaucoup les gens à maintenir leur autonomie.

Chaque matin, quand je me rends au travail à pied, surtout si nous sommes en janvier et qu'il fait moins 40, je suis frappé par la vue de ces personnes frêles, de 80 ou 85 ans, qui descendent d'un autobus de transport en commun — essentiel — avec leur marchette pour se rendre à ce centre de soins de jour pour adultes et je mesure combien il est important de leur donner une bonne raison de se lever le matin. C'est important, parce que l'une des caractéristiques du vieillissement est de ne pas avoir de raison de se lever le matin. Il faut donner aux personnes âgées une raison de sortir du lit le matin et c'est ce que fait le centre de jour de soins pour adultes.

I am sorry to be emotional about it, but an area we sometimes fail at, I think, with long-term care is that we sometimes remove that reason for the elderly to even get up in the morning because of the institutional environment we are in, even within the homes we house them. We need to get much better around that. That is where the whole dimension of spiritual care comes in. Spiritual care, in the widest sense of the word, is how I apply it.

I want to mention the importance of respite. A part of respite is to provide the caregiver needed rest in order to give them further encouragement on caring for their loved ones. When people have to send their loved ones into a long-term care home, sometimes we wonder if it is harder on the person we are receiving in the home or the person left behind. In most cases, it is probably harder on the one left behind in terms of their ability to continue to live with that individual. This is where I think a place such as the Youville Centre is an extraordinary example. If we could replicate that elsewhere, it would be of extreme value to our system in terms of that continuity of care and that aging-in-place thinking; that would help.

Senator Mercer: You all touched on a theme that we have heard in many places across the country, particularly in places with linguistic minorities such as in Moncton, New Brunswick. We heard about it in Moncton and also in Sherbrooke, Quebec. It is an issue of the availability of medical professionals, doctors and nurses, who work in the French language and the training of those people. I am interested to know about the training of the doctors and nurses in the francophone community in Manitoba.

We have heard, for example the difficulty they have, in New Brunswick because up until recently no training has been available in Atlantic Canada for doctors in French. However, now through the University of Moncton, in cooperation with the University of Sherbrooke, they are in their second year of medical school at the University of Moncton. Therefore, they are addressing the issue.

It is a real problem that we are not educating enough people in the medical field, but it gets even more magnified when we look at the linguistic minorities in certain parts of the country. Perhaps someone can address that issue and tell me, what is happening in Manitoba and what is happening in the Franco-Manitoban community?

Mr. Boisvert: I teach at St. Boniface University College, which is the French sector of the University of Manitoba.

We have established an agreement with the University of Ottawa and the University of Sherbrooke to be able to send some of our students to those universities so that they can study medicine in French. This is, I think, a very good step in the right direction.

However, we should have more vacancies for those students for two reasons. First, when someone studies to become a doctor, they might decide to specialize. Fifty per cent of them do, I believe. Therefore, that means that maybe they will not come back to their community because of that specialty. Second, when we send our students to Ottawa and Sherbrooke, they are

Excusez mon émotion, mais j'ai le sentiment que nous avons échoué dans le domaine des soins de longue durée, car nous éliminons parfois cette raison de se lever le matin pour les personnes âgées institutionnalisées, même dans nos foyers. Il y a de grands progrès à accomplir dans ce domaine. C'est là qu'entrent en jeu les soins spirituels. J'entends le terme dans son acception la plus large.

Je voudrais parler également de l'importance du répit. Assurer un répit aux aidants, c'est les encourager à continuer à s'occuper des personnes qui leur tiennent à cœur. Quand les gens doivent envoyer leurs proches dans des foyers de soins de longue durée, nous leur demandons qui souffre le plus : la personne accueillie dans le foyer ou celle qui reste seule qui doit apprendre à vivre seule? C'est pourquoi un endroit comme le Centre Youville est un exemple extraordinaire. Il serait bon de s'en inspirer ailleurs, notre système en serait considérablement amélioré en termes de continuité des soins et de possibilité de vieillir dans l'endroit de son choix.

Le sénateur Mercer : Vous avez tous mentionné un thème qu'on a évoqué dans de nombreux endroits au pays, notamment dans ceux où vivent des minorités linguistiques, comme Moncton, au Nouveau-Brunswick. On nous l'a mentionné à Moncton, ainsi qu'à Sherbrooke, au Québec. C'est le thème de la disponibilité des professionnels de la santé, médecins et infirmières, qui travaillent en français, ainsi que de leur formation. Je suis intéressé par la question de la formation des médecins et des infirmières de la collectivité francophone au Manitoba.

Nous avons entendu parler des difficultés auxquelles ces professionnels se heurtent au Nouveau-Brunswick parce que, jusqu'à tout récemment, aucune formation en français n'était offerte aux médecins du Canada atlantique. Toutefois, il y a maintenant des étudiants en deuxième année de médecine à l'Université de Moncton, grâce à une coopération entre cette université de Moncton et celle de Sherbrooke. Ils se sont donc attaqués au problème.

La vraie difficulté est que nous ne formons pas assez de gens en médecine; mais elle est décuplée quand on se penche sur le cas des minorités linguistiques dans certaines régions du pays. Peut-être quelqu'un pourrait-il aborder la question et me dire ce qui se passe au Manitoba, pour la communauté franco-manitobaine?

M. Boisvert : J'enseigne au Collège universitaire de Saint-Boniface, secteur français de l'Université du Manitoba.

Nous avons conclu une entente avec l'Université d'Ottawa et l'Université de Sherbrooke, afin de pouvoir y envoyer ceux de nos étudiants qui souhaitent étudier la médecine en français. C'est, selon moi, un pas dans la bonne direction.

Toutefois, il faudrait plus de places pour ces étudiants et ce, pour deux raisons. Premièrement, quand une personne étudie pour devenir médecin, il est possible qu'elle décide de se spécialiser, ce qui est le cas, je crois, dans 50 p. 100 des cas. Il est donc possible qu'elle ne rentre pas dans sa propre collectivité, à cause de sa spécialité. Deuxièmement, quand nous envoyons nos

generally 21 or 22 years of age. If they find a partner who lives out there, there is no guarantee that they will come back; we have to be very careful. If they do, well, so much the better because maybe they will bring back another doctor or physician, but that is usually not the case. Therefore, we need to have more opportunities to send more of our students to those universities.

The University of Manitoba should have a quota to guarantee that we have bilingual physicians coming out of that school also. I think that should be one of their criteria. Certainly, competency and academic performance are very important criteria, but there are maybe 500, 600, 700 people applying to go into medicine. I was talking with a professor who was on the committee that chooses the students; he said that when they get down to about 200 students and they only take 100, they could take any one of those 200 and they would be good physicians. Therefore, maybe we should look more seriously at having some of our students who are bilingual having access; that should become a criterion. It is very important.

I know here in Saint-Anne, all of our physicians are francophones. We are so blessed with that; it is incredible. However, they could use another three doctors here. They have always insisted on recruiting francophone doctors or bilingual doctors, and their challenge is enormous.

Ms. Bédard: The challenge is also important with nurses too. We now have the opportunity to have the nursing program at the St. Boniface University College, but this program was installed recently. Again, it is about training enough nurses to fill the demand that we have with the different establishments and also regional health authorities, RHAs. Therefore, that is still a challenge.

Also, timing is a huge challenge. For example, when the program finishes and nurses look for jobs, sometimes there is a gap in timing between when those people are looking for jobs and when the establishment and the RHAs can hire them. We talk about creating a fund for those organizations and establishments so that they are able to hire when those students are available in the workforce. If they do not have jobs right away, they will go somewhere else; they will go to another establishment, and then we sometimes lose the nurses that we are training to be bilingual professionals.

Senator Mercer: Has a closer examination has been done of the University of Moncton program where the students are at the University of Sherbrooke but are studying at Moncton? I appreciate the relationship with the University of Ottawa as well. Has there been any study of perhaps trying to adapt the Moncton model to fit the St. Boniface University College?

Mr. Gagne: There may have been some willingness to study the model, but there is a particular challenge in Manitoba, to the extent that we already have a faculty of medicine. This was not the case in New Brunswick, which facilitated some of the inter-relationship between the University of Moncton and the University of Sherbrooke. Therefore, we always have to ensure

étudiants à Ottawa et à Sherbrooke, ils ont généralement 21 ou 22 ans. S'ils trouvent un partenaire qui habite là-bas, rien ne garantit qu'ils reviendront; il faut donc être très prudent. S'ils reviennent, tant mieux, parce qu'ils reviennent peut-être avec un autre médecin; mais ce n'est pas le cas le plus fréquent. C'est pourquoi il nous faut plus d'occasions d'envoyer un plus grand nombre de nos étudiants dans ces universités.

L'Université du Manitoba devrait avoir un contingentement pour la formation de médecins bilingues. Ce devrait être, à mon avis, l'un des critères. La compétence et les résultats universitaires sont, bien sûr, des critères importants, mais il y a 500, 600, 700 personnes qui demandent à suivre des études de médecine. Un professeur membre du comité de sélection de ces candidats m'a dit qu'une fois le choix réduit à 200 candidats possibles, tous étaient en fait susceptibles de faire d'excellents médecins et qu'ils n'en retiennent que 100. Cela m'amène à penser que l'on pourrait envisager de garantir l'accès à certains de nos étudiants bilingues; cela pourrait devenir un critère, car c'est très important.

Je sais qu'ici, à Sainte-Anne, tous nos médecins sont francophones — une chance incroyable. N'empêche que nous pourrions avoir trois médecins de plus ici. L'idée est de recruter uniquement des médecins francophones ou bilingues, ce qui constitue un énorme défi.

Mme Bédard : Le défi est de taille pour les infirmières aussi. Nous avons maintenant la chance d'avoir un programme en études infirmières au Collège universitaire de Saint-Boniface, mais il n'existe que depuis peu de temps. Là encore, il s'agit de former assez d'infirmières pour répondre à la demande de différents établissements ainsi que des offices de santé régionaux. Le défi demeure.

Il est aussi difficile d'agir au bon moment. Par exemple, lorsque le programme arrive à son terme et que les infirmières cherchent des emplois, il s'écoule parfois beaucoup de temps entre le début de la recherche d'emploi et le moment où les établissements et les offices régionaux de la santé peuvent embaucher ces infirmières. Nous proposons la création d'un fonds pour ces organisations et établissements afin qu'ils puissent embaucher les infirmières étudiantes dès qu'elles sont disponibles à travailler. Si elles ne trouvent pas immédiatement d'emploi, elles iront ailleurs. Elles iront dans un autre établissement et nous perdons parfois ainsi bon nombre d'infirmières qui ont été formées pour devenir des professionnelles bilingues.

Le sénateur Mercer : A-t-on examiné de plus près le programme de l'Université de Moncton, où les étudiants à l'Université de Sherbrooke sont inscrits à Moncton? J'aime bien aussi la relation avec l'Université d'Ottawa. A-t-on songé à adapter le modèle de Moncton au Collège universitaire de Saint-Boniface?

M. Gagné : Certains seraient peut-être prêts à étudier le modèle, mais il y a une difficulté particulière au Manitoba : nous avons déjà une faculté de médecine. Ce n'est pas le cas au Nouveau-Brunswick et l'établissement de liens avec l'Université de Sherbrooke en a été facilité. Il faut donc toujours s'assurer que nous sommes en partenariat non seulement avec

that we not only partner with the University of Manitoba, but ensure that they are always on side from a community perspective, or even from a training facility perspective. My work also leads me to St. Boniface General Hospital, which is a teaching facility and is also affiliated with the University of Manitoba.

I think we have seen over the last four or five years, with the promotion of the Consortium national de formation en santé, the CNFS — sorry, I cannot translate that — much more openness at the university level to look at trans-provincial cooperation around how we train. Fortunately, universities are not of the silo mentality as much as they may have been in the past, in protecting their territory. The Sherbrooke-Moncton model has often been used as a case in point around how that can work. The relationship St. Boniface University College has with the University of Ottawa has a lot of potential to develop more opportunities for our francophones to learn, teach and study in French, while at the same time continue to not make it that University of Manitoba does not have an obligation to train people who will stay in Manitoba and ensure that within those training programs, that they do recognize a need for bilingual physicians. I would make the same case for the need for Aboriginal physicians. They do have that responsibility, I would argue, as well.

The Chair: This year they had 24,000 applications at McMaster University for their medical school. They had 14,000 at the University of Ottawa. It makes you realize that perhaps we should not only be establishing more francophone centres but also more medical schools.

[Translation]

Senator Chaput: I would like to begin by thanking all four witnesses. As a member of Manitoba's francophone community, and in my capacity as a senator who represents this community's tradition in Ottawa, it is always a pleasure for me to hear what you have to say, it makes me even prouder, and it makes my job even more enjoyable in the Senate. So thank you to the four of you.

I have a general question and it is not directed at any witness in particular. In the course of your presentations, you rightly spoke to the importance of cultural and linguistic awareness, of spirituality, and, increasingly, of the right for a person to choose to die at home. But certain services would have to be available for that to happen. For example, Mr. Gagné, you talked about day centres in urban areas. Is there a day centre here which provides this type of care for seniors, or something to that effect? I remember that at one point we were talking about the well-being of seniors. Is this in fact the reality? There is a centre here for francophones living in this region.

Mr. Balcaen: Yes, there is a day centre for seniors. About 75 to 80 people are using it at the moment. I know this is a very important service, because my neighbour, who is 95, uses it. And I have occasionally driven her there or picked her up from the centre and she has told me about everything that went on during the day in great detail. She has also told me how happy she

l'Université du Manitoba, mais aussi avec la communauté, et avec les établissements de formation. Je vais aussi parfois travailler à l'hôpital général de Saint-Boniface, une institution d'enseignement aussi affiliée à l'Université du Manitoba.

Au cours des quatre ou cinq dernières années, avec la promotion du Consortium national de formation en santé, je crois que nous avons vu davantage d'ouverture au niveau universitaire pour envisager une coopération transprovinciale en matière de formation. Fort heureusement, les universités n'ont plus autant leur vieille mentalité d'isolement et ont moins tendance à protéger leur territoire. Le modèle Sherbrooke-Moncton est souvent cité comme exemple à cet égard. La relation du Collège universitaire de Saint-Boniface avec l'Université d'Ottawa pourrait donner lieu à davantage de possibilités d'apprentissage, d'enseignement et d'études en français pour nos francophones, sans pour autant dégager l'Université du Manitoba de son obligation de former des professionnels qui resteront au Manitoba et de s'assurer que ses programmes de formation reconnaissent le besoin en médecins bilingues. J'en dirais autant pour les médecins autochtones. Je dirais qu'ils en ont la responsabilité.

La présidente : Cette année, l'école de médecine de l'Université McMaster a reçu 24 000 demandes d'admission. Pour l'Université d'Ottawa, c'était 14 000. Cela doit faire comprendre qu'il faut non seulement créer davantage de centres francophones, mais aussi plus d'écoles de médecine.

[Français]

Le sénateur Chaput : J'aimerais tout d'abord commencer par vous remercier tous les quatre. Comme membre de la communauté francophone du Manitoba et sénateur représentant par tradition cette communauté à Ottawa, cela me fait toujours très plaisir d'écouter vos présentations, cela ajoute à ma fierté et rend mon travail encore plus facile au Sénat. Je vous remercie tous les quatre.

Ma question sera d'ordre général et quiconque veut y répondre sera le bienvenu. Lors de vos présentations, vous avez parlé, avec raison, de l'importance de la sensibilité culturelle et linguistique, de la spiritualité et, de plus en plus, le choix pour la personne aînée de mourir chez elle. Alors, afin de permettre ce choix à la personne âgée de mourir chez elle, il y a certains services qui le préconisent. À titre d'exemple, monsieur Gagné, vous avez parlé de ce qui s'appelle en anglais day center, pour les centres urbains. Est-ce qu'il y a un centre ici qui offre ce genre de soins de jour pour les aînés, ou un principe semblable? Je me souviens qu'il a été question du bien-être des aînés. Est-ce une réalité? Il y a un centre ici pour les francophones de la région.

M. Balcaen : Oui, il y a un service de garde de jour pour les personnes âgées. On a près 75 à 80 participants en ce moment. Je sais que c'est très important parce que ma voisine, qui a 95 ans, en bénéficie. Et j'ai eu l'occasion de la conduire ou venir la chercher, après la garde de jour, pour l'entendre parler de ce qui s'était passé pendant toute la journée, du plus petit menu détail et puis

was to get out of the house a little. She is 95 years old, she is very lucid and very physically active. I think one of the reasons for this is probably the day centre at Villa Youville.

Senator Chaput: Do you have a transportation service similar to the one at the Centre Taché, or do people who come to the centre have to find a ride themselves, from someone they know or from a volunteer?

Mr. Balcaen: There are drivers available who get their mileage paid to drive these individuals to the centre and pick them up afterwards.

Senator Chaput: My second question is about home care. I did not hear any comment about home care and its importance for seniors in helping them stay in their homes as long as possible. Could I have some comments on home care?

Mr. Boisvert: In our region, people who need home care are never turned down. Home care is very important in our region for reasons of compassion and respect, and dignity for people. It is also very important for very practical reasons, because, proportionally speaking, we have the lowest number of acute care beds in the province. We have fewer than two beds per 1,000 people in the region for acute care. Our objective is to keep people in our region at home as long as possible. In other words, that means keeping them out of hospital and out of our long-term care institutions. I think we have a very good home care program. That does not mean that we could not improve it, and in some cases older people will want to die at home. People providing home care services must get more training in palliative care. One of our challenges is to provide our team with this type of training.

Ms. Bédard: With respect to home care, which is your recommendation 60, I think, I would like to suggest a national program. I think this is extremely important. However, I would add that the training of bilingual people is also important as well as the whole issue of trust. When people come to our homes to provide home care, trust is obviously a very important feature. That is why it is so important to have services in French, services that meet the needs of these people for ethical reasons, but also to reduce the likelihood of misunderstanding when people are given instructions regarding their care.

Mr. Gagné: I support the points that have been mentioned. Your chapter on housing in your report is very good. However, at some point there will have to be some balance struck. Clearly, people can be kept in their homes if the government is prepared to cover the cost of home care. All the residents in our facility could stay at home with the right resources. It is just that from an economic point of view, this may not be the right solution in all cases.

de comment elle était contente d'être sortie de chez elle. Elle a 95 ans, elle est très lucide, très active physiquement et je pense qu'une des raisons c'est probablement le service de garde de jour à la Villa Youville.

Le sénateur Chaput : Est-ce que vous avez, ici, un moyen de déplacement semblable à celui du Centre Taché ou est-ce que la personne qui veut venir doit trouver elle-même son conducteur ou son bénévole?

M. Balcaen : Il existe des chauffeurs qui sont rémunérés pour le kilométrage pour conduire ces personnes-là et venir les chercher après.

Le sénateur Chaput : Ma deuxième question concerne les soins à domicile. Je n'ai pas entendu de commentaire à l'égard des soins à domicile et de l'importance de ces soins-là pour que la personne aînée, encore une fois, demeure le plus longtemps chez elle. Est-ce que je pourrais avoir des commentaires sur ces soins à domicile?

M. Boisvert : Dans notre région, quelqu'un qui a besoin des soins à domicile n'est jamais refusé. Les soins à domicile sont extrêmement importants pour nous dans notre région pour des raisons de compassion et de respect, de dignité pour la personne et aussi pour des raisons très pratiques, parce que nous avons le nombre de lits à soins aigus le plus bas dans la province au point de vue de proportion. Nous avons moins de deux lits par 1 000 personnes dans notre région pour les soins aigus. Notre but est donc de toujours garder les gens de notre région chez eux le plus longtemps possible ou, d'une autre façon, de dire de les garder hors de nos hôpitaux et hors de nos institutions à soins à longue durée. Nous avons, je pense, un très bon programme de soins à domicile. Cela ne veut pas dire qu'on ne pourrait pas l'améliorer et que peut-être il arrive un moment où que ceux qui vieillissent vont vouloir mourir chez eux. Les personnes qui donnent ces soins doivent recevoir plus de formation sur les soins palliatifs. La question de la formation de notre équipe envers ces soins est certainement un des défis que nous avons.

Mme Bédard : Je voudrais ajouter, concernant les soins à domicile, soit votre recommandation n° 60, je crois, et vous suggérez un programme national. Je pense que c'est extrêmement important. Mais j'ajouterais à cela la formation de personnes ressources bilingues et aussi toute l'importance de l'aspect de confiance. Lorsqu'on reçoit des gens chez nous pour des soins à domicile, l'élément de confiance est très important, d'où l'importance d'offrir des services en français, des services adaptés à la réalité de ces gens-là, pour réduire des erreurs d'éthique, mais aussi des erreurs de compréhension lorsqu'on donne des directions pour les soins à la personne.

M. Gagné : J'appuie les points qui ont été soulevés. Votre section sur le logement, dans votre rapport, est très bien. Cependant, à un moment donné il va falloir qu'on se donne un certain équilibre. Il n'y a pas de doute qu'on peut garder des personnes à domicile si l'État est prêt à financer les soins à domicile. Tous les résidents, chez moi, avec les bonnes ressources, peuvent rester à la maison. C'est juste qu'économiquement, peut-être, ce n'est pas toujours le bon modèle.

Manitoba wants to establish something between home care and long-term care facilities. They would be called residences for semi-independent individuals or supportive housing. However, we think there will be a lot of problems with this idea. Even though we do see it as having a great deal of potential, people are aware of home care and they want it as a right. Those who are less aware of home care services may go into long-term care facilities prematurely. There could be middle ground, while people are still in the community, which would be known as supportive housing.

In our opinion, one of the problems is that there is not necessarily any coordination. One of the key points in your report is that it is difficult for the system to incorporate all these services and there is some fear on the part of this system about making older people aware of all the service options available to them. I am often surprised to find out from the people I deal with that they are not familiar with the services available to the aging population. Our health care providers are reluctant to provide this information because they are afraid that the demand for certain services will exceed the supply.

The baby boomer generation will cause us to provide more transparency in health care services than we have ever seen. They will be informed, they will be aware and they will make certain demands. The government will have to find the right economic balance so as to provide the best services to the community. I am not sure that doing more in all areas will allow us to meet needs better. The objective is to better coordinate the services we have, so that people can make choices and can be aware of the choices available to them at various stages of their life.

Senator Chaput: And where should this coordination come from, in your opinion, Mr. Gagné? Ultimately, we do need some coordination somewhere for all these services.

Mr. Gagné: First of all, this is of course a matter that comes under provincial jurisdiction and the so-called regional authorities are very much involved. The coordination could be done at that level. Nevertheless, the federal government has a huge role to play not only as regards equalization and tax incentives, but also in setting minimum national standards for services. For example, in Manitoba, there are standards for long-term care and for home care that are very different from those in place in New Brunswick. Do we want to see something in the system at the national level? There are tremendous disparities regarding various services. Or, do we want some standardization so as to influence provinces in their planning with the federal government as to how to coordinate all of this? In my opinion, this is no different from the major debate we had on health care regarding performance indicators and the establishment of health information institutions. I believe this is part of the same negotiations that will have to happen at some point regarding the service standards that elderly people deserve.

Au Manitoba, on a remarqué qu'on veut créer tout un secteur entre celui des soins à domicile et le secteur de soins de longue durée, ce qu'on appelle des résidences pour personnes semi-autonomes. Par contre, on y voit beaucoup de difficultés. Même si on voit beaucoup de potentiel à développer ce secteur, on voit que la communauté ou les citoyens sont sensibilisés aux services à domicile et en font un droit. Et ceux qui sont moins sensibilisés aux services de soins à domicile vont peut-être rentrer dans le secteur de soins de longue durée prématurément. Il y aurait probablement un intermédiaire, à l'intérieur de leur stage de communauté, aux résidences pour personnes semi-autonomes — ce qu'on appellerait, en anglais, « supportive housing ».

Une des difficultés qu'on voit, c'est qu'il n'y a pas nécessairement de coordination. Un des éléments clés dans votre rapport, c'est la difficulté du système à intégrer tous ces services et une certaine peur errante dans le système de sensibiliser les personnes vieillissantes à leur gamme de services. Je suis souvent surpris d'apprendre que des gens avec qui je dois faire affaire ne connaissent pas les services qui sont disponibles à la personne vieillissante et comment nos fournisseurs de services de santé hésitent à sensibiliser cette clientèle par peur d'avoir une demande qui va surpasser la capacité d'y répondre.

Sachez que la communauté ou la clientèle des baby-boomers va nous amener vers une ère de transparence dans les services de santé qu'on n'a jamais connue. Alors par la force des choses, ils vont être sensibilisés, ils vont être informés et ils vont l'exiger, et l'État aura à trouver le bon équilibre économique pour que tout tombe en place afin de mieux desservir la communauté. Je ne suis pas certain si le fait d'en faire plus dans tout fera en sorte de mieux répondre aux besoins. Il faut de mieux coordonner tout ce qui existe et la gamme de ces services, de sorte que l'individu ait des choix et soit conscient de ses choix aux différentes étapes de la vie.

Le sénateur Chaput : Et cette coordination, monsieur Gagné, vous la voyez à quel niveau? Parce que, finalement, on a besoin d'une certaine coordination quelque part pour tous ces services.

M. Gagné : Dans un premier temps, c'est évidemment de juridiction provinciale et au niveau des juridictions, les autorités régionales ou soi-disant régionales, et c'est là où la coordination pourrait se faire. N'empêche, le fédéral a un énorme rôle à jouer non seulement par votre section au niveau de la péréquation et tous les incitatifs au niveau d'impôt, mais une des choses qu'il va falloir qu'on établisse, ce sont des normes beaucoup plus nationales en termes d'un minimum de services. Par exemple, au Manitoba, on a des normes sur les soins de longue durée et les soins à domicile qui sont très différentes de celles du Nouveau-Brunswick. Est-ce quelque chose dans le système au niveau national que l'on veut voir? C'est essentiellement des disparités assez énormes quant aux différents services; ou, est-ce qu'on veut voir une certaine standardisation qui pourrait amener à ensuite influencer les provinces dans leur planification avec le fédéral sur comment on arrive à coordonner cela? Ce n'est pas différent, à mon avis, du grand débat qu'on a eu dans la santé sur les indicateurs de performance et la création des institutions

[English]

Mr. Boisvert: With respect to home care, the perception of the client receiving home care, and it is probably correct, is that it is a free service. When people are admitted to a personal care home, PCH, it is relatively a free service. They do have to pay a percentage of their revenue to stay there. Therefore, we have one extreme with home care and another with the PCH or the hospital, the free service. However, in between home care and the personal care home and the hospital, we have a situation where there is supportive housing and assisted living, which is not free, it is actually very expensive for the elderly.

This creates a problem. There is a monetary incentive to go directly from home care to a PCH, rather than to go into supportive housing or assisted living, where supportive housing and assisted living is much better quality care for some. That has to be addressed because we cannot expect someone who is paying affordable housing rental of, for example, \$400 a month, to go into supportive housing or assisted living knowing that if they go into the nursing home, they probably will not pay any more than their rent. However, if they go into supportive housing, they have to pay \$1,000, \$1,500, \$2,000 a month. They can not afford it. It is a big challenge.

The Chair: Those of you sitting at the table know that at one point, my emphasis was on provincial politics, and I remember when home care first began. I remember that home care was only for the elderly, not for post-surgical care and not to speed people out of the acute care hospital situation. It was, in fact, just for those that were nearing the end of their lives. Now, we have this whole switch that has happened. If one looks at the real dollars, there are fewer dollars left in home care for the elderly than there was in its original inception. The acute care hospitals have found this a very attractive proposition. They can cut down a surgical stay from five days to two days because that person can now get home care. That means the budget line has been pushed off to another department, if you will, and those acute care beds can open up, which are good things.

We, as a committee, have been looking at opening up the Canada Health Act and making the Canada Health Act, thereby requiring federal dollars, not just for hospitals and for physician coverage, but also for home care.

I would like to hear your reaction to that possibility?

Mr. Boisvert: I would totally support that move. Home care is probably what will totally sustain our health care in Canada. I cannot see how we can continue with the costs in health care. To me one of the answers is home care, because that is quite a good deal, as you mentioned. I think it makes our system much more efficient. It addresses what patients want, they want to go back home. I would really support that.

d'information. C'est cette même négociation, je pense, qu'on aura à faire à un moment donné par rapport aux standards de services que méritent les personnes vieillissantes.

[Traduction]

M. Boisvert : Au sujet des soins à domicile, le client qui reçoit les soins — et c'est probablement vrai — crois que ce service est gratuit. Quand les gens sont admis dans un foyer de soins personnels, c'est un service relativement gratuit. Les résidents doivent verser un pourcentage de leur revenu pour y rester. Il y a donc un extrême, avec les soins à domicile, et une autre, pour les foyers de soins personnels et les hôpitaux, où les soins sont gratuits. Toutefois, entre les soins à domicile, le foyer de soins personnels ou l'hôpital, il y a aussi les logements supervisés et les logements avec assistance, qui ne sont pas gratuits, et qui sont même très onéreux pour les personnes âgées.

Il y a donc un problème. Financièrement, il est avantageux de passer directement des soins à domicile à un foyer de soins personnels, plutôt que de passer par le logement supervisé ou avec assistance, où l'on donne toutefois des soins de bien meilleure qualité, dans certains cas. Il faut se pencher sur ce problème. On ne peut pas s'attendre à ce que quelqu'un qui paie un loyer de logement à prix abordable, par exemple, 400 \$ par mois, déménage dans un logement supervisé ou avec assistance, sachant que dans un CHSLD, il ne paierait pas plus que son loyer. Or, pour un logement supervisé, il lui faudrait payer 1 000 \$, 1 500 \$ ou 2 000 \$ par mois. C'est trop cher. C'est un grand problème.

La présidente : Vous qui êtes à la table sachez qu'à une certaine époque, je m'occupais de politiques provinciales et je me souviens quand on a lancé les soins à domicile. Je me souviens que les soins à domicile étaient seulement pour les personnes âgées et non pour le rétablissement postopératoire ou pour accélérer la sortie de l'hôpital de quelqu'un qui reçoit des soins de courte durée. En fait, c'était uniquement destiné aux personnes qui étaient en fin de vie. La situation est maintenant complètement renversée. En dollars réels, il reste maintenant moins d'argent pour les soins à domicile des personnes âgées que lorsque le programme a été lancé. Les hôpitaux de soins de courte durée y ont vu quelque chose de très intéressant. L'hospitalisation postopératoire pouvait passer de cinq jours à deux jours, grâce aux soins à domicile. Les frais sont donc assumés par un autre service, si l'on peut dire, et on peut ouvrir des lits de soins de courte durée, ce qui est certes positif.

Notre comité a songé à modifier la Loi canadienne sur la santé pour qu'elle s'applique non seulement aux hôpitaux et aux médecins, mais aussi aux soins à domicile, ce qui veut dire l'argent pourrait venir du gouvernement fédéral.

Que pensez-vous de cette proposition?

M. Boisvert : Je l'appuie tout à fait. Les soins à domicile seront probablement ce qui assurera la durabilité des soins de santé au Canada. Je ne vois pas comment les choses peuvent continuer au rythme actuel, compte tenu des coûts de la santé. Pour moi, les soins à domicile sont l'une des solutions, puisque comme vous l'avez dit, c'est une bonne affaire. Je pense que notre système est ainsi plus efficient. Cela répond aussi aux souhaits des patients qui veulent rentrer chez eux. Je suis tout à fait pour.

Mr. Gagné: I would support that. However, we have to ensure that those who are caring for their own and not needing home care are also rewarded through some type of tax incentive so that we have some fairness in the system.

I also think that as we subsidize services, there will come a time when we have to entertain limited choices in terms of what options individuals do have. That is how we will get some level of coordination and some more fairness in the system. I know of situations where some people get many more resources in home care than others, and it is just a question of who is more insistent on phoning the minister or not phoning the minister.

The Chair: The other issue that is a concern to the committee is that, as we have traversed the country, it is very clear that there is tremendous inequality in what is delivered from one province to another and, therefore, inequality for Canadians.

I just got a BlackBerry message this morning to say that my Winnipeg assistant is in fact leaving for Calgary where his mother is in a personal care home. He would much rather have his mother in Winnipeg in a personal care home, but there are all kinds of obstacles in the way of that happening. He happens to be an only child, with no other relatives. However, we do not have portability for that whole issue of home care, long-term care, whatever, and that is one of the reasons I think your committee is looking favourably at opening up the basket of services that this so-called Canada Health Act presently covers.

Senator Cordy: I would like to go back to the issue of labour shortages, because certainly when you look at the health care system overall — and I am including seniors in the health care system — there is a shortage. When you look at health care workers and workers dealing with seniors in our other official language, it is compounded.

I used to be on the Standing Senate Committee on National Security and Defence, and we heard from francophone families who would be transferred; one of the spouses would be transferred to a small community in Canada. They had a very difficult time to find a family doctor in the language of their choice. I like the way that you tied language and culture together. I have not, but it just makes common sense because it is more than just the language; it is also the cultural aspect of it.

We have talked a lot about doctors, particularly, and the need for more doctors. It is not only doctors who care for seniors but also paraprofessionals and personal health care workers.

What about these services for francophones? I am talking about Manitoba because we are looking at smaller communities — and that is why we did not go to Montreal. What about these health care workers dealing with seniors? Someone made mention that a lot of the service workers are in fact immigrants who have the language but not necessarily the culture. I wonder if you could expand on that.

Mr. Gagné: We are seeing a change in the demographics of our labour force, especially at the non-professional level, at least from my experience. We are making in-roads in terms of

M. Gagné : J'appuie aussi cette idée. Il faut toutefois s'assurer que ceux qui prennent soin d'eux-mêmes et qui ne recourent pas aux soins à domicile, soient aussi indemnisés fiscalement, afin que le système soit juste.

Je pense aussi qu'en subventionnant des services, il faudra à un moment donné limiter les choix possibles pour les patients. Ce n'est qu'ainsi qu'on pourra coordonner le système et en assurer l'équité. Je connais des situations où des résidents ont droit à bien plus de ressources en soins à domicile que d'autres. Pour eux, il a suffi d'insister davantage, ou de communiquer avec le ministre.

La présidente : Le comité a une autre préoccupation. Nous avons constaté dans nos déplacements au pays qu'il est très clair que de graves inégalités existent entre les provinces et, par conséquent, entre les Canadiens.

J'ai reçu ce matin sur mon BlackBerry un message : mon adjoint de Winnipeg part pour Calgary, où sa mère est dans un foyer de soins personnels. Il préférerait que sa mère soit dans un foyer semblable à Winnipeg, mais il y a toutes sortes d'obstacles. Il est enfant unique, sans autres proches. Pour les soins à domicile, les soins à long terme et le reste, il n'y a pas de transférabilité. C'est l'une des raisons pour lesquelles notre comité envisage d'élargir la gamme de services actuellement couverts par la Loi canadienne sur la santé.

Le sénateur Cordy : J'aimerais revenir à la question de la pénurie de main-d'œuvre, car il faut certainement voir le système de soins de santé dans son ensemble. On y constate une pénurie, et je pense en particulier aux soins de santé pour les personnes âgées. Et si en plus on pense aux soins de santé pour personnes âgées en français, le problème n'est que plus grand.

Quand j'étais membre du Comité sénatorial permanent de la sécurité nationale et de la défense, des familles francophones faisant l'objet de transfert nous ont parlé. L'un des conjoints était transféré dans une petite collectivité ailleurs au pays. Il était alors très difficile de trouver un médecin de famille qui parle la langue officielle de leur choix. J'aime bien que vous ayez fait le lien entre la langue et la culture. Je n'y avais pas encore songé, mais c'est tout à fait sensé puisqu'il n'y a pas que la langue, il y a aussi les aspects culturels.

Nous avons beaucoup parlé des médecins et, en particulier, du besoin d'un plus grand nombre de médecins. Mais il n'y a pas que les médecins qui prennent soin des personnes âgées il y a aussi les auxiliaires et les travailleurs de la santé.

Qu'en est-il des services pour les francophones? Je m'intéresse au Manitoba et c'est la raison pour laquelle nous allons dans les petites collectivités et pas à Montréal. Qu'en est-il des travailleurs de la santé qui s'occupent des personnes âgées? Quelqu'un a dit que beaucoup de ces auxiliaires étaient des immigrants qui parlent la langue, mais qui n'ont pas nécessairement la culture. Pourriez-vous nous expliquer ce qu'il en est.

M. Gagné : Nous constatons une évolution démographique de notre main-d'œuvre, surtout chez les non professionnels. C'est du moins ce que j'ai constaté. Nous faisons des progrès pour la

training professionals, even though we had a bit of a late start in Manitoba, with the advent of nursing programs at St. Boniface University College. A young graduate nurse would have a challenge working in a long-term care facility due to the inexperience that that person would bring, as the ratio is just simply not the same.

Even though nursing is a particular challenge, we find the current system has changed significantly with respect to certified health care workers, who, in our case, are now predominantly recent arrivals. The demand for those workers is huge. There is mobility for those workers. The training is not extensive; people can get certified and start working within a six-month period, depending on the school.

In our case, the Franco-Manitoban Society, which is our provincial association, has been lobbying both provincial and federal governments to increase our franco-immigration in Manitoba, and many of these people have chosen the health care field within which to work.

The challenge is that we are not equipped at the local level to do the intercultural integration that is required, and we sometimes lose that labour force due to the hot economy.

For example, my case in point is a recent hire who, three months into the job, figured he could make more money doing stuccoing for a construction company. We lost a health care worker to the construction industry simply because the demand was there, and they were willing to train and teach. That does become a bit of a challenge when the economy is very hot — the way it is now — in terms of employees. However, at the local level, and within each province, we have to become much better at the intercultural aspect. How do we ensure that new arrivals, new Canadians, have a sense of community and a sense of belonging and that their employment or career is within that community and not just a transient point. That will be key to our success.

It is a bit unfair. I think sometimes our elderly are vulnerable by virtue of the fact that there is a bit of a revolving door.

I was maybe a bit cynical in my comments when I said that it was a bit of a textile industry of the 1960s. It sometimes feels that way. We have people working for us who have significant language barriers, both in English and in French. Thankfully, the nurses and the nursing complement coordinate the units in the way that it works for the sake of our residents, but we do get increasingly more complaints from our residents in terms of the staff's ability to understand other languages.

That is new to us. It is not new in the larger centres, such as Montreal and Toronto, but it is definitely new to Winnipeg. It is probably coming into more rural communities because we cannot necessarily replace the existing workforce with people who were born and raised in that community; the numbers are not there.

formation des professionnels, même s'il nous a fallu du temps pour nous y mettre au Manitoba, avec la création du programme de soins infirmiers du Collège universitaire de Saint-Boniface. Une infirmière diplômée aurait du mal à travailler dans un établissement de soins de longue durée à cause de son inexpérience, le rapport patient-bénéficiaire n'étant tout simplement pas le même.

Même si la question des soins infirmiers est particulièrement problématique, nous constatons de grands changements actuellement pour les travailleurs de la santé accrédités qui, chez nous, sont surtout de nouveaux arrivants. La demande pour ces travailleurs est énorme. Il y a aussi beaucoup de mobilité pour eux. La formation n'est pas coûteuse, les gens peuvent être accrédités et commencer à travailler dans les six mois, selon l'école.

Ici, notre association provinciale, la Société franco-manitobaine, a fait des démarches auprès des gouvernements provincial et fédéral pour augmenter l'immigration francophone au Manitoba et bon nombre des nouveaux arrivants ont choisi de travailler dans le domaine des soins de santé.

Le problème, c'est qu'au niveau local, nous ne pouvons pas faire l'intégration interculturelle nécessaire et nous perdons aussi parfois de la main-d'œuvre, à cause du dynamisme économique.

J'ai un bon exemple : quelqu'un avait été embauché et après trois mois en poste a compris qu'il pourrait faire plus d'argent en appliquant du revêtement de stuc pour une entreprise de construction. Nous avons donc perdu un travailleur de la santé, parce qu'il y avait une demande dans le secteur de la construction où l'on était prêt à donner la formation. Quand l'économie est très dynamique, comme c'est le cas maintenant, il est plus difficile de garder nos employés. Au niveau local toutefois et dans chaque province, il faut faire plus d'efforts au chapitre de l'intégration interculturelle. Nous devons nous assurer que les nouveaux arrivants, les nouveaux Canadiens, aient un sens d'appartenance à la communauté et perçoivent leur emploi, leur carrière, comme faisant partie de la communauté et non comme une étape vers autre chose. Ce sera la clé de notre succès.

C'est un peu injuste. J'ai parfois l'impression que nos personnes âgées sont vulnérables à cause du roulement des travailleurs.

J'ai peut-être été un peu cynique en faisant allusion au secteur du textile des années 1960. Mais c'est parfois l'impression que j'ai. Nous avons parmi notre effectif des gens qui ont de graves problèmes linguistiques tant en anglais qu'en français. Heureusement, les infirmières et leur équipe coordonnent les unités de manière à ce que ce soit efficace pour nos résidents, mais il reste que nous recevons de plus en plus de plaintes de la part des résidents au sujet des difficultés linguistiques du personnel.

C'est nouveau. Ce ne l'est pas, toutefois, pour les grands centres urbains comme Montréal et Toronto. C'est certainement nouveau à Winnipeg. On le verra probablement bientôt aussi dans les collectivités rurales parce qu'on ne peut pas toujours remplacer la main-d'œuvre existante par des travailleurs qui sont nés et qui ont grandi dans la collectivité. Il n'y a tout simplement pas suffisamment de monde.

Senator Cordy: This will be a challenge for us in future with health care in terms of servicing in languages other than our official languages.

It is a shame that child care workers and people working with seniors are paid at such low salaries that people are in and out of the jobs more frequently because they can get paid more money working in other fields.

I am sure that Manitoba is no different than other regions. I am from Nova Scotia, and the waiting times for seniors to get into seniors' housing are very long. Would that be true here as well?

Mr. Boisvert: It certainly is quite true. We have a long waiting list for the personal care homes, I believe. Therefore, people obtain their home care much longer, which certainly is a stress on the home-care process.

We have realized that if we can train our staff at the health care aid level, and even the licensed practical nurse, LPN, level, locally, many of them will stay in the region — and I know I am competing with Mr. Gagne here because he is from the urban area. However, it is quite a challenge to attract people to the rural areas. Therefore, we need to offer the course locally, within our region, for most of them to stay in our region. That will be one way of addressing some of the training.

Senator Cordy: I grew up in Cape Breton, Nova Scotia. I asked the CEO of the health care board how he recruits and retrain. He said, "Well, when the doctors come for their residency to a rural area, we give them a great social life so that they will meet someone from the area and stick around." I think one of you made reference to that earlier also.

I am interested in the bilingual services, and one of you mentioned that you need funds specifically for bilingual services because it comes at a cost. A few of you also mentioned that health care is a provincial responsibility, but bilingualism is a federal policy. Therefore, how do we ensure that we get bilingual services?

Ms. Bédard, I think you made reference to the federal government having to play a leadership role when it comes to official languages. How do we ensure that the federal government, in fact, takes up on that responsibility because it is law in Canada?

Ms. Bédard: As I was mentioning before, there is the model of the Société santé en français with its entire network across Canada, and Health Canada who is there and can support those networking organizations working with the province. I do not know if you had a chance to see the plans of the Société santé en français, but the idea is to work with the province and our partners, such as the Southeast RHA here or with Mr. Gagné as well at Centre Taché or Foyer Valade, to find some strategy provincially to ensure that bilingual services are offered. The federal money is essential in terms of the development of francophone communities all across Canada. It is almost a

Le sénateur Cordy : Ce sera certainement un problème pour nous à l'avenir, dans les soins de santé, si l'on veut aussi offrir des services dans d'autres langues que les non officielles.

Il est navrant que les travailleuses en garderie et ceux qui travaillent auprès des personnes âgées soient si mal payés. Il y a beaucoup de roulement parce que ces travailleurs peuvent être mieux rémunérés dans d'autres secteurs.

Je suis convaincue que le Manitoba vit la même chose que d'autres régions. Je suis de la Nouvelle-Écosse et les listes d'attente d'admission en résidence pour personnes âgées sont très longues. Est-ce pareil ici?

M. Boisvert : Très certainement. Nous avons de longues listes d'attente pour les foyers de soins personnels. Les gens se prévalent donc plus longtemps des soins à domicile, ce qui cause des pressions pour les services de soins à domicile.

Nous avons constaté que si nous pouvons donner localement la formation en soins de santé, que ce soit pour des auxiliaires ou des infirmiers ou infirmières auxiliaires, beaucoup resteront dans la région. Je suis en concurrence avec M. Gagné puisqu'il est de la région urbaine. Il est bien difficile d'attirer du personnel dans les régions rurales. Il faut donc offrir des cours localement, dans la région, pour retenir les étudiants. C'est une des façons de combler les besoins en formation.

Le sénateur Cordy : J'ai grandi au Cap-Breton, en Nouvelle-Écosse. J'ai demandé au PDG de l'office régional de la santé comment il recrutait du personnel et comment il le gardait. Il m'a répondu : « Quand les médecins viennent faire leur résidence dans une région rurale, nous nous assurons qu'ils aient une vie sociale excitante, de manière qu'ils trouvent ici une personne à aimer, et qu'ils restent. » Je pense que l'un de vous a fait référence plus tôt à une tactique semblable.

Je m'intéresse aux services bilingues. L'un de vous a dit qu'il fallait des fonds pour les services bilingues, parce qu'ils ont un prix. Certains d'entre vous ont mentionné que les soins de santé sont de compétence provinciale alors que le bilinguisme est de compétence fédérale. Comment veiller à ce qu'il y ait des services bilingues?

Madame Bédard, vous avez dit que le gouvernement fédéral devait jouer un rôle de leadership en matière de langues officielles. Comment nous assurer que le gouvernement fédéral s'acquitte de cette responsabilité, garantie par loi au Canada?

Mme Bédard : Comme je l'ai déjà dit, il y a le modèle de Société santé en français dont le réseau s'étend partout au Canada. Santé Canada peut aussi appuyer les réseaux, en collaboration avec la province. Je ne sais pas si vous avez vu les programmes de Société santé en français, mais l'objectif est de travailler en collaboration avec la province et nos partenaires, comme l'office régional de la santé du sud-est, ici, ou avec M. Gagné, au Centre Taché ou au Foyer Valade, afin d'élaborer une stratégie provinciale d'offre de services bilingues. L'argent du fédéral est essentiel pour les développements des collectivités francophones partout au Canada. C'est presque une question

constitutional aspect. Therefore, with the organizations that are networking with the province and other establishments offering the services, I think this type of networking is facilitating the ability to offer French services.

[*Translation*]

Senator Chaput: Ms. Bédard, did some of the money that you got for networking come from the Action Plan for Official Languages, which has not been renewed?

Ms. Bédard: No.

[*English*]

Senator Chaput: We talk about the official languages plan in the Senate.

Ms. Bédard: That is what I was mentioning before. In the report that Bernard Lord gave to the Government of Canada, he underlined this networking, how efficient it was and all the results, but now train has stopped. We do not know when the national action plan will be approved; we heard it will be approved soon. However, health and social services is a huge system, and building those partnerships takes a long time. Therefore, now, with not having a national action plan, it has really stopped the train in a sense, and it will take time to start again and reactivate the train.

It is a part of the national action plan and the federal money that was put in the action plan. It was only phase one, and now we are waiting to go to the next phase to ensure that there is some implantation of services.

The Chair: As we know, the Official Languages Commissioner was very critical last week in terms of his report of the failure to act.

I have a significant hearing deficit, which makes it difficult for me to understand people who have accents of any type. Is this a complicating issue? From my perspective, they may speak English very well, but I do not necessarily understand them because of the accent that they have. I can only assume that the same would be true of those who come from West Africa, for example. They may speak French fluently, but they will speak it with a different accent than perhaps your clients, Mr. Gagné, can deal with.

Mr. Gagne: Yes, it goes both ways; both in terms of the residents or some of our new immigrants not speaking the same dialect or the same type of French. With our residents not necessarily being familiar with that, us giving instructions or work orders or managing the work environment, and with the new immigrants having to understanding the cultural differences in how we do things, it is often a risk for them to carry it out in a safe manner.

constitutionnelle. Je pense que le réseautage au sein de la province, entre tous les établissements qui offrent ces services, peut faciliter l'offre de services en français.

[*Français*]

Le sénateur Chaput : Madame Bédard, est-ce que l'argent que vous obtenez pour le réseautage provenait en partie du Plan d'action sur les langues officielles qui n'a pas encore été renouvelé?

Mme Bédard : Non.

[*Traduction*]

Le sénateur Chaput : Nous parlons du plan des langues officielles au Sénat.

Mme Bédard : C'est ce que je disais tout à l'heure. Dans le rapport qu'il a remis au gouvernement du Canada, Bernard Lord insistait sur l'importance de ce réseautage, sur son efficacité et sur tous les résultats qui en découlent, mais le train est maintenant arrêté. Nous ne savons pas quand le plan d'action national sera approuvé; on entend dire que ce sera bientôt. Cependant, les soins de santé et les services sociaux constituent un énorme système, et il faut beaucoup de temps pour établir ces partenariats. Par conséquent, parce qu'il n'y a pas de plan d'action national, le train s'est vraiment arrêté d'une certaine façon, et il faudra du temps pour le remettre en branle.

Cela fait partie du plan d'action national et des fonds fédéraux qui y ont été affectés. Ce n'était que la phase 1, et nous attendons maintenant de passer à la phase suivante pour nous assurer que certains des services seront mis en œuvre.

La présidente : Comme nous le savons, le commissaire aux langues officielles a sévèrement critiqué dans son rapport la semaine dernière l'inaction dans ce dossier.

J'ai un déficit d'ouïe considérable, qui fait en sorte que j'ai du mal à comprendre quiconque parle avec un accent. S'agit-il là d'un facteur qui complique les choses? Pour ma part, même si la personne parle très bien anglais, je ne la comprendrai pas nécessairement à cause de son accent. Je ne peux que supposer qu'il en serait de même pour ceux qui viennent d'Afrique occidentale, par exemple. Il se peut qu'ils parlent couramment français, mais ils le parlent avec un accent différent qui peut faire en sorte que vos clients, monsieur Gagné, aient du mal à les comprendre.

M. Gagne : Oui, cela vaut dans les deux sens, tant pour les résidents que pour certains de nos nouveaux immigrants qui ne parlent peut-être par le même dialecte ou le même type de français. Nos résidents n'ont pas nécessairement l'habitude de cet accent, et, d'un autre côté, nous devons donner des consignes à nos employés et gérer le milieu de travail; dans le cas des nouveaux immigrants, ils ont du mal à comprendre les différences culturelles dans notre façon de faire les choses, et il y a souvent le risque qu'ils ne fassent pas les choses d'une manière sécuritaire.

I find it unfortunate, especially in long-term care, and I do know we do spend a lot of money training professionals. No private business could survive with the limited amount of dollars that we spend on staff development within our own facilities, whether it be language training, intercultural, or even client service type of approaches. We spend very little money because it is just not available.

When I talk about quality of service, the expectation of the client is in fact that they will be able to communicate clearly and understand what is happening. It is in those areas that the expectations of the client need to be paid attention to; sometimes we pay more attention to the system than what the client is looking for.

Mr. Boisvert: As we all know, our health care dollars are very limited. We can always do so much more. For the regional health authority, it is quite a challenge to place the health care dollar in competition with bilingual services. I think there is a fundamental problem there, and health is certainly a provincial responsibility. When it comes to language, there is a lot of federal responsibility, and I really believe that, within those regions that are bilingual, financing should be coming from the federal government to the regions to implement these extra costs. I applaud what has happened. The decision has been taken that this institution, for instance, is labelled as French, it is fantastic. It really speaks loudly about quality of service. However, we cannot always be told that the cost for that is in our budget. There is just too much competition in the region for all types of services, and it makes for a very unfortunate situation when we do that.

[Translation]

The Chair: Honourable senators, we will now hear from our second round table. It is our pleasure to welcome Thérèse Dorge and Gérald Curé from the Fédération des aînés franco-manitobains, and, appearing as an individual, Dr. Gérald Gobeil. I would like to thank all of you for taking the time to come to meet with us today. We will start with the opening statements, and then move into the question and answer period.

Thérèse Dorge, President, Fédération des aînés franco-manitobains Inc.: Madam Chair, I am the President of the Fédération des aînés franco-manitobains, FAFM. We work with a group of some 1,600 seniors throughout Manitoba. Our organization has been in place for about 30 years. In the last three or four years, there has been an increase in our membership, and I think that one of the reasons for that is because of the programs we can provide. We are a federation and an official mouthpiece representing the interests and demands of francophones aged 55 and over. With our partners, we work to improve the quality of life of our members and help facilitate the introduction of services in French. One of the objectives of the federation is the development of the francophone community in Manitoba.

Je trouve cela malheureux, surtout dans le domaine des soins à long terme, et je sais que nous consacrons beaucoup d'argent à former des professionnels. Aucune entreprise privée ne pourrait survivre avec le peu d'argent que nous consacrons au perfectionnement professionnel dans nos centres, qu'il s'agisse de formation linguistique, interculturelle ou même de la façon d'aborder le service au client. Nous consacrons très peu d'argent à cela parce que nous n'en avons tout simplement pas.

Quand je parle de qualité de service, les clients s'attendent en fait à pouvoir communiquer clairement et à comprendre ce qui se passe. C'est dans cette optique qu'il faut prêter attention aux attentes et aux besoins des clients. Parfois, nous accordons plus d'attention au système qu'à ce que recherchent les clients.

M. Boisvert : Comme nous le savons tous, nos budgets de santé sont très limités. Nous pourrions toujours faire beaucoup plus. Pour l'office régional de la santé, c'est un défi énorme que de devoir choisir entre l'argent consacré aux soins de santé et les fonds destinés aux services bilingues. Je pense qu'il y a là un problème fondamental, et la santé relève sans aucun doute de la compétence provinciale. S'agissant de la langue, c'est là en grande partie une responsabilité fédérale, et je suis persuadé que, dans les régions bilingues, il devrait y avoir des fonds fédéraux pour couvrir les coûts supplémentaires que doivent engager les régions. J'applaudis à ce qui a été fait. C'est formidable qu'on ait décidé, par exemple, de désigner cet établissement comme un établissement de langue française. Cela en dit long sur la qualité du service. Cependant, les coûts qui en découlent ne peuvent pas toujours être imputés à notre budget. Il y a tout simplement trop de concurrence dans la région pour tous les types de services, et il est vraiment malheureux que nous soyons obligés d'assumer ces coûts.

[Français]

La présidente : Honorables sénateurs, passons maintenant à notre deuxième table ronde. Nous avons le plaisir d'accueillir, de la Fédération des aînés franco-manitobains, Mme Thérèse Dorge et M. Gérald Curé et, à titre personnel, le Dr Gérald Gobeil. Merci à tous d'avoir pris le temps de venir nous rencontrer aujourd'hui. Nous commencerons par des déclarations préliminaires, pour ensuite passer aux questions des membres du comité.

Thérèse Dorge, présidente, la Fédération des aînés franco-manitobains Inc. : Madame la présidente, je suis présidente de la Fédération des aînés franco-manitobains, le FAFM. Nous travaillons avec un groupe d'à peu près 1 600 aînés à travers le Manitoba. Notre organisme existe depuis environ 30 ans. Depuis les trois ou quatre dernières années, nous avons eu un surcroît de membres et je crois qu'une des raisons, c'est le programme qu'on peut leur donner. Nous sommes une fédération et un organisme porte-parole officiel qui revendique et représente les intérêts des francophones de 55 ans et plus. Avec ses partenaires, elle contribue à la meilleure qualité de vie et participe en facilitant la mise en place des services en français. Elle vise le plein épanouissement de la collectivité francophone au Manitoba.

My colleague Gérard Curé, who is the director of the federation, and myself, only received your report this morning. We found out that we were supposed to be here today on Wednesday of last week. If you have any questions, we would be pleased to answer them, and then we could give the committee an overview and also tell you what we think about some of the recommendations in your report.

Gérard Curé, Executive Director, Fédération des aînés franco-manitobains Inc.: Madam Chair, I have been the executive director of the federation since 2002. I have tried to bring a new vision to the FAFM. A great deal of our work is done in partnership with various committees, including the one from the Centre de santé St. Boniface, which is one of our main partners. We try to keep people active in all ways in their community. I think it is important to keep people in their community as long as possible. The reason is that we have found that when people leave their hometowns or their family setting to go to a different place, they decline very quickly. This shows how important it is to keep them in their homes as long as possible.

The problem at the moment is that there are no services in French for our aging population in small communities. I think we must really look at this in order to provide the best services and to keep people in their homes as long as possible. We want to keep people active, but we also want to be able to provide them with the services they need.

Dr. Gérald Gobeil, as an individual: I have been a doctor here in Ste. Anne since 1965, so on July 1, I will have been in practice for 43 years. I have had an outstanding experience with the doctors with whom I have worked. I would like to give you an overview of the development of medical services in our community since 1948.

Physicians have been available in Ste. Anne since 1948. The first one was Dr. Francis Patrick Doyle, whose efforts resulted in the construction of a hospital. In those days, women had to go to St. Boniface to have their babies, or else they had them at home, and this was not really that satisfactory. Since that time, the hospital has developed in stages and expanded to include delivery rooms and eventually an operating room. Soon we will have two operating rooms, because there are two surgeons who do consultations and surgeries one day a week each. Surgery was introduced in 1969 when Dr. Jos Boucher from Saint-Baptiste came to work with us. At the time, our anaesthetist was Dr. Lemoyne. Dr. Boucher could not continue doing operations in Maurice, because there was no other doctor there to assist him, and there was no anaesthetist either.

Today, the hospital has 20 beds, of which four are always taken by chronically ill patients waiting to be admitted into a residence. Since we opened, we have had 13 doctors on staff, two of whom have died, and one who is now retired; another doctor had to leave and two are female doctors. All of our doctors are bilingual,

Mon collègue Gérard Curé, qui est le directeur de la fédération et moi, nous n'avons pas reçu le rapport avant ce matin. Nous avons appris que nous devons être ici mercredi de la semaine dernière. Si vous avez des questions, nous aimerions y répondre et ensuite nous pourrions vous donner un aperçu du comité et aussi ce qu'on pense de quelques recommandations qui sont faites dans le rapport.

Gérard Curé, directeur général, Fédération des aînés franco-manitobains Inc. : Madame la présidente, je suis le directeur général de la fédération depuis 2002. J'ai essayé d'apporter une nouvelle vision pour la FAFM. On travaille beaucoup en partenariat avec différents comités, dont le Centre de santé Saint-Boniface, qui est un de nos grands partenaires. On essaie de garder les gens actifs à tous points de vue dans leur communauté. Je pense que c'est important de garder nos gens aussi longtemps que possible dans leur communauté. Parce qu'on se rend compte que quand les gens quittent leur village natal ou leur milieu familial pour un lieu inconnu, ils dépérissent très vite. C'est un facteur qui démontre que c'est important de les garder aussi longtemps chez eux.

Le problème actuellement est que les services en français qu'on voudrait avoir pour nos gens dans les petites communautés, n'existent pas. Je pense que c'est quelque chose qu'il faut vraiment regarder afin de donner les meilleurs services et les garder chez eux le plus longtemps possible; les garder actifs, mais aussi leur donner les services nécessaires.

Dr Gérald Gobeil, à titre personnel : Je suis médecin ici à Sainte-Anne depuis 1965, alors cela fera bientôt 43 ans au 1^{er} juillet. J'ai vécu une expérience remarquable avec les médecins que j'ai côtoyé. J'aimerais survoler le sujet du développement des services médicaux dans notre environnement depuis 1948.

Il y a, à Sainte-Anne, des médecins en permanence depuis 1948. Le premier fut Dr Francis Patrick Doyle, qui a réussi, par ses efforts, à faire construire un hôpital. Parce que dans le temps, il fallait aller à Saint-Boniface pour faire les accouchements sinon on les faisait à la maison et ce n'était pas vraiment pratique. Alors depuis ce temps, l'hôpital a été réaménagé par étapes, puis agrandi afin d'avoir des salles d'accouchement et, éventuellement, une salle de chirurgie, et bientôt nous aurons deux salles de chirurgie, car il y a deux chirurgiens qui font des consultations et de la chirurgie un jour par semaine chacun. La chirurgie a débuté en 1969 quand le Dr Jos Boucher, de Saint-Baptiste, est venu se joindre à nous alors que nous avions un anesthésiste en la personne du Dr Lemoyne. Le Dr Boucher ne pouvait plus continuer à faire des opérations à Maurice, parce qu'il n'y avait aucun autre médecin pour l'assister, il n'avait pas d'anesthésiste non plus.

L'hôpital, présentement, contient 20 lits dont quatre sont constamment occupés par des malades chroniques qui attendent d'entrer au foyer. Depuis le commencement, il y a eu 13 médecins, dont deux sont maintenant décédés et un autre est à la retraite; un a dû quitter et deux sont des femmes médecins. Tous les médecins

and this is a condition for any new doctor we hire. This is because our meetings are conducted in French, except when there are English-speakers among us.

Bilingual students work for us 9 months out of 12. We are a group held together by our religious convictions, our honesty, integrity, sincerity, and our desire to teach patients about prevention. We are also committed to helping every age group in society, from young people to seniors, with a particular emphasis on the elderly. We have 9 family physicians, 5 of whom work rotating 24-hour shifts, and one of whom does general anaesthesia. Two of our doctors come from Quebec and the others are from Manitoba. They are graduates from the universities of Sherbrooke, Montreal and Ottawa, and from the Faculty of Medicine of the University of Manitoba. It is important to us to provide a bilingual service in the area we live in, and we are working on developing as many hospital services as we can. The five doctors who are on call can deal with emergency situations involving people who have been in a car crash, who have had a heart attack or who need to give birth by caesarean section. We have a good relationship with several specialists working in Winnipeg and St. Boniface, and, if necessary, we can transfer a patient to a third hospital on short notice. We also provide service to four satellite clinics, namely in Sainte-Agathe, Lorette, Falcon Lake and La Broquerie, and we also provide treatment to patients living at the Villa Youville. We have so many patients that we could easily hire three additional doctors. So we do not have time to twiddle our thumbs at the office. By the way, 8,000 patients a year go through our emergency room.

In 1965, the Villa Youville — a residence for elderly and senile people — admitted its first residents, and it grew along with our clinic and the hospital. Since then, the facilities have been expanded, and the most recent expansion is the part we are in today. That gives you a brief overview of the development of medicine in our region of Ste. Anne and in the southeastern part of Manitoba.

But we do have problems, namely in psychiatry and in home care, either because there is not enough money to hire nurses or there are not enough nurses who specialize in these areas. We only have two psychiatrists who each spend one day per month providing psychiatric services. So if one of our residents needs psychiatric services, that person will often wait a month before seeing a psychiatrist. In extremely urgent situations, we have no choice but to send patients either to the hospital in Selkirk or to the health sciences centre of the Winnipeg General Hospital.

Whoever described retirement as being a golden age was smoking too much marijuana, in my opinion. That guy was dreaming in technicolour.

[English]

The Chair: I was delighted that you started your conversation with a reference to Dr. Pat Doyle. For those of my colleagues who remember Senator Molgat, Senator Molgat and Pat Doyle were, of course, the very best of friends. I met Dr. Doyle on many occasions in the company of Senator Molgat. It was good to hear

sont bilingues et c'est une condition que nous imposons pour qu'un nouveau médecin puisse se joindre au groupe, car nos réunions se font en français, excepté au moment où il y a des personnes de langue anglaise qui y participent.

Nous sommes précepteurs pour des étudiants bilingues neuf mois sur 12. Nous sommes un groupe cohésif par nos convictions religieuses, l'honnêteté, l'intégrité, la sincérité et nos efforts d'instruire les patients sur la prévention et notre dévouement envers tous les niveaux de la société, les jeunes comme les vieux et surtout les vieillards. Nous sommes neuf médecins de famille dont cinq occupent, tour à tour, la garde 24 heures sur 24, et un qui pratique l'anesthésie générale. Deux d'entre nous viennent du Québec, les autres du Manitoba. Nous sommes diplômés des Universités de Sherbrooke, Montréal, Ottawa et de la faculté de médecine de l'Université du Manitoba. Nous tenons à offrir à notre région un service bilingue et nous continuons à développer autant de services hospitaliers que possible. Les cinq médecins sur appel sont compétents dans les cas urgents résultant d'accidents de voiture, des crises cardiaques et de césariennes. Nous avons de bonnes relations avec plusieurs spécialistes de Winnipeg et Saint-Boniface et, si nécessaire, un patient peut être transféré dans un hôpital tertiaire dans un court délai. Nous desservons quatre cliniques satellites, dont une à Sainte-Agathe, une à Lorette, une à Falcon Lake et l'autre à La Broquerie, et nous desservons aussi la Villa Youville. Nous sommes rendus au point que nous n'acceptons plus de nouveaux patients. Nous avons assez de patients présentement pour employer trois médecins de plus. Alors, on n'a pas le temps de se tourner les pouces au bureau. En passant, nous acceptons à l'urgence 8 000 patients par année.

De pair, avec le progrès de notre clinique et de l'hôpital, en 1965 la Villa Youville — centre d'accueil pour personnes âgées et séniles — acceptait ses premiers clients. Depuis ce temps, il y a eu des agrandissements, dont le plus récent est cette partie dans laquelle nous sommes aujourd'hui. Voilà brièvement l'évolution de la médecine dans notre région de Sainte-Anne et du sud-est du Manitoba.

Je dois vous dire que nous avons des problèmes, en psychiatrie et en soins à domicile, soit qu'il manque les fonds nécessaires pour embaucher les infirmières ou qu'il n'y ait pas assez d'infirmières qui travaillent à cette tâche. Nous n'avons que deux psychiatres qui viennent passer une journée par mois chacun pour les soins psychiatriques. Alors, si on a quelqu'un à référer, il faut souvent attendre un mois avant de le faire, et dans les crises aiguës, il faut absolument qu'on les contraigne soit à l'Hôpital de Selkirk ou à Winnipeg à l'Hôpital général des sciences de santé.

Alors, juste pour dire que la personne qui a décrit l'âge de la retraite comme l'âge d'or, je pense qu'il avait fumé trop de marijuana, il voyait les choses en couleur.

[Traduction]

La présidente : J'étais ravie lorsqu'au début de votre conversation vous avez parlé du Dr Pat Doyle. Pour les collègues qui se souviennent du sénateur Molgat, le sénateur Molgat et Pat Doyle étaient naturellement les meilleurs amis du monde. J'ai rencontré le Dr Doyle à plusieurs reprises en

the name referenced because when I was in politics in Manitoba, Pat Doyle's name was synonymous with Ste. Anne. I could not speak about Ste. Anne without speaking about Dr. Pat Doyle in the same sentence. It was wonderful to have that reference.

Dr. Gobeil, you specifically made reference to the lack home care services in this community, but you did not go into any detail. I would like you to go into that detail now, if you could.

Dr. Gobeil: I will give you an example. Last week, I had a patient who has bronchiectasis. That is a very serious illness. She has already had bilateral partial pneumonectomies. She has to have postural drainage and percussion twice a day, and with that, we prevent her from being admitted to the hospital for longer periods of time. I asked that these services be done every day, on weekends as well. I had to concede that they could not fit in the program or the staff to be able to perform these services on weekends.

Where is the problem? The nurses tell me that they just have to give them hours, and they will work them. However, we are told from the person responsible for administering this particular service that they cannot fit in enough nurses to do the rotation. I do not know where the problem really is because I hear different stories from both sides.

The Chair: It is interesting because we actually visited the hospital in Moncton that runs the Extra-Mural Program two weeks ago, which is how they deliver their home care services. It was quite amazing to see nurses, respirologists, respiratory technicians, physiotherapists, occupational therapists and palliative care services under one roof. Each patient had one file, but that file went to as many people as needed it. They were reaching out to a huge urban as well as rural community. It can clearly work if the dollars and resources are put in place, but it is a significant challenge for your committee because it is the area that we keep hearing most often needs to be addressed, and at this point in time has not been, pretty well nationwide.

Tell me about some of the programs, Mr. Curé, that you are offering and that you hope to offer to your francophone community.

[Translation]

Mr. Curé: One of our projects would be to help rural regions. We are a provincial organization with 18 affiliated clubs, of which 3 are located in urban areas and the other 15 in the countryside. By this I am referring to outlying regions, where there is a dearth of services. Sometimes it is hard just to get to Winnipeg from far away. So we would like to provide better services farther away, so people living in rural areas could at least have access to adequate services. We want to provide home care — everywhere. If you look at the activities we provide, they are mostly focused on

compagnie du sénateur Molgat. Cela faisait plaisir d'entendre son nom, car lorsque je faisais de la politique au Manitoba, le nom de Pat Doyle était synonyme de Sainte-Anne. Je ne pouvais pas parler de Sainte-Anne sans parler du Dr Pat Doyle dans la même phrase. C'est merveilleux que vous en ayez parlé.

Docteur Gobeil, vous avez spécifiquement parlé de l'absence des services de soins à domicile dans cette collectivité, mais vous n'avez pas donné de détails. J'aimerais que vous nous en parliez en détail, s'il vous plaît.

Dr Gobeil : Je vais vous donner un exemple. La semaine dernière, j'avais une patiente qui souffre de bronchectasie. C'est une maladie très grave. Elle a déjà subi des exérèses pulmonaires bilatérales partielles. Elle doit subir une posturalisation et une percussion deux fois par jour, ce qui l'empêche d'être hospitalisée pour de longues périodes. J'ai demandé que ces services lui soient offerts tous les jours, y compris les weekends. J'ai dû accepter qu'il n'était pas possible dans le cadre du programme d'offrir ces services le weekend, le personnel n'étant pas disponible pour le faire.

Où est le problème? Les infirmières me disent qu'ils n'ont qu'à leur donner des heures et qu'elles travailleront. Or, la personne qui est responsable de l'administration de ces services en particulier me dit qu'il n'est pas possible de trouver suffisamment d'infirmières pour faire la rotation. Je ne sais pas où est le problème réellement, car j'entends une histoire différente de part et d'autre.

La présidente : C'est intéressant, car nous avons en fait visité l'hôpital de Moncton il y a deux semaines, et il s'agit de l'hôpital qui administre le programme extramural, c'est-à-dire les services de soins à domicile. J'ai été assez impressionnée de retrouver sous un même toit les services de soins infirmiers, de spécialistes des troubles respiratoires, d'inhalothérapeutes, de physiothérapeutes, d'ergothérapeutes et de soins palliatifs. Chaque patient avait un dossier, mais ce dossier était transmis au plus grand nombre possible de gens au besoin. Ces services sont offerts à une importante collectivité urbaine et rurale. Il est évident que cela peut fonctionner si les ressources financières et autres sont disponibles, mais c'est un défi de taille pour notre comité, car c'est dans ce domaine qu'on nous dit constamment qu'il faut faire quelque chose, et à ce moment-ci on ne l'a pas fait encore et ce, à l'échelle du pays.

Parlez-moi, monsieur Curé, de certains des programmes que vous offrez et que vous espérez offrir à la communauté francophone.

[Français]

M. Curé : Un des projets qu'on envisage de faire, c'est surtout pour les régions rurales. Parce que nous, on est un organisme provincial qui a 18 clubs affiliés, trois qui sont urbains et 15 qui sont de la campagne. Quand on parle du rural, c'est toutes les régions éloignées, et c'est surtout là où les services ne sont pas adéquats. Le transport pour venir à Winnipeg devient un problème majeur. Alors, on aimerait offrir de meilleurs services dans les régions pour qu'il y ait, au moins, des services adéquats pour ces gens-là. Les services qu'on veut offrir, ce sont les soins à

helping people remain active and as healthy as possible. We offer courses on nutrition, exercise classes, and workshops to train community leaders, so they in turn can help people become more independent and remain healthy as long as possible, and to organize physical activities, such as walking or other types of activities. We held our annual general assembly last week and we talked about all these things. We offered courses on nutrition and courses on how to reduce stress; this approach worked in some communities, but it was a non-starter in others. We also offered a laughter yoga program, which was well received in some areas, but people did not sign up after the second year. Sometimes we do not have enough leaders and we have to find new ones. If we had a little more money, we could send people into the homes of seniors to give the training so that the seniors could live at home as long as possible. So there are all kinds of activities; we organize trips, we have the spring games, we have a summer festival which is part of the Festival du Voyageur. We do all these things to help seniors socialize, to entertain them and to create nice get-togethers for them.

[English]

Senator Cordy: Dr. Gobeil, you talked about psychiatrists and the access and partnerships that you have with Sainte-Boniface, I think, in Winnipeg. I would like to talk about the whole issue of mental health with seniors. It is great that seniors are living longer. However we know, of course, that the older people get, the higher the percentage of dementia in the senior population. What services are available to seniors suffering from any form of dementia, and how easy is it to access programs? What about respite for caregivers in that area?

[Translation]

Dr. Gobeil: That way, at our request, when we realize that a person is not acting normally, we can ask for a psychogeriatric assessment to determine at what level this person is functioning. For the residents living here in the home, we have Dr. Zacharias, a psychogeriatrician, who will gladly make a diagnosis, conduct an evaluation and make recommendations. When our office detects mental health problems with a resident, that person must be referred elsewhere. We usually refer the resident to a psychologist who prepares a report. If it is a serious case, the report is sent to the psychiatrist who visits Steinbach once a month. We have two psychiatrists who each come once a month; one of them treats younger people and the other adults. There are times when we would like to act immediately, but that is not easy to do because of the urgency of a situation, and we are far too often forced to admit a patient to Selkirk if his or her case is too serious, especially when a person is having suicidal thoughts, or something along those lines, and we cannot keep them here at the hospital because they can leave when they want to. But if we admit such a patient to a psychiatric hospital because there is a good reason to do so, the hospital has to keep the patient for at

domicile... cela s'applique partout. Si on regarde les activités qu'on fait, c'est surtout des activités pour garder les gens actifs et autant que possible en santé. On offre des cours de nutrition, d'activités physiques, on donne des ateliers pour former des leaders dans les communautés, pour qu'ils puissent aider les gens à se prendre en main et à se garder en bonne santé le plus longtemps possible, des cours d'activités physiques, cela peut être aussi bien la marche, comme cela peut être... On a eu notre assemblée générale annuelle la semaine passée, et justement on parlait de toutes ces choses. On a offert des cours en nutrition, on a offert des cours pour combattre le stress; cela aussi a fonctionné dans certaines localités, puis dans d'autres localités cela n'a pas marché du tout. On a offert un programme de yoga du rire et dans certaines localités, cela est bien parti, mais les gens ont débarqué après la deuxième année. Des fois, ce sont les leaders qui nous manquent et qu'on doit aller chercher. Si on avait un peu plus d'argent pour former les gens chez eux et les garder chez eux le plus longtemps possible. Il y a donc toutes sortes d'activités, on fait des voyages, on organise des Jeux du printemps, on fait une fête estivale dans le cadre du Festival du voyageur. Tout cela pour rassembler les gens pour qu'ils puissent socialiser, se divertir et faire de beaux échanges.

[Traduction]

Le sénateur Cordy : Docteur Corbeil, vous avez parlé des psychiatres et du fait que vous aviez accès à Saint-Boniface, je pense, à Winnipeg, et des partenariats que vous avez là-bas. Je voudrais parler de toute la question de la santé mentale des personnes âgées. C'est très bien que les personnes âgées vivent plus longtemps. Nous savons cependant naturellement que plus les gens vivent longtemps, plus le risque de démence est élevé. Quels services sont offerts aux personnes âgées qui souffrent d'une forme de démence, et est-il facile d'avoir accès à des programmes? Y a-t-il des services de relève pour ceux qui prennent soin de ces personnes âgées?

[Français]

Dr Gobeil : De cette façon, à notre demande, quand on s'aperçoit qu'une personne ne fonctionne pas correctement, on peut demander pour un examen psychogériatrique afin de déterminer à quel niveau elle fonctionne. Pour les personnes qui sont ici au foyer, nous avons un psychogériatrien du nom de Dr Zacharias, qui vient très volontairement nous donner ses opinions, faire ses examens et ses recommandations. Lorsqu'on dépiste des problèmes de maladie mentale, au bureau, il faut les référer. Habituellement, on passe par un psychologue, qui, lui, prépare un rapport. Si le cas est assez sévère, il chemine son rapport vers le psychiatre qui vient à Steinbach une fois par mois. Il y en a deux qui viennent une fois par mois, un qui s'occupe plutôt des jeunes et l'autre des adultes. Il y a des fois où on voudrait agir tout de suite, mais on ne peut pas le faire facilement à cause de l'urgence de la situation et trop souvent, on est presque forcé d'admettre un patient à Selkirk s'il est assez dérangé, surtout quand il s'agit de cas qui ont des idées suicidaires ou des choses telles qu'on ne peut pas se permettre de les garder à l'hôpital ici parce qu'ils peuvent sortir quand ils veulent. Tandis que si on les admet dans un hôpital psychiatrique avec une bonne raison, ils

least 48 hours, assess the patient and then make a decision. But the problem is that there is always a stigma attached to being admitted into a psychiatric hospital, especially the one in Selkirk. In the town of Selkirk itself, when people see someone acting crazy, they usually say, "That one escaped from Selkirk!"

Services are slowly improving, but I still find it is taking a lot of time. We had hoped to at least have a mental health centre in our region by now. I recently tried to refer a patient to the Eden Mental Health Centre in Winkler, and I spoke to the psychiatrist there, who told me, "I am sorry, but your patient does not live in our area." So I tried to refer this patient elsewhere. There are limits to what can be done, because each facility has its patient quota and its own set of problems, and mental health facilities are always full.

[English]

The Chair: Does any centre in Manitoba — I cannot think of one — offer services in French to a person with mental problem?

[Translation]

Dr. Gobeil: Not that I am aware of, no.

[English]

Senator Cordy: What would happen to a senior in this complex living independently, but within Villa Youville, who started exhibiting signs of dementia? They would not be able to stay here, would they, or is there a wing here?

[Translation]

Dr. Gobeil: Yes, we provide different levels of care. We have patients who have deteriorated to the point where they do not know where they are, or who even become physically or verbally aggressive, and they are placed in a section which is under lock and key so that they cannot escape. However, some of those patients have managed to escape, although it was not easy. So we provide four levels of care, and the most difficult patients are those who do not know where they are, who they are or what day it is. Despite the care provided by Dr. Zacharias, who willingly gives us advice, shares his ideas with us, as well as his recommendations, the fact of the matter is that he speaks English. He does not speak French. But we do ultimately understand each other.

[English]

Senator Cordy: Studies have shown that depression among seniors is quite high, higher than the average person would like to believe. Much of that is due to isolation. We talk about isolation in rural areas, but a senior can also be isolated living in downtown Toronto. One of our previous panelists was talking about a day program that they have for seniors. He said that seniors ask themselves what reason they have to get up in the morning. That is a big issue for seniors. Is there a way for family doctors, for

doivent au moins les garder pour 48 heures afin de les examiner puis prendre une décision. Mais le problème, c'est qu'il y a toujours un tabou qui existe avec l'admission, surtout à l'hôpital de Selkirk. Parce que quand on voit des personnes agir follement, dans le village, on a la coutume de dire : « Bien, ils en ont échappé un à Selkirk! »

Les services s'améliorent à la longue, mais je trouve que cela prend beaucoup de temps. On espérait au moins avoir un centre de santé mentale dans notre région. Dernièrement, j'ai voulu référer un patient au Eden Mental Health Centre à Winkler et j'ai parlé au psychiatre là-bas, puis il a dit : « Cela me fait de la peine, mais ton patient ne vient pas de notre région. » Donc, j'essaie de trouver quelque chose d'autre pour ce patient-là. Il y a des limites, car ils ont leur quota de patients et puis eux aussi ont de la difficulté, les centres de santé mentale sont toujours pleins.

[Traduction]

La présidente : Y a-t-il un centre au Manitoba qui offre des services en français à ceux qui ont des problèmes de santé mentale — je n'arrive pas à penser à un centre qui le ferait?

[Français]

Dr Gobeil : Pas que je sache, non.

[Traduction]

Le sénateur Cordy : Qu'arriverait-il à une personne âgée qui vit à la Villa Youville qui est indépendante, mais qui commencerait à montrer des signes de démence? Elle ne pourrait pas y rester, n'est-ce pas, ou est-ce qu'il y a une aile à cet effet?

[Français]

Dr Gobeil : Oui, nous avons différents niveaux de soins. Ceux qui ont vraiment déperé au point qu'ils ne savent pas où ils sont, ou qui sont même un peu agressifs physiquement ou verbalement, nous avons une section qui est fermée à clé afin qu'ils ne puissent pas s'évader. Il y en a qui réussissent quand même à sortir, mais avec difficulté. Nous avons quatre niveaux de soins et les pires sont ceux qui ne savent pas où ils sont, qui ils sont ou quelle journée nous sommes. Malgré les services du Dr Zacharias, qui vient volontairement nous donner des conseils, offrir ses idées et ses recommandations, il reste que cela se passe en anglais. Il ne parle pas français. On vient à bout de se comprendre quand même.

[Traduction]

Le sénateur Cordy : Les études révèlent qu'il y a beaucoup de cas de dépression chez les personnes âgées, beaucoup plus qu'on pourrait le croire. C'est en grande partie en raison de leur isolement social. Nous parlons de l'isolement dans les régions rurales, mais une personne âgée peut également vivre isolée au centre-ville de Toronto. L'un de nos témoins précédents parlait d'un programme de jour qu'ils offraient aux personnes âgées. Il a dit que les personnes âgées se demandaient pourquoi elles

example, to diagnose possible depression among seniors when they come in for a visit?

[*Translation*]

Dr. Gobeil: Yes, we are trying to do that as much as possible. We have a so-called “day care” service here, right in the home, which is working quite well. Not everyone wants to use the service voluntarily and sometimes we need to encourage them and advise them a number of times before they agree to come. They are hesitant about coming to these meetings. I think it is tied in with the fear of becoming a patient or resident here. I think they are trying to deny the fact that they need the care or pretend that they can do without it.

If you took someone from our institution who seemed perfectly lucid and admitted him to hospital, I can guarantee you that he would become disoriented by the third day; things come back to normal after the person gets used to the health care team and the situation eventually improves, and then the person goes home. But there is no doubt that the longer you can keep people at home, the better it is for them because it is a familiar environment. That is when home care becomes very important, especially for people on the lowest incomes and who are most ill.

[*English*]

Senator Cordy: Is there a shortage of francophone health care workers dealing in the area of psychiatry, psychiatrists and psychiatric nurses?

[*Translation*]

Dr. Gobeil: Very few are bilingual. In fact, I know a few nurses who are bilingual, and our psychologist is bilingual, but that is all.

Ms. Dorge: I think that the committee should be aware of how traumatic it can be for many of our francophone seniors who live in our small francophone communities and are used to living their lives in French, when they find themselves hundreds of kilometres from home, from one day to the next, in a supervised residence with no services in French and no francophone environment at all. Experience has shown that, when there is political will, ways can be found to ensure that francophone seniors can be served in their language and in their residential environment. We hear a lot about home care and the shortage of caregivers. There also need to be incentives and increased awareness so that residences can offer these services.

We are trying to keep seniors from being isolated. But if they are taken to the casino one day and nothing else happens for a month, they are very much isolated in their little world, which leads to dementia and depression. The aim of our federation is to try to prevent that. We know that French is a minority language, but we still need to fight to obtain services in French for our francophone seniors.

devaient se lever le matin. C'est un gros problème pour les personnes âgées. Y a-t-il une façon pour un médecin de famille par exemple de diagnostiquer un problème de dépression chez les personnes âgées lors d'une visite?

[*Français*]

Dr Gobeil : Oui, nous essayons, autant que possible. Nous avons un service qu'on appelle « day care » ici même au foyer, qui fonctionne assez bien. Ce ne sont pas toutes les personnes qui veulent volontairement profiter du service et parfois, il faut les supplier et les conseiller plusieurs fois avant qu'ils acceptent de venir. Ils ont une réticence à venir à ces rencontres. Je pense, que c'est parce qu'il y a le spectre de devenir patient ou résidant ici. Je pense qu'ils essaient de dénier le fait qu'ils n'ont pas besoin de ces soins ou qu'ils pourraient s'en passer.

Si on prend une personne de notre institution qui semble parfaitement lucide, et que vous l'admettez à l'hôpital, je peux vous garantir, que le troisième jour, cette personne devient désorientée; c'est une chose qui revient lentement à la normale après que la personne s'est habituée à l'équipe de soignants et puis éventuellement elle s'améliore, puis on la retourne chez elle. Seulement qu'il n'y a aucun doute que si vous pouvez garder quelqu'un à domicile le plus longtemps possible, le mieux c'est, pour lui, parce que c'est un milieu familial et c'est à ce point là que les soins à domicile deviennent très importants, surtout pour les personnes les plus démunies et les plus malades.

[*Traduction*]

Le sénateur Cordy : Y a-t-il une pénurie de travailleurs de la santé francophones en psychiatrie, c'est-à-dire des psychiatres et des infirmiers ou infirmières en soins psychiatriques?

[*Français*]

Dr Gobeil : Très peu sont bilingues. En fait, je connais quelques infirmières qui sont bilingues, et notre psychologue est bilingue, mais c'est tout.

Mme Dorge : Je pense que le comité doit prendre conscience du traumatisme que cela peut créer pour un bon nombre de nos aînés francophones qui habitent dans nos petites communautés francophones et qui sont habitués à vivre en français — et qui, du jour au lendemain, se retrouvent à des centaines de kilomètres de chez eux, en résidence supervisée sans aucun service en français et sans aucun environnement francophone. L'expérience a montré que lorsqu'il y a une volonté politique, il y a des moyens de faire en sorte que les aînés francophones puissent être desservis dans leur langue et leur milieu résidentiel. On parle beaucoup de « home care », de pénurie de personnes aidantes. Il faut qu'il y ait ainsi des mesures incitatives et un peu plus de sensibilisation pour que les résidences puissent offrir de tels services.

On essaie d'empêcher l'isolement chez les aînés. Même si tu les amènes une journée au casino puis le mois après on ne fait rien, ils sont vraiment isolés dans leur petit monde, puis viennent les cas de démence ou de dépressions. Le but de notre fédération c'est d'essayer d'éviter cela. On sait qu'on est une langue minoritaire, mais il faut encore se battre pour avoir des services en français pour nos aînés francophones.

[English]

The Chair: That is exactly why we are here in Ste. Anne this morning.

Senator Mercer: I will put my other hat on as a member of the Standing Senate Committee on Agricultural and Forestry. We are in the middle of completing a study on rural poverty. We have discovered — not that it was a big surprise — a lack of medical services in all parts of rural Canada, and the difficulty in attracting medical practitioners to rural Canada. However, it becomes magnified and much more critical in communities where minority languages are in effect, whether that is English language services in certain parts of Quebec or, more likely, French language services in Manitoba and parts of New Brunswick.

You indicated that you have had some interns coming here to work on their training. Have you been able to attract any of those young people back, and where did they come from? Are they Manitobans, or are they from elsewhere and are just completing their education and you likely will not see them again?

[Translation]

Dr. Gobeil: Our task as preceptors is to attract people who are able to work with us. There are a few from other provinces who are studying here in Winnipeg. Most are from Manitoba, and we see students from each of the four years of the medical program. Some of them are doing their residency in rural regions like ours. If we feel they are capable, we invite them to join our group to fill in the gaps.

[English]

Senator Mercer: Senator Cordy would have you believe that the answer is a good social life when they get here, which is not a bad idea.

You almost come to the conclusion that the universal health care is only universal to those people who live in big centres, near hospitals, and where the language that is spoken is their language. It is not universal to everyone, even those people who live in bigger centres if the language is different than their first language.

This morning we talked to others about the program of training doctors at the University of Moncton within their relationship with University of Sherbrooke. We understand that there is a relationship between the University of Manitoba and the University of Ottawa, and the University of Sherbrooke. Would it be more beneficial to francophones in Western Canada, and particularly Manitoba, if there was a program similar to the University of Moncton program? They are actually now in year two of their medical school training. They are taking their training at the University of Moncton but are actually students at the University of Sherbrooke, and the faculty of medicine at the University of Sherbrooke oversees the program in Moncton. Obviously, the objective is to train Franco-Canadians in Atlantic

[Traduction]

La présidente : C'est exactement pour cette raison que nous sommes ici à Sainte-Anne ce matin.

Le sénateur Mercer : Je suis également membre du Comité sénatorial permanent de l'agriculture et des forêts. Nous sommes en train de faire une étude sur la pauvreté rurale. Nous avons découvert — non pas que c'était une grosse surprise — qu'il y avait un manque de services médicaux dans toutes les régions rurales au Canada et qu'il y était difficile d'attirer des médecins praticiens. Cependant, le problème est encore plus grave dans les communautés où il y a une langue minoritaire, que ce soit l'anglais dans certaines parties du Québec ou, ce qui est encore plus probable, le français au Manitoba et dans certaines régions du Nouveau-Brunswick.

Vous avez dit que des internes venaient ici travailler dans le cadre de leur formation. Avez-vous réussi à attirer ces jeunes médecins pour qu'ils restent ici et d'où venaient-ils? S'agit-il de Manitobains, ou viennent-ils d'ailleurs, et est-ce qu'ils viennent ici uniquement pour compléter leurs études de sorte que vous ne les reverrez sans doute plus?

[Français]

Dr Gobeil : Notre fonction comme précepteurs c'est de pouvoir attirer les personnes capables de se joindre à nous. Il y en a quelques-uns qui viennent des provinces extérieures et qui font leurs études ici à Winnipeg. La plupart sont des Manitobains et on voit des élèves de toutes les années, de la première à la quatrième année de médecine. Il y a ceux qui font leur résidence dans des régions rurales comme la nôtre. Si l'on juge qu'ils en sont capables, on leur offre de venir chez nous afin de combler les manques dans notre groupe.

[Traduction]

Le sénateur Mercer : Le sénateur Cordy vous dirait que la réponse, c'est qu'ils aient une bonne vie sociale lorsqu'ils arrivent ici, ce qui n'est pas une mauvaise idée.

On arrive presque à la conclusion que les soins de santé universels ne sont universels que pour les gens qui vivent dans les grands centres, près des hôpitaux, où la langue parlée est leur langue maternelle. Les soins de santé ne sont pas universels pour tous, même pour ceux qui vivent dans des grands centres si la langue est différente de leur langue maternelle.

Ce matin, nous parlions à d'autres témoins du programme de formation à l'Université de Moncton dans le cadre de leur partenariat avec l'Université de Sherbrooke. Je crois comprendre qu'il y a un partenariat entre l'Université du Manitoba et l'Université d'Ottawa et l'Université de Sherbrooke. Ne serait-il pas plus avantageux pour des francophones de l'Ouest du Canada, particulièrement du Manitoba, qu'il y ait un programme semblable à celui de l'Université de Moncton? En fait, ils en sont actuellement à la deuxième année de la formation en médecine. Ils suivent une formation à l'Université de Moncton, mais sont en fait des étudiants de l'Université de Sherbrooke, et la faculté de médecine à l'Université de Sherbrooke supervise le programme à Moncton. Évidemment, l'objectif consiste à former

Canada and keep them in that region. Would that help solve some of your problems and hopefully bring more practitioners back to Franco-Manitoba?

[Translation]

Dr. Gobeil: I believe that there are enough students at the University of Manitoba who are bilingual and who already come from our region. The problem is that practising family medicine is not all that attractive an option for them, given the long hours of work involved. Many of them expect to work nine to five, when it is really the opposite that is the reality here. And others want to specialize, obviously. So we are lucky when we can find even one. If they were trained in a francophone university, perhaps things would change. However, maybe they would be tempted to stay where they receive their training and so would not necessarily come back to Manitoba.

[English]

Senator Mercer: If I understood you correctly earlier, you indicated that most of the doctors here have a maximum case load and are not accepting new patients; am I correct? What do those people in the region do if they do not have a doctor?

[Translation]

Dr. Gobeil: That is a very serious problem. And a study has just been completed on that. If I take one or two more patients than I am able to see right now, when I leave other doctors will have to take my extra patients. The more I have, the less able they will be to take them all on. But demand is growing. Where we need doctors is especially with older people, who are much more numerous than before and require more time in the office to examine them properly and make a good diagnosis. It is a real problem.

I do not know what happens to people who have no family doctor. I would personally be prepared to take on new patients anytime, but I have to think of the new doctors coming up, since when I leave, they will have to handle 2,000 patients more.

The same thing is happening in the neighbouring town of Steinbach; they have many more doctors than we do but they are not taking on any new patients. So it is becoming a problem. Patients who need medical care go to the emergency ward after hours and even during office hours, and they have to be given care. Eventually some of them get into the system, but we need to be very careful because if we want to provide adequate service we have to avoid patient overloads, I think.

[English]

Senator Mercer: Thank you, I appreciate that.

des Franco-canadiens dans la région de l'Atlantique et de les garder dans cette région. Est-ce que cela aiderait à résoudre certains de vos problèmes et peut-être faire venir un plus grand nombre de médecins dans les régions francophones du Manitoba?

[Français]

Dr Gobeil : Je crois qu'il y a un nombre suffisant d'étudiants à l'Université du Manitoba qui sont bilingues et qui viennent déjà de notre région. Le problème c'est que la pratique de la médecine familiale n'est pas tellement attrayante pour eux, à cause des heures prolongées qu'ils s'attendent à pratiquer. Plusieurs d'entre eux s'attendent à travailler de 9 heures à 17 heures, alors que c'est vraiment le contraire qui se passe ici. Et d'autres vont en spécialité, évidemment. Alors on est chanceux quand on peut en attraper un. Si ces personnes étaient formées dans une université francophone, peut-être que les choses changeraient. Par contre, peut-être qu'ils vont être tentés de rester là où ils ont été instruits, aussi, ils ne reviendront pas nécessairement au Manitoba.

[Traduction]

Le sénateur Mercer : Si j'ai bien compris ce que vous avez dit précédemment, la plupart des médecins ici ont une charge de travail maximal et ne prennent pas de nouveaux patients, n'est-ce pas? Que font les gens dans la région s'ils n'ont pas de médecin?

[Français]

Dr Gobeil : C'est un problème vraiment sérieux. Et puis on vient de compléter une étude sur ce sujet. Moi, si je prends un ou deux patients de plus que je suis capable de voir dans le moment, lorsque je vais quitter, les autres vont être obligés de prendre la surcharge de mes patients. Plus j'en ai, moins ils deviendront capables de tous s'occuper d'eux. Mais la clientèle est grandissante. Lorsque nous avons besoin de médecins, c'est surtout avec les vieillards qui, en grande partie, sont beaucoup plus nombreux qu'avant, demandent beaucoup plus de temps pour les examiner correctement puis faire des diagnostics. C'est un vrai problème.

Je ne sais pas ce qui arrive aux personnes qui n'ont pas de médecin de famille. Moi, je serais prêt à prendre de nouveaux patients n'importe quand, mais il faut que je pense aux autres qui sont derrière moi, parce que lorsque je quitterai la place, cela va leur faire 2 000 patients de plus à s'occuper.

C'est la même chose qui se passe dans la ville voisine, Steinbach; ils ont beaucoup plus de médecins que nous et ils ne prennent pas de nouveaux patients. Cela devient un problème. Les patients qui ont besoin de soins médicaux viennent à l'urgence après les heures ou même pendant les heures de bureau et on est obligé de les desservir. Éventuellement, il y en a qui viennent à bout d'entrer dans le système, mais il faut vraiment faire attention, parce que si on veut donner un service adéquat, je pense qu'il ne faut pas se surcharger.

[Traduction]

Le sénateur Mercer : Merci.

We had a brief discussion about the need for activities to keep people active and to try to get them to come to centres such as the Villa Youville, not as a place to live but as a place of activity. Are there other facilities besides the Villa Youville in the Franco-Manitoban community that are specifically designed to do just that, to attract older Franco-Manitobans to a centre, to create the activities that will get them both physically and mentally active, and to have the usual collective trips that people like to go on?

Ms. Dorge: I do not think there are other facilities. St. Boniface might have an area where they have day programs and so on. Programs are being created locally and we can either sponsor it or encourage it. We have no money to sponsor it financially, but we encourage them to meet so that seniors are not isolated from the others. Our main goal is to keep seniors together.

With respect to doctors and seniors, to doctors right now, it is a profession where a few years ago it was a vocation, and they were there 24 hours. I do not think we can find young doctors that are doing this now because they have their families and many other commitments to take care of.

People often come to us requesting that we find a French speaking doctor for them. Even though St. Boniface has some, they are few and far between. In Ste. Anne's, all of them are francophone, but people will not travel to Ste. Anne; some do, but others will not.

The Chair: It does not sound like a good idea for them to travel to Ste. Anne. Ste. Anne's doctors are having trouble looking after their own.

Ms Dorge: That is a problem.

The Chair: Dr. Gobeil, I would like to put a very frank question to you. We know that there are shortages of geriatricians and family physicians from one end of this country to the other. How much of that is related to the fact that our medical system, including the doctors' associations themselves, fail to recognize the value of family physicians and geriatricians in terms of their payment schedules?

Dr. Gobeil: Could you repeat that question, please?

The Chair: We know that if you are a specialist in internal medicine, you will get paid a lot more than if you are a family physician. We also know that if you are a specialist in cardiac surgery, you will get paid a great deal more than if you are a geriatrician looking after our seniors. How much is that causing shortages in family physicians and geriatricians?

[Translation]

Dr. Gobeil: I do not believe it is really a problem, since I personally feel that I receive adequate compensation. We receive less than we should, according to the assessment by the Manitoba Medical Association; it is essentially a certain percentage of what the association recommends. But things

Nous allons brièvement parler du fait qu'il était nécessaire d'avoir des activités pour garder les gens actifs et tenter de les attirer dans des centres comme la Villa Youville, non pas comme endroit où vivre, mais comme centre d'activités. À part la Villa Youville, y a-t-il d'autres installations dans la communauté franco-manitobaine spécifiquement conçues pour attirer les Franco-Manitobains plus âgés dans un centre, créer des activités pour les garder actifs tant sur le plan physique que mental et faire les petits voyages collectifs habituels que les gens aiment faire?

Mme Dodge : Je ne pense pas qu'il existe d'autres installations. Saint-Boniface a peut-être un endroit qui offre des programmes de jour. Les programmes sont créés localement et nous pouvons les parrainer ou les encourager. Nous n'avons pas d'argent pour les commanditer, mais nous encourageons les personnes âgées à se rencontrer de façon qu'elles ne soient pas isolées des unes des autres. Notre principale objectif c'est de garder les personnes âgées ensemble.

Pour ce qui est des médecins et des personnes âgées, à l'heure actuelle être médecin c'est une profession tandis qu'il y a quelques années c'était une vocation, les médecins étaient là 24 heures sur 24. Je ne pense pas nous puissions trouver de jeunes médecins qui fassent cela aujourd'hui, car ils ont leur famille et d'autres engagements.

Les gens viennent souvent nous voir pour nous demander de leur trouver un médecin francophone. Même s'il y en a à Saint-Boniface, ils sont rares. À Sainte-Anne, ils sont tous francophones mais les gens ne viennent pas jusqu'à Sainte-Anne; il y en a qui viennent, mais d'autres ne viennent pas.

La présidente : Cela ne semble pas être une bonne idée qu'ils se déplacent jusqu'à Sainte-Anne. Les médecins de Sainte-Anne ont du mal à s'occuper de leurs propres patients.

Mme Dodge : C'est un problème.

La présidente : Docteur Corbeil, je voudrais vous poser très franchement une question. Nous savons qu'il y a des pénuries de gériatres et de médecins de famille d'un bout à l'autre du pays. Jusqu'à quel point est-ce lié au fait que notre système médical, notamment les associations de médecin elles-mêmes, ne reconnaissent pas la valeur des médecins de famille et des gériatres pour ce qu'il s'agit de les rémunérer?

Dr Corbeil : Pouvez-vous s'il vous plaît répéter la question?

La présidente : Nous savons qu'un spécialiste en médecine interne est beaucoup mieux rémunéré qu'un médecin de famille. Nous savons par ailleurs qu'un spécialiste en chirurgie cardiaque est beaucoup mieux rémunéré qu'un gériatre qui s'occupe de nos personnes âgées. Jusqu'à quel point est-ce que cela est à la source de la pénurie de médecins de famille et de gériatres?

[Français]

Dr Gobeil : Je ne crois pas que c'est vraiment un problème, parce que personnellement, je trouve que ma rémunération est adéquate. Nous sommes récompensés moins qu'on devrait l'être, d'après les évaluations de l'Association médicale du Manitoba, car c'est surtout un certain pourcentage de ce que l'association

have improved over the years, and I am sure that a doctor who wants to work just eight hours a day can easily make a go of it financially in a place like this. It is a matter of persistence, and there is also an element of self-sacrifice. The care we give is not just restricted to office hours; sometimes we need to go beyond that and this is something we need to be prepared to do. In my view, the financial side should not be a problem.

A doctor in general practice in Winnipeg, however, can easily obtain investigations and — The problem as well is that, if you are in general practice, your patients that get sick after five o'clock will go to a walk-in clinic or even the hospital, where they end up waiting for so many hours that they leave without getting treatment. But the doctors do not have to worry because they know that their patients will eventually be treated. Our system here is such that we make sure that everyone who comes to the emergency is examined and treated and then sent to their regular doctor or to a specialist in Winnipeg. So we now have a specific contract whereby we receive a certain amount of money when we work in the emergency ward, whether we have 20 patients or only one: it makes no difference, since we are paid for being on call.

When I was younger, we were on call 24 hours a day, but we received no compensation for the hours we spent by the phone, getting to the hospital or at the patient's bedside. Things have improved a lot from that standpoint. So I do not really see the problem. It may be less attractive to practise in a rural area rather than in Winnipeg, to take our region as an example.

Senator Chaput: Doctor Gobeil, you have just said that it may be less attractive to practise here. I am thinking about people outside the region who are looking at what is going on in Ste. Anne in your clinic, where you have nine doctors in 2008. So you are doing something here in terms of recruitment in order to have so many doctors, some of them young and some of them a bit less young like you, but at least you have them and they are all bilingual. So why is it that those doctors have come to the clinic to work with you and for the people of this region? What is your recipe, do you think?

Dr. Gobeil: The recipe is, first, that we invite them to do internships to show them exactly how we do things. It is important to keep in mind that we have a cohesive group with the same approach to our work and the support of the other doctors we work with. All those things make for a homogeneous group, despite our personal differences. This is very important, since I am asked every day what will happen when I leave. I respond that we are not at that point yet and that they will cross that bridge when they come to it. That said, I can guarantee them that, because their files are here, the other doctors will take them on as patients and there will be new doctors.

I think that we offer working conditions that are actually pretty good. Years ago, I used to be on call 24 hours a day for a week at a time. Needless to say, I was absolutely exhausted by the

recommande. Mais avec les années, les choses se sont améliorées et je suis certain qu'un médecin qui veut travailler huit heures par jour seulement peut se tirer d'affaire financièrement dans une place comme ici. C'est une question de persistance et puis il y a un don de soi. On n'est pas nécessairement limité aux heures de bureau, parfois il faut les dépasser, mais il faut être prêt à cela. Je pense que la question financière ne devrait pas être un problème.

C'est que si vous êtes à Winnipeg, cependant, c'est très facile pour un médecin en pratique générale d'obtenir, disons, des investigations ou des... Le problème est, aussi, en pratique générale, après 17 heures, si tes patients sont malades, ils vont dans un « walk-in clinic » ou à l'hôpital où ils attendent des heures interminables au point qu'ils quittent l'hôpital avant même de se faire soigner. Mais pour ces médecins-là, ils n'ont pas d'inquiétude, ils savent que leurs patients vont être traités éventuellement. Ici, nous avons un système qui voit à ce que les personnes qui se montrent à l'urgence soient examinées et traitées, puis acheminées vers le médecin qui les voit d'habitude, ou vers d'autres spécialistes à Winnipeg. Nous avons maintenant un contrat spécifique qui dit que tu reçois tant d'argent pour le temps que tu passes à l'urgence, que tu aies 20 ou un patient, il n'y a pas de différence, c'est le fait d'être sur appel.

Dans le temps, quand j'étais plus jeune, on était d'appel 24 heures sur 24, mais on n'avait aucune compensation pour les heures qu'on attendait au téléphone, pour se rendre à l'hôpital ou au chevet d'un malade. Les choses à ce niveau se sont améliorées beaucoup. Alors, je ne vois pas vraiment le problème. C'est peut-être moins attrayant de venir pratiquer dans une situation rurale que de pratiquer à Winnipeg, disons, dans notre cas.

Le sénateur Chaput : Docteur Gobeil, vous venez de dire que c'est peut-être moins attrayant de venir pratiquer ici. Je pense aux gens de l'extérieur qui regardent ce qui se passe ici à Sainte-Anne dans votre clinique où vous avez, en 2008, neuf médecins. Il y a quelque chose que vous faites ici, en termes de recrutement, qui fait que vous avez tant de médecins, des plus jeunes et des un peu moins jeunes comme vous, mais vous les avez quand même, puis ils sont tous bilingues. Qu'est-ce qui fait que ces médecins-là soient venus à la clinique travailler avec vous et pour les gens de cette région? C'est quoi votre recette, d'après vous?

Dr Gobeil : La recette est, premièrement, que nous les invitons à faire des stages pour leur montrer exactement de quelle façon nous agissons. Il ne faut pas oublier que dans notre groupe, il y a une cohésion, il y a un même esprit de travail, il y a le support des autres médecins avec qui on travaille, il y a toutes ces choses-là qui font qu'on a un groupe homogène, malgré nos différences personnelles. C'est très important du fait que moi je me fais demander tous les jours : « Qu'est-ce qu'on va faire quand tu vas être parti? » Je dis : « Ce jour-là n'est pas arrivé encore. Vous traverserez le pont quand on y arrivera. » Par contre, je peux leur garantir que comme leurs dossiers sont ici, que les autres médecins se chargeront de les prendre comme patients et qu'il y en aura des nouveaux.

Je pense que nous offrons des conditions de travail assez faciles à accepter. Dans le temps, j'étais d'appel 24 heures par jour pour une semaine. Il va sans dire qu'à la fin de cette semaine-là, j'étais

end of the week. Now there are still difficult days for those who are on call, especially on long weekends where there are a lot of accidents. But at least doctors are on call for only 24 hours and then someone else takes over. There is a rotation for weekends. So people are not forced to stay home.

We try to treat everyone equally, be they francophone, anglophone, Ukrainian or anything else. I think we provide relatively comprehensive services. And then, there are people who come from Sainte-Agathe, Saint-Jean-Baptiste, Vita, Falcon Lake, Hadashville, Beauséjour, people from all those places, La Broquerie, everywhere, really, they come here and they know there is some continuity of service.

Senator Chaput: A very brief question for you, Dr. Gobeil, and then one for you madam. In terms of home care, given your experience as a doctor since the inception of home care, would you say there has been progress in the delivery of these services or a decline?

Dr. Gobeil: No, things are much better than they were at the start.

Senator Chaput: So, things are better?

Dr. Gobeil: Yes.

Senator Chaput: In terms of hours and various services, or coordination?

Dr. Gobeil: In terms of having enough people available to deliver these services.

Senator Chaput: Ms. Dorge or Mr. Curé, on the issue of volunteering, you must have had to recruit volunteers in order to offer all of these services and activities. So, how do you go about recruiting volunteers? Do you get help? Do volunteers recruit other volunteers, how does that work?

Ms. Dorge: Well, I believe that the volunteers are, really, ourselves and mainly Gérard. We have a volunteer pool. For instance, for the spring games in Sainte-Agathe, they found their own volunteers and it was fantastic, everything worked out well.

If we want volunteers for a nutrition project and they have to be paid, I think our federation will not make it.

And then last week, at our annual general meeting, we recognized approximately 40 volunteers who have worked throughout the year, either to organize a social event, or a golf tournament. So all of these things, in all organizations are done on a voluntary basis. We have radio show called *Envol 91*, every Monday morning from 9:00 to 10:00 a.m., it is a program which is specially geared to seniors.

Senator Chaput: Is it community radio?

Ms. Dorge: Community radio, hosted by volunteers, volunteers technicians, everything is done on a volunteer basis.

absolument exténué. Maintenant, il y a encore des journées difficiles pour ceux qui sont d'appel, surtout les semaines de longs congés où il y a plusieurs accidents, mais au moins, celui qui est sur appel sait qu'il ne l'est que pour 24 heures et, après, un autre prendra la relève. En fin de semaine, il y a un échange de garde. On n'est pas absolument contraints à rester chez soi.

On essaie de traiter tout le monde sur le même pied, francophones, anglophones, ukrainiens ou tout ce que vous voulez. Je pense qu'on donne un service assez complet. Il a des personnes qui viennent de Sainte-Agathe, de Saint-Jean-Baptiste, de Vita, de Falcon Lake, qui viennent de Hadashville, de Beauséjour, il y a des personnes de toutes ces places-là, La Broquerie, un peu partout, qui viennent ici et savent qu'il y a une certaine continuité de services.

Le sénateur Chaput : Une question très brève à vous, docteur Gobeil, et ensuite à madame. En termes de soins à domicile, avec l'expérience que vous avez comme médecin, est-ce qu'il y a eu des progrès dans la livraison de ces services ou est-ce qu'on a plutôt reculé?

Dr Gobeil : Non, c'est vraiment mieux que c'était au commencement.

Le sénateur Chaput : Donc, c'est quand même mieux?

Dr Gobeil : Oui.

Le sénateur Chaput : En termes d'heures et de divers services ou de coordination?

Dr Gobeil : Pour ce qui est d'avoir assez de personnes pour rendre ces services.

Le sénateur Chaput : Madame Dorge ou monsieur Curé, concernant le bénévolat, vous avez sûrement à recruter des bénévoles pour offrir tous ces services et activités. Comment faites-vous le recrutement de bénévoles? Avez-vous de l'aide? Est-ce un bénévole qui recrute d'autres bénévoles, comment est-ce que cela fonctionne?

Mme Dorge : Je crois que les bénévoles c'est nous et puis surtout Gérard. Nous avons une banque de bénévoles. Par exemple, pour les Jeux de printemps à Sainte-Agathe, c'est sont qui ont trouvé leurs bénévoles. C'était fantastique, tout a bien marché.

Si on veut avoir des bénévoles pour un projet de nutrition et qu'il faut les payer, je crois que notre fédération. « Va prendre la rivière ».

La semaine dernière, à notre assemblée générale annuelle, nous avons reconnu environ 40 bénévoles qui ont œuvré toute l'année, en travaillant pour organiser une soirée sociale, un tournoi de golf. Toutes ces choses-là sont faites bénévolement. Nous avons un programme à la radio, *Envol 91*, tous les lundis matin de 9 à 10 heures, spécialement pour les aînés.

Le sénateur Chaput : Est-ce une radio communautaire?

Mme Dorge : Une radio communautaire qui est animée par des bénévoles, avec des techniciens bénévoles, tout est bénévole.

So as I was saying, we have a volunteer pool. They are mainly retired individuals who are waiting around and saying, "What are we going to do today? We want to do something." And they are volunteers, they are retired, so they have the time.

Senator Chaput: Do you pay for their transportation, do you give them anything or is it 100 per cent volunteer work?

Ms. Dorge: I would say 99.9 per cent volunteer work. We pay for transportation if we hold a meeting, if it is not a meeting for volunteers, but a meeting of the provincial board. So in order for them to get to the meeting, that is approximately the only compensation they get, aside from dinner. Everything else is done on a volunteer basis.

Mr. Curé: If I may add just a word, we have 18 clubs that operate and out of these I would say that in most of them there are between 7 and 10 volunteers sitting on the executive. There is a club in each town and they are all volunteers, so there is no compensation. The only ones who receive compensation are those who sit on the provincial council.

We are working on a data base, but it is very difficult because so many people move and it is difficult to keep up to date. We started working on the project this year. We have found that it is harder to find volunteers among young retirees, rather than people who are aged 65 and over, because these people do not want to become isolated. Those who retire at age 55 and who have worked for many years do not want to be stuck doing volunteer work. That might happen 10 years later. So, yes, there is a lot of volunteerism.

[English]

The Chair: Thank you to all of you for appearing here this morning. The information has been extremely useful to us.

Senators, we would normally rise, but we have a special person in the audience that I will ask to come forward. We are in a very interesting facility here; I think you saw some of that as you walked through. However, we actually have the gentleman who made this happen. He happens to be the spouse of Senator Chaput. We will ask Mr. Louis Bernardin to come and join us to tell us a little bit about the facility in which we are holding our meetings today.

Please tell us a little bit about how this facility came into being and all the wonderful things that it does?

[Translation]

Mr. Louis Bernardin, Director, Villa Youville: Madam Chair, doctors can be a big problem, and it was one which I did not want to have. When you are in charge of administrating a hospital and a seniors' home, you are already dealing with so many issues that you do not want to also have problems with doctors and staff.

Comme je disais, on a une banque de bénévoles. Ce sont surtout des personnes à la retraite qui se demandent : « Qu'est-ce qu'on fait aujourd'hui? On veut faire quelque chose. » Et puis ils sont bénévoles, ils sont à la retraite, alors ils ont le temps.

Le sénateur Chaput : Est-ce que vous payez leurs déplacements, est-ce que vous leur donnez quelque chose ou c'est 100 p. 100 bénévole?

Mme Dorge : Je dirais 99,9 p. 100 bénévole. On paie le déplacement si nous avons une réunion, si ce n'est pas une réunion de bénévoles, mais une réunion du conseil provincial. Pour venir à la réunion, c'est à peu près le seul dédommagement qu'ils ont, en plus d'un dîner. Tout le reste est bénévole.

M. Curé : Si je peux juste ajouter qu'on a 18 clubs qui fonctionnent et de nos 18 clubs, il y a, en majorité, je dirais, entre sept à dix personnes bénévoles qui siègent aux conseils exécutifs. Chaque localité a son club et ce sont tous des bénévoles, donc il n'y a aucune rémunération. Les seuls qui sont rémunérés ce sont les représentants qui siègent au conseil provincial.

On est en train de travailler sur une banque de données, et c'est très difficile parce qu'il y a beaucoup de gens qui déménagent, donc c'est très difficile à mettre à jour. C'est un projet qu'on a entamé cette année. On s'aperçoit que pour le bénévolat, parmi les plus jeunes retraités, c'est plus difficile que les personnes qui sont rendues à un certain âge comme les 65 et plus. C'est plus facile pour ces derniers de faire du bénévolat justement parce qu'ils veulent s'éloigner de l'isolement. Tandis que les personnes qui prennent leur retraite à 55 ans ont fait leur travail pendant X nombre d'années et quand ils arrivent à un certain âge, ne veulent plus faire du bénévolat. Cela vient peut-être dix ans plus tard. Alors oui, il y a beaucoup de bénévolat.

[Traduction]

La présidente : Merci à tous d'être venus ici ce matin. L'information nous a été extrêmement utile.

Honorables sénateurs, nous leverions normalement la séance, mais nous avons quelqu'un de spécial ici dans l'auditoire à qui je demanderais de bien vouloir se présenter à la table. Nous sommes dans un endroit fort intéressant; je pense que vous l'avez constaté en le traversant. Cependant, nous avons actuellement devant nous l'homme qui a rendu tout ceci possible. Il se trouve être l'époux du sénateur Chaput. Nous allons demander à M. Louis Bernardin de venir se joindre à nous pour nous en dire un petit peu plus long sur les installations dans lesquelles nous tenons nos réunions aujourd'hui.

Parlez-nous un peu de l'élaboration de ce centre et des choses merveilleuses qui s'y passent.

[Français]

Louis Bernardin, directeur, Villa Youville : Madame la présidente, les médecins, pour moi, c'était un gros problème que je ne voulais pas avoir, parce qu'être administrateur d'un hôpital, puis d'une maison pour personnes âgées, c'est déjà assez de problèmes que tu ne veux pas avoir des problèmes avec les

I was offered a job in Churchill, but I turned it down because the biggest problem up there was that they could not find any doctors.

I would like to go over everything which has been said because I have lived through every situation. I would like to start with Mr. Woolen Noyes, who was responsible for applying the Elderly and Infirm Persons' Act, and who was the only person with a part-time secretary. We wanted to build a retirement home, but we did not know how to go about it. So we asked Mr. Woolen Noyes to come, in his wheelchair, from Winnipeg to explain to us how things are done. Then we, the members of the Knights of Columbus committee, asked him, "What do we need?" To make a long story short, he said: "Only you and your community know what it is you need." So we took a step back and looked at the situation and decided to build 30 hostels, and attached to those, 35 motels; we call them motels, but they are actually single or double independent units.

I worked as a senior operator, a telegraph operator, with CNR, and when I was still working at the station, they put me in charge of administration at the hospital. After, they made me director of Villa Youville. I had no experience whatsoever since I was just starting in that line of work. So I took administration courses at the University of Saskatoon.

At the hostel, we had a large and very heavy front door. People began to ask questions. I was hiring people who had been approved by the nursing department to work at the hostel. So my hostel filled up, and I put seniors in the motels, in the independent living units, and I provided them with services such as meals and activities. Eventually the people living in the motels began working as volunteers with the people living in the hostel. But at one point, they did not realize that Villa Youville was an independent facility; it was "elderly subsidized," but nevertheless independent. So a man and two women came to see me without really saying what they wanted, and they began discussing with me the services we were providing. But what they really wanted to know is what my qualifications were, what entitled me to make the decisions I was making with regard to transferring people from the hostel to the independent living units. When he came in, the man noted that the door was very heavy and hard to open. In the course of our conversation, it was when he asked the question that I realized why he had come, and it was because he wanted to tell me in a nice way: "Mind your own business!" Since the independent living units were at issue, I told the man: "But you said so yourself when you came in, the first thing you told me was that it was a heavy door. So I said that the people who can push the door open go to the motels, and those who cannot open it go into nursing care." And there was nothing more they could say.

I greatly appreciate the fact that both committees have travelled across the country and addressed the issue of palliative care. But palliative care is something we normally do through the Grey Nuns. So there is really no point in my talking at length about palliative care, because those services are provided by the Grey Nuns. They are the ones who showed us what palliative care is all about, how it is administered and how to maintain that type of care.

médecins et ton personnel. On m'avait offert une job à Churchill, je ne l'ai pas prise parce que leur gros problème à Churchill était de recruter des médecins.

Je voudrais faire un survol de toutes les choses qui ont été dites, parce que je les ai toutes vécues. Je veux commencer par M. Woolen Noyes, qui était responsable du *Elderly and Infirm Persons' Act*, la seule personne qui avait une secrétaire à temps partiel. Nous autres, on voulait construire une maison pour personnes âgées, puis on ne savait pas ce dont on avait besoin. On a donc demandé à M. Woolen Noyes de venir en chaise roulante de Winnipeg pour nous parler de cela. Nous, le comité des Chevaliers de Colomb, on lui a demandé : « De quoi on a besoin? » Pour faire une histoire courte, il a dit : « Il y a seulement vous, de la communauté, qui sachez ce dont vous avez besoin. » On a pris du recul et on a décidé de bâtir 30 « hostels », puis, attachés à cela, 35 motels; on appelle cela des motels, mais ce sont des unités indépendantes, simples ou doubles.

Moi, j'étais « senior operator », « telegraph operator » sur le CNR et j'étais à la station quand ils m'ont logé comme administrateur de l'hôpital. Après, ils sont venus me chercher pour devenir le directeur de la Villa Youville. Je n'avais pas d'expérience, je commençais. J'ai donc commencé à prendre des cours à l'Université de Saskatoon en administration.

Dans notre « hostel », la porte d'entrée c'est une grosse porte pesante, et les gens ont commencé à poser des questions. Parce que moi, je prenais des gens qui étaient approuvés par le département de nursing pour hostel. Quand mon « hostel » était plein, alors je les plaçais dans les motels, dans des unités indépendantes, puis je leur donnais des services comme les repas, les activités. Ces gens-là, dans les motels, sont devenus mes bénévoles pour visiter les gens dans le « hostel ». Mais ils ne savaient pas que la Villa Youville était une maison indépendante; « elderly subsidized » mais indépendante. Alors, un monsieur et deux dames sont venus me voir, sans me ce qu'ils voulaient et ils sont venus discuter avec moi de nos services. Ce qu'ils voulaient savoir, c'est où je prenais mes compétences pour prendre les décisions et prendre du monde du « hostel », puis les mettre dans des unités indépendantes? Le monsieur, en rentrant, avait fait la remarque que la porte était pas mal pesante à ouvrir. Quand la question a été posée, j'ai su pourquoi il était venu me voir : c'est parce qu'il voulait me dire « in a nice way » : « Mêle-toi de tes affaires! » Il a suffi que soit une maison indépendante, et j'ai dit au monsieur : « Mais c'est toi qui l'as dit tout à l'heure, en rentrant, que la porte était pesante. J'ai dit : « Ceux qui peuvent ouvrir la porte, ils vont dans les motels; puis ceux qui ne peuvent pas ouvrir la porte, ils vont dans le nursing. » Alors, cela été réglé avec eux autres.

J'ai beaucoup apprécié les deux comités, d'un bout à l'autre. Vous avez beaucoup parlé sur les soins palliatifs. Mais cela, on l'a facilement avec les soeurs grises. Ce qui fait que cela ne me donne rien de vous en parler plus longuement, parce que les soins palliatifs sont venus avec les soeurs grises. Elles nous ont montré ce qu'étaient les soins palliatifs, comment on faisait ça, puis nous avons continué.

I heard you talk about “day care” and “caregivers and all that.” We provide “day care” without anyone’s approval simply because people need it. What we did was we brought people to the villa and integrated them into the villa’s programs. The only problem we had was that they were treated so well here, and there was no one at home to look after them, that they did not want to go home again. We had a facility in Hadashville, which was more or less a private residence for Ukrainians, but in the summertime, the woman who ran that facility was so overworked that we took in the really serious cases, namely level 3 residents, and we kept them for two weeks. But the same thing happened with them; they did not want to go back. This was happening outside of the MHSE Manitoba Health Commission, and we were not allowed to operate that way.

I heard all kinds of things about home care. I agree with Dr. Gobeil, who said that home care services were just as good. I did not know that, but I know that in the 1980s, home care services were drastically cut back, and I thought that was terrible because it is the right way to go if you want to save money, quite simply, and to encourage people to stay in their homes as long as possible.

The level of care was also discussed. There are accreditation programs which dictate the standard of care in a given facility. There are also agreements across the country, which set benchmarks by which to measure and compare the services we provide to our patients.

Dementia is certainly a major problem in seniors’ homes such as ours, especially at the beginning. For your information, the hostel is the first level of nursing care, but there are three other ones over and above that. Sometimes in the span of a few months, the condition of our residents deteriorated, and they went from a level 2 to a level 3, and then to a level 4, and we had to put hooks on the exit doors to prevent people from getting out at night. We had to secure the doors, especially in winter. We managed to catch some residents who had made their way outside; they had a bad habit, especially the men, or going outside to pee in the bushes. You know, we are dealing with a generation which was fairly poor. Where we grew up, not only were people poor, but they were not very educated, and so these are people who needed a lot of attention, much more attention than people would nowadays. I can imagine that future generations will be easier to look after.

Let me continue to talk about dementia; there was a woman, Ms. Mettai, who lived her whole life in Winnipeg, she was a francophone who had married an anglophone, and had lived her entire life in English. But when the time came to put her in a home, they looked for a francophone one, and we were the only one, which meant that they had to move her to Ste. Anne. The lady was very forgetful; you know, she had all the symptoms of dementia. She eventually came into some money, and so under the Public Cost Fee program, she saw a doctor who assessed her. This doctor declared that she was insane and unable to manage her own affairs. When I heard about this, my first reaction was that I was furious because they came in through the back door, assessed one of my residents without even informing me of the fact. But they had conveniently forgotten that I was running a

Je vous ai entendus parler de « day care », puis de « care givers and all that ». Nous autres, le « day care », on le faisait sans approbation de personne, parce qu’il y avait des gens qui en avaient besoin. On les faisait venir à la villa, puis on les intégrait dans les programmes existants. Le seul problème, c’est qu’ils étaient tellement bien servis, puis à la maison ils n’avaient tellement pas d’aide, qu’ils voulaient pas les ramener chez eux. On avait une maison à Hadashville qui était un peu un foyer privé pour les Ukrainiens, puis en été, la femme qui avait soin de cette maison-là était tellement surchargée, qu’on prenait des résidents vraiment pesants, « level 3 », et puis on les gardait pour deux semaines. Mais eux aussi c’était pareil, ils ne voulaient pas les reprendre. Cela se faisait en dehors du MHSE Manitoba Health’s Commission, on ne pouvait pas faire ça.

J’ai entendu des commentaires sur les soins à domicile. Je suis d’accord avec Dr Gobeil qui a dit que les services de « home care » étaient aussi bien. Je sais que dans les années 1980, ils avaient coupé pas mal le service à domicile. Je trouvais cela déplorable parce que c’est vraiment la route à prendre pour ne pas que ça coûte trop cher, tout simplement, encourager les gens à rester chez eux aussi longtemps que possible.

Il a été question du « level of care ». Il y a les programmes d’accréditation qui dictent la condition des services dans une facilité quelconque, le programme d’ententes est à travers le pays, cela fait qu’on pourrait se fier là-dessus pour mesurer et comparer les services donnés à nos patients.

La démence est certainement un gros problème dans les foyers comme les nôtres, surtout au commencement. Parce que vous savez, « hostel », c’est le premier niveau au nursing et il y en a trois autres après. En quelques mois, nos résidents dépérissaient puis arrivaient à des « 2 », puis des « 3 », puis des « 4 ». Des fois, on était obligés de mettre des crochets aux portes de sortie parce qu’on ne pouvait pas laisser le monde se promener toute la nuit, on ne pouvait pas laisser les portes libres, surtout en hiver. On en a attrapé plusieurs dehors, ils avaient une mauvaise habitude, surtout les hommes, ils ouvraient la porte, il y a une talle de branches là, puis ils allaient uriner en dessous. Vous savez, on avait affaire à une génération qui était pauvre. Parce que chez nous, on avait non seulement la pauvreté, mais aussi un taux d’éducation qui était bas, ce sont des gens qui avaient besoin d’attention, beaucoup qu’aujourd’hui. J’imagine que les générations à venir vont être plus faciles à soigner.

Je vais vous parler encore de la démence; il y avait une dame, Mme Mettai, qui a vécu toute sa vie à Winnipeg. Elle était francophone, elle a marié un Anglais et elle a vécu toute sa vie en anglais. Quand ils ont voulu la placer, ils ont cherché pour une maison française et on était la seule, alors l’ont ramenée à Sainte-Anne. La dame oubliait; vous savez, elle avait tous les signes de démence. Finalement, elle avait quelques piastres, ce qui fait que le programme « Public Cost Fee » a été invité à envoyer un médecin pour faire son évaluation. Le médecin l’a déclarée folle, pas capable de gérer ses affaires personnelles. Quand j’ai su cela, j’étais vraiment fâché pour la simple raison qu’ils sont rentrés par la porte d’en arrière pour évaluer un de mes résidents sans m’en parler. Ils avaient déjà oublié que c’était une maison privée et qu’ils ne pouvaient pas faire cela. Alors, j’ai fait venir un

private facility and that they had no right to do what they did. So I brought in a psychiatrist from St. Boniface, a francophone, who reversed the first doctor's diagnosis. This shows that language is extremely important. As you grow older, you really go back to the person you used to be.

[English]

That is a quick overview of the comments that were made here today.

[Translation]

I do not know if you have any questions. You know, that has been my experience throughout my entire life. And I hesitated, even today, to come before you, because —

[English]

There is another comment I would like to make. As a matter of fact, I am adding a room to our house so that we can look after one another when we get there. The last place that you want to be is in a nursing home.

The Chair: Yes, but it is important for those who must come to nursing homes that they have facilities such as this one where they feel comfortable in the language that is their first language, that the people that are treating them are treating them in a way which is respectful to that. Ste. Anne is very fortunate to have this facility, and we thank you, Mr. Bernardin, for being part of making that happen.

The committee adjourned.

STE ANNE, MANITOBA, Monday, June 2, 2008

The Special Senate Committee on Aging met this day at 1 p.m. to examine and report upon the implications of an aging society in Canada.

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

[English]

The Chair: Honourable senators, members of the public, I want to welcome you to the meeting of the Special Senate Committee on Aging. This committee is examining the implications of an aging society in Canada. We are here in Ste Anne this afternoon to hear from interested parties on the impacts of an aging society, and more specifically to hear their views on our second interim report tabled in the Senate on March 11. We look forward to this afternoon's testimony, as it will no doubt help us in our deliberations for our final report.

Appearing before us this afternoon, we have the pleasure to welcome Jim Wolfe, Manitoba Regional Director, Health Canada, and Dennis Sinclair, Program Manager, Indian & Metis Friendship Centre of Winnipeg.

psychiatre de Saint-Boniface, un francophone, et il a renversé la situation. Cela démontre que la langue, c'est très important. En vieillissant, tu redeviens ce que tu étais.

[Traduction]

Voici un bref aperçu des observations qui ont été faites ici aujourd'hui.

[Français]

Je ne sais pas si vous avez des questions. Vous savez, moi j'ai vécu cela toute ma vie. J'hésitais à venir aujourd'hui, pour la simple raison...

[Traduction]

Je voudrais dire autre chose. En fait, j'ajoute actuellement une pièce à notre maison pour que nous puissions prendre soin l'un de l'autre lorsque nous serons rendus là. Les maisons de retraite sont vraiment la dernière option.

La présidente : Oui, mais il ne faut pas oublier que pour ceux qui doivent aller en maison de retraite, il existe des installations comme celles-ci où ils peuvent se sentir à l'aise et utiliser leur langue maternelle, qu'il y a des gens qui s'occupent d'eux de façon respectueuse. Sainte-Anne a beaucoup de chance d'avoir ces installations, et nous vous remercions, monsieur Bernardin, pour votre contribution.

La séance est levée.

SAINTE-ANNE, MANITOBA, le lundi 2 juin 2008

Le Comité sénatorial spécial sur le vieillissement se réunit à 13 heures pour examiner, afin d'en faire rapport, les incidences du vieillissement sur la société canadienne.

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

[Traduction]

La présidente : Honorables sénateurs, chers membres de l'auditoire, je vous souhaite la bienvenue à cette réunion du Comité sénatorial spécial sur le vieillissement. Notre comité a été chargé d'examiner les incidences du vieillissement sur la société canadienne. Nous nous trouvons à Sainte-Anne pour recueillir le point de vue de parties prenantes sur les répercussions d'une société vieillissante et plus particulièrement pour entendre ce que ces personnes ont à nous dire au sujet de notre rapport intérimaire qui a été déposé au Sénat le 11 mars. Nous avons hâte d'entendre les témoignages de cet après-midi qui nous aideront très certainement dans le courant de nos délibérations en préparation du rapport final.

Cet après-midi, nous avons le plaisir d'accueillir Jim Wolfe, directeur régional pour le Manitoba à Santé Canada, et Dennis Sinclair, gestionnaire de programme au Centre d'amitié indien et métis de Winnipeg.

We are also expecting Thelma Meade, Executive Director, Aboriginal Seniors Resource Centre of Winnipeg, but she has not joined us yet. I am going to start with the two presenters that we have, and then if Ms Meade is able to join us, then we will deal with her.

Mr. Wolfe, if you have an opening statement, let us begin with you.

Jim Wolfe, Regional Director, Manitoba, Health Canada: Good afternoon. I want to thank the committee for the opportunity to speak with you today, to inform you of our work in the Manitoba region.

Health Canada's First Nations Inuit Health Program funds the delivery of community-based health promotion and disease prevention in First Nations communities. Nurses employed by Health Canada provide primary healthcare services at 22 nursing stations in Manitoba. There are two federally run hospitals located in Peguis and Norway House. In Manitoba, there are 26 health offices, 10 health centres and four National Native Alcohol and Drug Abuse Treatment Centres.

Health Canada works closely with First Nations organizations including the Assembly of Manitoba Chiefs, Southern Chiefs Organization, Manitoba Keewatinook Ininew Okimowin, the tribal councils and First Nations communities to deliver our mandate. Together with First Nations organizations and communities, we carry out many activities aimed at helping people stay healthy, prevent chronic and contagious diseases.

In Manitoba, there are approximately 125,000 First Nations individuals located on and off reserve. Approximately half, or 51 per cent of the on-reserve population, lives in remote and isolated communities with no road access.

As of December 2007, about 10 per cent of the total First Nations population in Manitoba, or 12,000 individuals, were aged 55 or older. Approximately 6,500 live on reserve and 5,500 live off reserve.

Health Canada's First Nations and Inuit Health Program provides First Nations people living on or off-reserve with health benefits which are not insured by provincial healthcare, such as prescription drugs, eyeglasses dental care and medical transportation. In the Manitoba region, this program serves approximately 125,000 eligible First Nations and Inuit, of whom 9.4 per cent are 55 or older. In Manitoba, we provide approximately \$170 million annually in benefits.

The Home and Community Care program is designed to involve First Nations and Inuit communities directly in planning, implementing, and delivering home and community care services. It provides: homecare nursing services; home support personal

Nous attendons Thelma Meade, directrice générale au Centre de services aux aînés autochtones de Winnipeg, qui n'est pas encore arrivée. Je vais donner la parole aux deux premiers témoins et je la céderai ensuite à Mme Meade si elle parvient à se joindre à nous.

Monsieur Wolfe, je vous cède le micro pour une éventuelle déclaration d'ouverture.

Jim Wolfe, directeur régional, Manitoba, Santé Canada : Bonjour. Je tiens à remercier le comité de me donner l'occasion de prendre la parole aujourd'hui afin de l'informer du travail que nous effectuons dans la région du Manitoba.

Le Programme de la santé des Premières nations et des Inuits de Santé Canada finance la prestation de services communautaires de promotion de la santé et de prévention des maladies dans les communautés de Premières nations. Au Manitoba, le personnel infirmier à l'emploi de Santé Canada fournit des services de soins primaires dans 22 postes de soins infirmiers auxquels il faut ajouter deux hôpitaux fédéraux, qui sont situés à Peguis et à Norway House. De plus, on trouve 26 bureaux de santé, dix centres de santé et quatre centres de traitement du Programme de lutte contre l'abus de l'alcool et des drogues.

Santé Canada travaille en étroite collaboration avec les organisations des Premières nations, notamment l'Assemblée des Premières Nations, la Southern Chiefs Organization, le Manitoba Keewatinook Ininew Okimowin, les conseils tribaux et les communautés des Premières nations, en vue de la réalisation de son mandat. De concert avec les organisations et les communautés de Premières nations, nous remplissons de nombreuses fonctions qui ont pour objet d'aider les gens à rester en santé et de prévenir les maladies chroniques ou contagieuses.

Au Manitoba, quelque 125 000 membres de Premières nations vivent dans les réserves et hors réserve. Environ 51 p. 100 de la population des réserves vit dans des communautés isolées et éloignées auxquelles on ne peut pas accéder par la route.

Au mois de décembre 2007, environ 10 p. 100 de la population totale des Premières nations du Manitoba, soit 12 000 personnes, était âgée de 55 ans ou plus. Environ 6 500 de ces personnes vivent dans des réserves et 5 500 hors réserve.

Le Programme de la santé des Premières nations et des Inuits de Santé Canada fournit aux membres des Premières nations vivant dans des réserves ou hors réserve des prestations de santé qui ne sont pas couvertes par les régimes provinciaux, comme les médicaments vendus sur ordonnance, les lunettes, les soins dentaires et le transport pour raisons médicales. Au Manitoba, ce programme dessert environ 125 000 membres des Premières nations et Inuits admissibles, dont 9,4 p. 100 ont 55 ans ou plus. Chaque année, nous fournissons des services d'une valeur approximative de 170 millions de dollars en prestations diverses.

Le Programme des soins à domicile et en milieu communautaire vise à faire en sorte que les communautés de Premières nations et les communautés inuites participent directement à la planification, à la mise en œuvre et à la prestation

care services, a complement to INAC's assisted living program; short term in-house respite care; and access to medical equipment and supplies.

If these essential elements are in place and the community has sufficient resources to address other local home and community care service gaps, they are encouraged to do so. These may include such services as meal programs, adult day programs, foot care and home-based palliative care.

Our annual regional budget for home and community care for First Nations in the Manitoba region is approximately \$16 million. In fiscal year 2006-07, approximately 67 per cent of First Nations clients accessing this program were 55 or older.

Regional staff works collaboratively with First Nations in examining ways to improve service delivery. Consultation with First Nations in Manitoba has shown that there is a need for better access to rehabilitative therapies as well as for day programs, long-term care facilities, palliative care, mental healthcare, and nutritional counselling. It has also shown a need for: greater flexibility in service plan delivery, that is, on the weekends and evenings; more education and training for workers; better discharge planning; increased regional capital funding; improved transportation options; and the resolution of jurisdictional issues.

As in other regions, attracting and retaining qualified home care professionals and workers is a challenge that is underscored in First Nations and Inuit communities by location, lack of professional support, and often part-time work.

Communities also receive Indian and Northern Affairs funding for their Assisted Living Program. Many communities have coordinated management of these federal home care programs. Additionally, communities would benefit from further coordination with provincially funded health services.

The challenge of coordinating federally and provincially funded health services on reserves is being addressed by Health Canada, in part, through its Aboriginal Health Transition Fund. This fund has a dual purpose. First, it aims to support the First Nations and Inuit communities in improving the integration of existing federally funded health systems within First Nations and Inuit communities with provincial and territorial health systems. Second, it assists provinces and territories in adapting their existing health services to better meet the needs of all Aboriginal peoples.

des services de soins à domicile et en milieu communautaire. Ce programme offre des services de soins infirmiers à domicile, un programme de soutien à domicile qui s'inscrit en complément du Programme d'aide à la vie autonome d'AINC, des soins de relève de courte durée à domicile et l'accès à des fournitures et à de l'équipement médicaux.

Une fois que ces éléments de services essentiels sont en place et que la communauté a suffisamment de ressources pour s'attaquer à d'autres lacunes des services de soins à domicile et en milieu communautaire, celle-ci est encouragée à le faire. Il peut s'agir notamment de programmes de repas, de programmes de jour pour adultes, de soins de podologie et de soins palliatifs à domicile.

Notre budget régional pour les soins à domicile et en milieu communautaire offerts aux Premières nations est d'environ 16 millions de dollars. En 2006-2007, quelque 67 p. 100 des clients des Premières nations qui ont fait appel à ce programme étaient âgés d'au moins 55 ans.

Le personnel régional travaille en collaboration avec les Premières nations afin d'améliorer la prestation des services. Les consultations menées avec les Premières nations du Manitoba ont fait ressortir la nécessité d'améliorer l'accès à des soins de réadaptation ainsi qu'à des programmes de jour, à des établissements de santé de longue durée, à des soins palliatifs, à des soins de santé mentale et à des consultations nutritionnelles. On a également constaté qu'il était nécessaire d'offrir des services plus souples, de favoriser l'accès des intervenants à l'éducation et à la formation, de mieux planifier les congés, d'augmenter le financement des immobilisations, d'améliorer les possibilités de transport et de résoudre les questions liées aux champs de compétence.

Comme dans d'autres régions, il est difficile d'attirer et de retenir au Manitoba des travailleurs et des professionnels qui ont les compétences requises pour fournir des soins à domicile, particulièrement en raison de la situation géographique des communautés, de l'absence de soutien professionnel et, souvent, du recours au travail à temps partiel.

Les communautés reçoivent également des fonds d'Affaires indiennes et du Nord Canada dans le cadre du Programme d'aide à la vie autonome. De nombreuses communautés ont coordonné la gestion de ces programmes fédéraux. Les communautés tireraient également profit d'une coordination accrue avec les services de santé provinciaux.

Grâce au Fonds de transition pour la santé des Autochtones, Santé Canada remédie en partie aux problèmes de coordination des services de santé financés par des sources fédérales et provinciales. L'objectif de ce fonds est double. Il vise, d'une part, à aider les communautés de Premières nations et les Inuits à améliorer l'intégration des services de santé subventionnés par le gouvernement fédéral dans les communautés de Premières nations et des Inuits aux services de santé provinciaux et territoriaux et, d'autre part, à aider les provinces et les territoires à adapter leurs services de santé pour qu'ils répondent mieux aux besoins de tous les peuples autochtones.

Health Canada has invested over \$19 million in Manitoba projects to support coordination, integration and adaptation of health services with provincial health services.

Other integrated models for client care are being examined by the First Nations and Inuit Health Program in Manitoba Region. Many First Nations clients admitted to hospitals in Winnipeg were being discharged without a formalized hospital care program assessment. In response to the lack of coordinated discharge planning, the Manitoba Home Care Program, in collaboration with the Winnipeg Regional Health Authority has established a formalized Home Care discharge planning process for clients returning to their home communities. This process has improved planning between hospital and community, resulting in improved client services and outcomes.

Health Canada will be collaborating with the remaining regional health authorities to improve communication and establish procedures.

At a national level, the Government of Canada and First Nations and Inuit Health organizations have undertaken research to gain better understanding of existing home and facility based continuing care services in First Nations and Inuit communities.

A National Joint Working Group is reviewing recommendations, developing a continuing care policy framework, and preparing an options analysis paper to support decision-making.

Health Canada will continue to help advance elder care through its program mandate in collaboration with other federal and provincial departments and our First Nations partners.

Thank you for inviting me to present to you today. I welcome any questions

Dennis Sinclair, Program Manager, Indian & Metis Friendship Centre of Winnipeg: Good day, my name is Dennis Sinclair. I am the program manager at the Indian & Metis Friendship Centre of Winnipeg. I do want to thank you for the invitation to speak today. What I can offer you is a look from the front lines.

We work directly with a lot of elders, Aboriginal elders in the community in Winnipeg, mostly from the inner city. We all know there are numerous problems and issues, in particular, health issues and economics.

In working with elders through various programs, we find a lot of the biggest concerns, aside from economics, are about literacy. Residential school systems have ravaged the Aboriginal community for many years, with effects we are still seeing today. Winnipeg's growing inner-city crime rate is, I think, very indicative of some of the trickle-down effect from this.

Santé Canada a investi plus de 19 millions de dollars au Manitoba dans des projets visant à favoriser la coordination des services de santé avec ceux qui sont financés par les provinces ainsi que leur intégration et leur adaptation.

Le Programme de la santé des Premières nations et des Inuits de la région du Manitoba examine d'autres modèles de soins. Nombre de clients de Premières nations, admis dans les hôpitaux de Winnipeg, ont reçu leur congé sans que leurs besoins en soins à domicile aient été évalués en bonne et due forme à l'hôpital. En l'absence d'une planification coordonnée des congés, le Programme de soins à domicile du Manitoba, en collaboration avec l'office régional de la santé de Winnipeg, a mis en place un processus systématique de planification des congés des clients qui retournent dans leur communauté de résidence. Ce processus a amélioré la planification entre l'hôpital et la communauté et a entraîné l'amélioration des résultats pour la clientèle.

Santé Canada collaborera avec les autres autorités sanitaires régionales en vue d'améliorer la communication et de mettre en place des procédures.

Sur le plan national, le gouvernement du Canada et les organisations des Premières nations et des Inuits ont entrepris des recherches afin de se faire une meilleure idée des services de soins continus offerts à domicile et en établissement dans les communautés des Premières nations et des Inuits.

Un Groupe de travail national mixte examine les recommandations, élabore un cadre d'action concernant les soins continus et rédige une analyse des options qui appuiera la prise des décisions.

Santé Canada poursuivra ses efforts en vue d'améliorer les soins aux aînés dans le cadre de notre mandat et en collaboration avec d'autres ministères provinciaux et fédéraux ainsi que nos partenaires des Premières nations.

Je vous remercie de m'avoir invité à prendre la parole devant vous. Je me ferai un plaisir de répondre à vos questions.

Dennis Sinclair, gestionnaire de programme, Centre d'amitié indien et métis de Winnipeg : Bonjour, je m'appelle Dennis Sinclair. Je suis gestionnaire de programme au Centre d'amitié indien et métis de Winnipeg. Je tiens à vous remercier de m'avoir invité à prendre la parole devant vous aujourd'hui afin de vous présenter le point de vue des tranchées.

Nous travaillons au contact direct d'un grand nombre d'aînés, notamment d'aînés autochtones à Winnipeg dont la plupart vivent au centre-ville. Nous savons tous que ces personnes sont aux prises avec de très nombreux problèmes de santé et financiers.

Pour avoir travaillé au contact des aînés par le truchement de nos différents programmes, nous avons constaté que, outre l'aspect économique, c'est l'analphabétisme qui constitue le plus gros problème. Pendant de trop nombreuses années, le système des écoles résidentielles a fait des ravages dans la communauté autochtone et leurs effets se font encore sentir aujourd'hui. Le taux de criminalité croissant au centre-ville de Winnipeg est, quant à moi, indicatif des conséquences de ce phénomène.

Let me tell you some of the problems that the elders have brought up. Transportation issues. You have a growing elderly population that cannot readily access different programs and different services for various mobility issues. There is a strong sense of isolation. For a lot of these folks, the biggest thing is to get to the Friendship Centre on a Thursday for lunch. You will have a group of 15 or 20 that regularly meet, and that is their day out, that is their fun day. But other than that, a lot of the time they are stuck indoors, especially during the winter months. This also leads to bullying and abuse.

Second, we have a growing problem with our youth, and neglect or disrespect towards elders. I know a lot of our community members are afraid to leave their houses. Never mind accessibility and mobility issues: just leaving their houses and walking down the street could be at times life threatening or a very scary proposition for them, due to the crime in the city. The area from which a lot of our clients come is the Lord Selkirk development area. Bullying and abuse can come from anywhere, including from family members. In a lot of instances, we find elders' children are forcing them into spending their money on the children's needs instead of their own, whether the income is from welfare cheques or old age, or pension cheques.

We are also finding an increasing number of elders actively participating in raising children. This leads causes a problem because of the gap in age. If you have someone over 65 plus raising a child who is 10 years and under, or a young teenager, the elder is having to work in a whole new world. Unfortunately, with technology and information readily available to children, a lot of the time, elders are not able to take a strong position. For whichever reason, many elders are scared of the new technologies and the Internet, and of accessing information in these ways.

A third issue that is raised is health and nutrition. Type two diabetes is a major problem in the Aboriginal community. We have an elder population that in general has lower literacy levels. Therefore, when they have papers to deal with, a lot of them will not understand what they are filling out, or what they need to do, or where they need to go. Again, this is what we have from those who come by the centre.

It is tough to get time to see a doctor if you have an elder who has a difficulty with mobility: there may be a Handi-Transit, but the overall process is very difficult. We can see those struggles when they come to the centre, and you hear them talking, and just sit and talk with them. If they miss an appointment for whatever reason, they cannot get back in for another month or two. It is very difficult, and there is a sense of "who cares." You have a

Permettez-moi de vous relater certains des problèmes que nous ont mentionnés les aînés. Vient d'abord celui du transport. Nous nous trouvons aux prises avec une population vieillissante de plus en plus importante qui n'a pas facilement accès aux différents programmes et services qui leur sont offerts à cause de difficultés de mobilité. Les aînés se sentent très isolés. Pour beaucoup, l'événement important de la semaine consiste à se rendre au centre d'amitié le jeudi pour y prendre le repas de midi. Ils sont ainsi 15 ou 20 à se rencontrer régulièrement pour leur jour de sortie, pour leur jour de loisirs. Sinon, ces personnes demeurent enfermées chez elles la plupart du temps, surtout durant les mois d'hiver. Cette situation donne également lieu à des cas d'intimidation et de violence.

Deuxièmement, nous sommes confrontés au problème croissant de la négligence et du manque de respect des jeunes envers les aînés. Je sais, par exemple, qu'un grand nombre des membres de notre collectivité appréhendent de sortir de chez eux. Ce ne sont plus les problèmes d'accessibilité et de mobilité qui les préoccupent, mais le simple fait de quitter leur domicile et de marcher dans la rue parce qu'ils pourraient se retrouver en situation de danger, même très grave, à cause de la criminalité en ville. Un grand nombre de nos clients viennent du secteur en développement Lord Selkirk. L'intimidation et la violence peuvent venir de n'importe où, même des membres de la famille. Dans bien des cas, on se rend compte que ce sont les enfants de ces aînés qui les obligent à dépenser leur argent pour combler les besoins des enfants plutôt que les leurs, que leur revenu se présente sous la forme de prestations de l'aide sociale, d'allocations de vieillesse ou d'un chèque de pension.

Nous constatons également qu'un nombre croissant d'aînés prennent une part active à l'éducation de leurs petits-enfants. Le problème à cet égard réside dans la différence d'âge entre ces deux générations. La personne de 65 ans ou plus qui s'occupe d'un enfant âgé de dix ans ou moins, ou d'un jeune adolescent, a beaucoup de difficulté à évoluer dans l'univers moderne qui lui est imposé. Malheureusement, les personnes âgées ne sont pas en mesure d'adopter une position d'autorité à cause de tous les moyens technologiques et d'information mis à la disposition des enfants. Pour une raison ou une autre, un grand nombre d'aînés ont peur des nouvelles technologies comme l'Internet ainsi que de l'accès à l'information par ces moyens.

Le troisième problème est celui de la santé et de la nutrition. Le diabète de type II est un grave problème dans la communauté autochtone. En règle générale, le niveau d'alphabétisme des aînés est inférieur à ce qu'il est dans le reste de la population. Cela étant, dès que ces personnes doivent remplir des papiers, elles ne comprennent pas vraiment ce qu'il faut faire, ni ce qu'on attend d'elles et où elles doivent se rendre. C'est ce que nous apprenons des personnes qui viennent au centre.

Il est difficile, pour un adulte, de trouver le temps nécessaire pour accompagner une personne âgée à mobilité réduite chez le médecin : il y a bien Handi-Transit, mais la procédure à suivre est très difficile. Nous voyons bien à quel point tout cela est difficile pour les aînés qui fréquentent le centre. Il suffit de les écouter, de s'asseoir avec eux et de leur parler. S'ils ratent un rendez-vous pour une raison quelconque, il leur faut attendre un autre mois,

sense of defeat. When there is an obstacle, a lot of time they will just sit back and take it on the chin. Because there are not a lot of services directly for those inner city folks.

Back to literacy. Any paperwork, even when it was filling out the residential schools reparations application forms, we would have them coming, and we would be doing the paperwork for them because they could not comprehend or identify the simple necessities. When they have to access government services or government funding, and they are given a lot of legalese, again, that sense of defeatism comes in. A lot of our Aboriginal community shy away, unless there is somebody there to help them.

Luckily, we are able to help. We have funding enough to be able to staff, to put this in place. But I know a lot of organizations have limited funding, so staff participation is limited in how they are able to help the elders in the community.

Really, aside from basic transportation, isolation, bullying or abuse, health and nutrition, and literacy issues, we just find a strong need to be heard. And that is what our elders that access our centre are really looking for.

Thank you very much. Again, any questions, I am open and available.

The Chair: Thank you, Mr. Sinclair. And now Ms Meade, who is of course representing Aboriginal Seniors Resource Centre of Winnipeg.

Thelma Meade, Executive Director, Aboriginal Seniors Resource Centre (Winnipeg): I am Thelma Meade and I am the director of the Aboriginal Seniors Resource Centre in Winnipeg, the first Aboriginal senior resource centre in Manitoba. We are very excited to be running it. It is not a very big place, but at this time it is doing quite an adequate job for our seniors of Winnipeg.

ASRC, Aboriginal Senior Resource Centre, is the only one in Manitoba and Winnipeg. We just completed a focus group in every area of the city, north end, west end, St. Boniface, hoping to find ways to expand the membership of our organization. The results show our membership is pretty happy with the programs. Any additional programs need additional staff and additional money, so that is where we are. We are very excited that we know which areas have a high number of Aboriginal people. We would like to get them to our centre, but one of the things that we are worried about is the impact of a large influx of people, so that we would not have the resources to serve them.

voire deux pour en obtenir un autre. C'est très difficile et les gens ont l'impression que tout le monde s'en fiche. Ils sont déçus. Face à un obstacle, il leur arrive souvent de figer et d'attendre. Tout cela, parce qu'il n'existe pas beaucoup de services qui s'adressent spécifiquement aux résidents du centre-ville.

Revenons-en au problème de l'analphabétisme. Il nous a toujours fallu faire venir les aînés au centre afin de remplir pour eux toute la paperasserie nécessaire, parce qu'ils ne comprennent pas les exigences les plus simples ou ne parviennent pas à les décoder, et cela même dans le cas des formulaires de demande de dédommagement s'adressant aux anciens élèves d'écoles résidentielles. Quand ils doivent accéder à des services ou à des fonds du gouvernement et qu'on les soumet à un bombardement de termes juridiques, ils se sentent anéantis. Beaucoup d'Autochtones sont effarouchés à l'idée de remplir des papiers, à moins que quelqu'un ne soit là pour les y aider.

Heureusement que nous pouvons le faire. Nous avons un budget suffisant qui nous permet de rémunérer un personnel pour cela. Cependant, je connais beaucoup d'organisations qui ont moins d'argent que nous et dont le personnel est limité dans sa capacité d'aider les aînés de la collectivité.

Par delà leurs besoins de transport de base, leur isolement, l'intimidation ou la violence dont ils sont l'objet, leur santé et leur alimentation, de même que l'analphabétisme, on se rend compte que ces gens-là ont surtout besoin d'être écoutés. C'est précisément ce que recherchent les aînés qui fréquentent notre centre.

Merci beaucoup. Encore une fois, si vous avez des questions, je suis prêt à y répondre.

La présidente : Merci, monsieur Sinclair. Nous allons maintenant passer à Mme Meade, qui représente le Centre de services aux aînés autochtones de Winnipeg.

Thelma Meade, directrice générale, Centre de services aux aînés autochtones de Winnipeg : Je m'appelle Thelma Meade et je suis directrice du Centre de services aux aînés autochtones de Winnipeg, qui est le premier centre de ressources pour aînés autochtones au Manitoba. Nous sommes passionnés par ce projet. Le centre n'est pas très grand, mais il convient tout à fait pour nos aînés de Winnipeg.

Le Centre de services aux aînés autochtones, ou CSAA, est le seul du genre au Manitoba et à Winnipeg. Nous venons juste de terminer une étude avec des groupes de discussion dans les différents secteurs de la ville, dans le nord, dans l'ouest et à Saint-Boniface, parce que nous espérons augmenter le nombre de membres de notre organisation. Les résultats de cette étude montrent que nos membres sont très satisfaits des programmes offerts. Tout programme additionnel nécessitera l'embauche d'un personnel supplémentaire et des fonds additionnels et c'est précisément là où nous en sommes. Nous sommes emballés de savoir où se trouve la plus importante population d'Autochtones. Nous aimerions l'attirer à notre centre, mais nous redoutons les répercussions d'un éventuel afflux massif parce que nous n'avons pas les ressources nécessaires.

There is an increase in the number of Aboriginals moving to the city, because of lack of health services and hospitals, particularly in remote areas. Even as close as the southern area here, Pine Falls still has a hard time accommodating people. Just as in Winnipeg, they are faced with the problem of mobility, the ability to go back and forth to their medical appointments at these hospitals. Many of them live quite a distance away. If there are more Aboriginal seniors coming into Winnipeg, then we are going to need to expand and we are going to need a lot more funds to be able to provide assistance or provide the services to these people.

Another area I want to raise is seniors working past 65. Seniors, particularly Aboriginal seniors, need to work past 65, if they have the skills and qualifications. I am a senior myself, and if I quit working right now, I would have difficulty in meeting my living costs because rent and food and gas and transportation are getting much more expensive than even two or three years ago. Aboriginal seniors have to be allowed to continue to work past 65 because the cost of everything is going up, but the OAS is not going up at all.

That is a difficulty. The cost of living is going up and the economy is strong, and yet there is nothing that will support seniors, particularly our Aboriginal senior women. Many of the women did not work for 25 years. Therefore, all they are going to rely on is their CPP, if they have any, and the OAS. That is such limited income to live on, it is almost scary.

Building healthy activity is also a concern. Seniors are living longer, including aboriginal seniors. That is why our ASRC resource centre needs to be supported.

Since the last time I talked about this, we have learned how programs could work well with Aboriginal seniors. Because when we first came to the Kekinan housing centre, I was a bit discouraged thinking, how am I going to get these seniors, the seniors within Winnipeg, out to do things and get them away from being shut-in the way they were. We had to get them away from thinking that their health was so bad, and they did not have skills so they could not contribute anything. The self-esteem, the self pride of our Aboriginal seniors was quite low.

Now we have a bit of money to work with, not much. We are only two and a half staff. We have managed to establish programs such as a sewing club, and arts and crafts, and story telling. Now we can see that from these programs we started since the last time I talked about support, that there is there is a big difference. Our Aboriginal seniors now feel like they are contributing, that they are doing something and are still valuable.

Story telling: We are going to write a book, and we are looking for funds from all over. We are going to write a book so we can retain and maintain the history of the Aboriginal seniors, Aboriginal people. Again, they can see a bit of light that they can still contribute and do something for Canada.

De plus en plus d'Autochtones déménagent à Winnipeg parce qu'il n'y a pas de services de santé ni d'hôpitaux dans les régions éloignées. Même dans le secteur sud, à Pine Falls, il est très difficile d'offrir les services nécessaires à ces gens-là. Tout comme à Winnipeg, il y a des problèmes de mobilité, parce que les Autochtones ont de la difficulté à se rendre à des rendez-vous médicaux dans les hôpitaux. Beaucoup habitent loin. Si davantage d'ainés autochtones déménagent à Winnipeg, nous devons étendre nos services et nous aurons besoin de beaucoup plus d'argent pour les aider ou pour offrir les services nécessaires.

Je veux également parler de la situation des aînés qui travaillent après 65 ans. Les aînés en général, mais surtout les aînés autochtones, doivent travailler après 65 ans à condition qu'ils aient les compétences et les qualifications nécessaires. Je suis une aînée moi-même et si je devais m'arrêter de travailler maintenant, j'aurais de la difficulté à joindre les deux bouts à cause des prix du loyer, de la nourriture, de l'essence et des transports qui sont nettement plus élevés qu'il y deux ou trois ans. Il faut permettre aux aînés autochtones de continuer de travailler après 65 ans parce que tout augmente, sauf la Sécurité de la vieillesse.

Il est là le problème. Le coût de la vie augmente et l'économie se porte bien, mais il n'existe aucun programme permettant de soutenir les personnes âgées, surtout les aînées autochtones. Beaucoup de femmes n'ont pas travaillé 25 ans. Ce faisant, elles ne peuvent compter que sur un chèque du RPC, si elles en ont un, et sur la SV. Leur revenu est tellement limité que ça fait peur.

La question des activités saines est également préoccupante. On vit plus longtemps, chez les Autochtones également. Voilà pourquoi notre centre de services a besoin de fonds.

Depuis la dernière fois où je vous ai entretenu de ce sujet, nous avons découvert en quoi les programmes peuvent venir en aide aux aînés autochtones. En effet, quand nous sommes arrivés au centre d'accueil Kekinan, je m'étais sentie un peu découragée en me demandant comment nous amènerions les aînés de Winnipeg à faire des choses et à sortir de leur emprisonnement. Il fallait les amener à ne plus se voir comme étant en très mauvaise santé ou comme n'ayant pas les compétences nécessaires pour apporter une contribution quelconque à la société. À cette époque, nos aînés autochtones n'avaient que peu d'estime de soi et d'amour-propre.

Aujourd'hui, nous avons un peu plus d'argent pour travailler, mais pas beaucoup. Nous n'avons que deux employés et demi. Nous sommes parvenus à établir des programmes comme le club de couture, le cercle d'arts et de bricolage et le club de conteurs. Nous constatons que, depuis le lancement de ces programmes, depuis que j'ai parlé de financement la dernière fois, les choses ont bien changé. Nos aînés autochtones ont l'impression de contribuer à la société, de faire quelque chose et d'être encore utiles.

Nous allons rédiger un livre de contes et nous sommes d'ailleurs à la recherche de fonds pour cette entreprise. Nous voulons consigner l'histoire des aînés autochtones, du peuple autochtone dans un livre afin de faire vivre leurs souvenirs. Là aussi, il y a lieu de se réjouir que ces personnes puissent avoir encore une contribution et faire quelque chose pour le Canada.

Families. I think I mentioned before that in our Aboriginal culture, we used to keep our elders at home. It was kind of scary to move Aboriginal seniors into a personal care home. Lack of money and support is forcing us into doing that, into letting the elders, the seniors go to homes. The homemaker program is minimal, just an hour or two a week. So there is very little medical support at home, even when medical support is needed. As well, a lot of Aboriginal people are working, the same as in the dominant society. They are working and they cannot afford to have someone take care of their elders and seniors at home.

So something we are also looking at is trying to get assisted living, maybe 30 units in the City of Winnipeg, to help our Aboriginal seniors. This would help because they cannot get the help and the meds and housekeeping and home care from the government. And homecare is not even worthwhile using, because I think it is so limited.

One of the things that I really want to work on, providing we get financial support is the history of our Aboriginal seniors. And so that they could have the continued feeling of contribution to our “turtle island,” our Canada, our country.

Another very important thing that I see for seniors is to get together and use their language. We just do not just have one language, we have the Cree, Inuit and, you know, Ojibway. I notice that even in our activity time, that the Ojibway will get in the corner and start talking their language, and they are still all together. The well-being of the Aboriginal seniors means retaining their culture and language, and to be contributors to Canada.

I guess another thing that we started to work on involves Partners for Careers. We are doing a program called Peer Helper Training Program. That is, getting together maybe 12 at a time, and talking about how they can go out in the community and work with the community with this training. It gives them the opportunity to work with people, let us say the schools, and maybe another health centre or even right within the centre.

This partnership with Partners for Careers of Winnipeg is really an opportunity for us, because they have provided the package and they go through teaching the empathy and how to work with people. Now they feel that they can still learn, not just sit there and have everybody doing things for them, but do things themselves.

Mr. Sinclair mentioned the residential schools and that is one of the major things today. We hear because we speak the languages — I speak two or three languages, and the outreach worker does work in both Cree and Ojibway. The southern part of the provincial is mainly Cree and Ojibway; we do have just a few Inuit and Dene.

We opened in 2004 and we would like to thank some of the funders for giving us the opportunity to work with seniors.

À propos des familles, je pense avoir déjà dit que, dans notre culture autochtone, nous avions l'habitude de garder les aînés à la maison. Nos aînés étaient effrayés à l'idée de se retrouver en foyer d'accueil pour personnes âgées. Le manque d'argent et d'appui nous a pourtant obligés à les placer, à permettre que nos aînés aillent dans de tels foyers. Le programme d'aide à domicile ne prévoit qu'une heure ou deux par semaine et les aînés ne bénéficient donc que d'un soutien médical limité à domicile, même quand celui-ci est absolument nécessaire. De plus, beaucoup d'Autochtones travaillent, tout comme dans le reste de la société. Ils travaillent et ne peuvent se permettre de faire venir quelqu'un à domicile pour s'occuper de leurs aînés.

Nous essayons donc de mettre à la disposition des aînés une trentaine d'unités de logement-services à Winnipeg. Nous avons entrepris ce projet parce que nos aînés ne peuvent obtenir du gouvernement le soutien médical, les soins à domicile et l'aide ménagère dont ils ont besoin. Le soutien médical ne vaut d'ailleurs pas grand-chose parce qu'il est très limité.

S'il est un aspect sur lequel je tiens à travailler, à condition que nous obtenions les fonds nécessaires, c'est l'histoire de nos aînés autochtones afin qu'ils puissent avoir l'impression de continuer à contribuer à notre « île à la tortue », à notre Canada, à notre histoire.

Ce que je juge également très important pour les aînés, c'est qu'ils se rassemblent et parlent leur langue. Comme vous le savez, il ne s'agit pas d'une seule langue, puisqu'il y a le cri, l'inuit et l'ojibway. J'ai remarqué que, même durant nos activités, les Ojibways se retirent dans un coin pour parler leur langue, qu'ils se regroupent. Le bien-être des aînés autochtones passe par le maintien de leur culture et de leur langue et par l'impression de contribuer à la vie du Canada.

Nous avons également commencé à travailler sur le projet Partenaires de carrière. Nous avons lancé un programme intitulé Peer Helper Training Program. Il est question de rassembler une douzaine de personnes à la fois et d'analyser la façon de dispenser cette formation au sein de la collectivité. Les formateurs ont la possibilité de parler avec la population, par exemple dans les écoles, dans un autre centre de santé et même au sein de notre propre centre.

Ce genre de partenariat avec Partenaires de carrière de Winnipeg est très prometteur en ce qui nous concerne parce que nous disposons d'une trousse d'enseignement et que les gens apprennent comment enseigner l'empathie et travailler au contact des autres. Ils ont l'impression de pouvoir apprendre davantage, plutôt que de rester assis dans leur coin et de faire en sorte que tout le monde s'occupe d'eux, puisqu'ils se prennent en main.

M. Sinclair vous a parlé des écoles résidentielles qui font la une actuellement. Nous sommes au courant parce que nous parlons plusieurs langues — moi, j'en parle deux ou trois et le travailleur des services d'approche parle cri et ojibway. Ce sont les deux langues qui se parlent principalement dans le sud de la province, où nous n'avons que quelques Inuits et Dénés.

Nous avons ouvert en 2004 et nous tenons à remercier certains de nos donateurs qui nous ont offert la possibilité de travailler auprès des aînés.

The seniors really enjoy activities such as going on the river boat and even to the IMAX. As I said, however, we did focus groups to see what our members want to do. Because sometimes when programs are top-down, they do not work. They have to come from the people themselves. As a director, I believe in that you have to work with the people and not pour in things from the top. It works well when they decide what they want.

So we stop, and the outreach worker usually does the workshop. We also bring in people to help with healing in the residential schools. It is not easy talking about residential schools. And I know when they are going to talk and when they are not going to talk about it.

Mr. Sinclair mentioned literacy. That is one of the things we are talking about doing. In fact, New Horizons gave us some funding and we purchased four computers and we are going to have computer training for seniors. I said no chat talking, no text messages. They are excited about it, and we are going to have classes and they are going to do the computer work.

We are excited about our book, because I think it will preserve some of the stories of long ago. We are asking them to talk about the way they lived, before cars and all that. How they made their own soap, how they made their own light, how they cleaned the wooden floors. I think with the support of our government, I think we can do it, and I know we can do it and we will do it. Thank you.

The Chair: Mr. Wolfe, in your presentation, you spoke about the fact that you had \$170 million annually in benefits, which included everything from prescription drugs to medical transportation. When I last looked at the Nunavut budget, and that was some years ago, 70 per cent of their medical budget was actually spent on transportation. How much of your \$170 million annually is spent on transportation?

Mr. Wolfe: Unfortunately, I do not have that figure with me. I can undertake to provide that to you. We have it, I just did not come prepared for that question.

The Chair: The only reason I ask that is because I know that a number of southerners are quite shocked, because they do not really think of transportation as being a core component of a healthcare budget. And yet, if you are dealing with remote communities, as you are with 51 per cent of all Aboriginal people on reserve in a remote community, medi-vacs tend to be rather expensive propositions. So this is as much to educate everybody, as anything else.

Mr. Sinclair, you made reference I would have to say to Old Age Security, and so did you, Ms. Meade. But neither one of you made reference to the Guaranteed Income Supplement. What we have learned so far crossing the country is that many seniors,

Les aînés apprécient des activités comme la descente de la rivière en bateau et même les projections IMAX. Comme je le disais, nous avons organisé des groupes de discussion afin de déterminer ce que veulent nos membres. Les programmes de type pyramidal ne fonctionnent pas. Il faut que ça vienne des gens eux-mêmes. En ma qualité de directrice, je suis convaincue qu'il faut collaborer avec les gens et pas simplement leur imposer ce qu'on pense. On obtient de bien meilleurs résultats quand les gens nous disent ce qu'ils veulent.

Nous prenons donc un temps d'arrêt à chaque fois et le travailleur des services d'approche organise en général un atelier. Nous tenons aussi des séances de guérison à l'intention d'anciens résidents des pensionnats indiens. Ce n'est pas facile de parler de ce problème. Je sais quand les gens sont prêts à le faire et quand ils ne le veulent pas.

M. Sinclair a parlé de l'analphabétisme. C'est l'un des problèmes dont nous parlons. D'ailleurs, le programme Nouveaux Horizons nous a financés pour nous permettre d'acheter quatre ordinateurs et d'offrir une formation en informatique aux aînés. Je leur ai dit qu'il n'y aurait pas de clavardage ni d'échange de messages textes. Les gens sont emballés à l'idée des classes que nous allons offrir et du travail qu'ils vont faire sur ordinateur.

Nous sommes emballés aussi à l'idée de produire notre livre parce que je pense qu'il va nous permettre de pérenniser de vieux récits. Nous invitons les aînés à parler de leur mode de vie, avant l'époque de la voiture et de tout le reste. Ils racontent comment ils fabriquaient leur propre savon, comment ils s'éclairaient, comment ils nettoyaient les planchers de bois. J'estime que, moyennant l'aide de notre gouvernement, nous allons pouvoir obtenir des résultats et je sais que nous pouvons et que nous allons le faire. Je vous remercie.

La présidente : Monsieur Wolfe, vous venez de dire que vous recevez 170 millions de dollars de prestations par an, notamment pour les médicaments vendus sur ordonnance et pour le transport à des fins médicales. La dernière fois que j'ai jeté un coup d'œil sur le budget du Nunavut, il y a quelques années de cela, j'ai vu que 70 p. 100 du budget médical du territoire était consacré au transport. Quelle portion de vos 170 millions de dollars annuels dépensez-vous dans le transport?

M. Wolfe : Je n'ai malheureusement pas cette donnée. Je pourrais vous la fournir. Nous avons cette information, mais je n'étais pas prêt à répondre à cette question.

La présidente : La seule raison pour laquelle je vous la pose, c'est qu'un certain nombre d'habitants du Sud sont très choqués de la situation parce qu'ils estiment que les coûts de transport ne sont pas un élément fondamental du budget des soins de santé. Pourtant, dans les communautés éloignées, où l'on retrouve 51 p. 100 des Autochtones vivant dans des réserves, les évacuations aéromédicales sont assez coûteuses. Je posais donc cette question pour éclairer la lanterne de tout le monde.

Monsieur Sinclair, tout comme Mme Meade, vous avez parlé de la Sécurité de la vieillesse. Toutefois, aucun de vous n'a parlé du Supplément de revenu garanti. À l'occasion de notre périple, nous avons appris qu'un grand nombre d'aînés, surtout ceux qui

particularly seniors who have lived much of their life in remote communities, have no idea they are even eligible for a Guaranteed Income Supplement. Is that your experience, Mr. Sinclair?

Mr. Sinclair: Absolutely. To tell you the truth, even though I'm on the front line, this is the first time I have heard of it. I would not think that our clients, our community members, would know about it. I am not sure which organizations would be the ones to tell them about it. If this information does not get filtered down to us as front-line workers, then I could not see how we could pass that on to the community members.

The Chair: Can I suggest that you go on the Government of Canada website, and go to Guaranteed Income Supplement and download the forms. Because I suspect that most of these 15 clients that you are having lunch with, or community members that you are having lunch with every Thursday, probably all qualify and none of them are getting it. Maybe you can help them fill out those application forms.

Mr. Sinclair: Absolutely.

The Chair: What about you, Ms Meade? Is your organization familiar with the GIS?

Ms Meade: Yes, we are familiar with the income supplement. Service Canada comes in, and we have done three workshops already, on topics such as the supplement, and the senior disability. Just the other day, I was at a meeting in the Filipino community, and they had the MP from Ottawa, the seniors critic there, and Judy Wasylycia-Leis.

A new thing that I will be bringing attention of to the seniors is the hidden disabilities that you can apply for, you know. We ran into one accidentally with one of the ladies that was in a wheelchair for 17 years or something, and the outreach worker was doing an advocacy for her. We discovered that she can apply for a certain disability benefit. I think she is being reimbursed for nine years. But, again, we ran into that accidentally.

Service Canada comes in and does workshops, or we get them to come in individually and talk to people. We know that, but that is because I am involved with the Age and Opportunity program, and I am a lot into these training programs that the Winnipeg Regional Health Authority is putting on for seniors.

The Chair: That is very interesting, because what we have learned, of course, is a number of things. First of all, the law has changed, and that is a good thing. Anyone who now files an income tax form and has indicated that their income was below a certain level will automatically get the Guaranteed Income Supplement. But before they always had to file a separate application form. So that is a positive change in the law. But I know a great number of Aboriginal people do not file income tax forms, so that is not going to help them in any way, shape or form.

ont passé l'essentiel de leur vie dans les collectivités éloignées, ne savent absolument pas qu'ils sont admissibles au Supplément de revenu garanti. Avez-vous constaté la même chose, monsieur Sinclair?

M. Sinclair : Tout à fait. Pour vous dire la vérité, même si je suis en première ligne, c'est la toute première fois que j'en entends parler. Je ne pense pas que nos clients, les membres de nos collectivités, connaissent ce programme. Je ne sais pas exactement quelle organisation devrait les renseigner à ce sujet. Si cette information ne parvient pas aux travailleurs en première ligne, je ne vois pas comment elle pourrait arriver à celles des membres de la collectivité.

La présidente : Pourrais-je vous recommander de consulter la page du Supplément de revenu garanti, sur le site web du gouvernement du Canada, et de télécharger les formulaires? Je soupçonne que la plupart des 15 clients avec qui vous déjeunez régulièrement, les membres de la collectivité avec qui vous mangez tous les jeudis midi, sont sans doute admissibles à ce programme et qu'aucun d'eux n'en bénéficie. Vous pourriez peut-être les aider à remplir les formulaires en question.

M. Sinclair : Tout à fait.

La présidente : Et vous, madame Meade? Votre organisation connaît-elle le SRG?

Mme Meade : Oui. Service Canada est déjà venu nous donner trois ateliers sur des sujets comme le SRG et les prestations d'invalidité pour personnes âgées. L'autre jour, nous avons justement organisé une réunion au sein de la collectivité philippine et avons accueilli le député d'Ottawa, porte-parole des questions concernant les aînés, ainsi que Judy Wasylycia-Leis.

J'envisage aussi d'attirer l'attention des personnes âgées sur les invalidités cachées donnant droit à prestations. Nous sommes accidentellement tombés sur une femme qui était en chaise roulante depuis 17 ans environ et le travailleur des services d'approche est intervenu en son nom. Nous avons découvert qu'elle pouvait prétendre à certaines prestations pour personnes handicapées. Je crois qu'elle va toucher neuf ans de prestations à titre rétroactif. Cependant, je rappelle que la découverte de ce cas a été fortuite.

Service Canada vient donc organiser des ateliers chez nous quand nous n'invitons pas cette organisation à parler directement avec les gens. Nous sommes au courant de ce programme, mais je le dois au programme Perspectives des aînés et à ma participation active aux programmes de formation des aînés de l'office régional de la santé de Winnipeg.

La présidente : C'est très intéressant, parce que nous avons bien sûr appris un certain nombre de choses. D'abord, la loi a changé, ce qui est bien. Désormais, tout déclarant ayant indiqué que son revenu est inférieur à un certain niveau touche automatiquement le supplément de revenu garanti. Avant cela, il fallait faire une demande séparée. C'est donc un changement positif apporté dans la loi. Je sais cependant qu'un très grand nombre d'Autochtones ne font pas de déclaration de revenus, ce qui ne les aidera certainement pas.

The other issue, of course, is that some of them have not even applied appropriately for their Old Age Security. Quebec, by the way, has done a much better job than the rest of Canada. They have almost 100 per cent coverage of all their citizens. We know that there are significant gaps in the rest of Canada, and among those gaps are Aboriginal people.

Senator Mercer: We have been talking a lot on this committee about healthcare providers. Mr. Wolfe, you say Health Canada operates two hospitals in Manitoba, has 22 nursing stations, has 26 health offices, and has 10 Health Centres for Native Alcohol and Drug Abuse Program Centres. That is a lot of places. I assume that some of these cohabitate with each other, that they are not all separate entities. How many nurses, how many doctors would Health Canada employ in Manitoba?

Mr. Wolfe: Approximately 132 nurses. I do not have a specific figure for doctors, but we essentially receive physician services in three ways. One is through private service contracts for physicians in the far north, and there are approximately 15. I say approximately because those numbers change almost monthly. Then for the middle of the province, we contract with the Northern Medical Unit of the University of Manitoba, who provides physician services to the communities. An association called Amdocs, is a South African doctors' association, provides services to Cross Lake. I believe there are approximately five physicians there. I am not certain what any of NMU numbers are, but I can be more precise about that if you wish.

Senator Mercer: Both Mr. Sinclair and Ms Meade talked about some issues particularly around language. This morning we talked an awful lot about language, particularly about service being offered in the French language. Now we are talking about Cree and Ojibway. Do any of these physicians or nurses speak Cree or Ojibway?

Mr. Wolfe: I am not certain of the physicians, but I can tell you that a large number of our nurses do speak one Aboriginal language. That could be Cree or Ojibway or, I believe, Dene. Because upwards of 40 per cent — again, my figures are approximate, I can be much more precise — of our nurses are First Nations, so they do provide that kind of service.

Senator Mercer: Again, we have concentrated on the rural areas. What about in the urban centres such as Winnipeg? Are your services equally split across Manitoba or are they concentrated in the isolated regions?

Mr. Wolfe: Our mandate is for providing on-reserve services, so that is the area that I am responsible for. Our services are provided totally on reserve, with the exception, of course, of non-insured health benefits and, if clients are in the city, then they can access that as well.

L'autre problème, évidemment, c'est que certains de ces aînés n'ont même pas correctement fait leur demande pour bénéficier de la Sécurité de la vieillesse. Soit dit en passant, le Québec se débrouille beaucoup mieux que le reste du Canada à cet égard, puisque la quasi-totalité des Québécois sont couverts. Nous savons qu'il existe des écarts notoires dans le reste du Canada, notamment en ce qui concerne les Autochtones.

Le sénateur Mercer : Il a beaucoup été question, à notre comité, de fournisseurs de soins de santé. Monsieur Wolfe, vous avez dit que Santé Canada exploite deux hôpitaux au Manitoba, ainsi que 22 postes de soins infirmiers, 26 bureaux de santé et dix centres de santé qui administrent le programme de traitement de l'alcoolisme et des toxicomanies. Cela fait beaucoup d'endroits. Je suppose que certains de ces services sont offerts sous un même toit et pas systématiquement dans des infrastructures distinctes. Combien d'infirmiers, d'infirmières et de médecins Santé Canada emploie-t-il au Manitoba?

M. Wolfe : Environ 132 infirmières et infirmiers. Je n'ai pas les chiffres exacts pour les médecins, mais nous bénéficions de services de médecins de trois façons. D'abord, par le truchement de contrats de services privés dans le Grand Nord, où l'on compte environ 15 praticiens. Je vous dis environ, parce que ces chiffres changent presque mensuellement. Puis, pour la partie centrale de la province, nous avons conclu un contrat avec l'UMN, l'Unité médicale du Nord de l'Université du Manitoba, qui nous offre des services de médecins dans les collectivités. Une association baptisée Amdocs, qui regroupe des médecins d'Afrique du Sud, offre des services à Cross Lake. Je crois qu'on y compte environ cinq médecins. Je ne suis pas sûr du nombre dans le cas de l'UMN, mais je pourrai vérifier si vous le désirez.

Le sénateur Mercer : M. Sinclair et Mme Meade ont parlé de problèmes liés à la langue. Ce matin, il a beaucoup été question de langue, surtout à propos des services en langue française. Désormais, on parle de services en cri et en ojibway. Est-ce que les médecins ou le personnel infirmier parlent cri ou ojibway?

M. Wolfe : Je n'en suis pas sûr dans le cas des médecins, mais je peux vous assurer qu'un grand nombre d'infirmiers et d'infirmières parlent au moins une langue autochtone. Ce pourrait être le cri ou l'ojibway ou encore le déné. Étant donné que 40 p. 100 au moins de notre personnel infirmier — encore une fois, ce sont des chiffres approximatifs, mais je pourrai vérifier — appartient aux Premières nations, ces gens-là sont en mesure d'offrir ce type de service.

Le sénateur Mercer : Il a surtout été question des régions rurales, mais que se passe-t-il dans les centres urbains comme Winnipeg? Vos services sont-ils équitablement répartis dans l'ensemble de la province ou sont-ils concentrés dans des régions isolées?

M. Wolfe : Notre mandat prévoit que nous dispensons des services dans les réserves, et c'est précisément le secteur qui m'incombe. Nous offrons la quasi-totalité de nos services dans des réserves, à l'exception, bien sûr, des prestations de santé non assurées. Bien sûr, les clients des villes peuvent aussi accéder à ces services.

Senator Mercer: Mr. Sinclair, we continue to hear about literacy being an issue in our Aboriginal community and amongst other seniors as well. It is not restricted to just the Aboriginal community. The current government has cut back on the funding for literacy programs. You might have access to other funding because of your situation. Has funding been made available to operate literacy programs perhaps at the friendship centre or in other centres in Winnipeg?

Mr. Sinclair: A lot of the time we have to hunt and pick for any funds. There are some, but we are talking minimal dollars. Let us say you go to FACT, Families and Communities Together. They will give you \$5,000 to run a literacy program. Half the time this is just to get people out because you have to provide food. A lot of this money goes towards food. You are really "nickel and diming" to find monies available for any and all literacy programs.

Then you run into another obstacle. We work primarily in the inner city, the north end, the high risk area. We are able to bring these service to other areas of the city because we find these small amounts of dollars here and there. But you will get denied a lot of the time because you are suddenly in an overlapping of services. For us, we have the Friendship Centre, but we are located right next to Ma Mawi Wi, Ndinawe Youth Centre, Kekinan. And right across the street, Turtle Island. All of a sudden we are all competing for the same little pot of money and that pot dwindles even more. We are told, well, there is already something, there is an adult learning centre in your area, so you cannot access this minimal amount.

The problem that comes there is, the Aboriginal community, I am sorry, is not going to go to a primarily white or non Aboriginal-run learning centre. If you do, you are missing culture; you are missing a language. You mentioned that a nurse is usually on staff somewhere that speaks a language. You named some, but Machif was not included in there. We find this with a lot of non-Aboriginal learning institutes, it is the same thing. They are able to bring some Aboriginal staff members on, but the Aboriginal community really enjoys and needs that sense of familiarity of culture, of a background as in, you know where I am coming from. That is what they really look for. If we have a learning facility or a learning centre in the area, we will not get money because they are already there. Our community members have difficulty accepting, admitting the fact that their literacy levels are lower, and then you have to go to almost an outside institution in order to do this. It is very difficult.

Senator Mercer: I would hope that someone will try to coordinate this. I know that in my visits to Winnipeg over the past several years, I did visit a school in the inner city with some people from the Winnipeg Community Foundation, which is one of the biggest and best community foundations in the country. That

Le sénateur Mercer : Monsieur Sinclair, on continue d'entendre dire que l'analphabétisme est un problème chez les aînés autochtones, mais aussi chez les autres. Il ne se limite pas aux seuls autochtones. Le gouvernement actuel a réduit le budget des programmes d'alphabétisation. Étant donné votre situation, vous pourriez avoir accès à d'autres formes de financement. Avez-vous obtenu des fonds pour administrer les programmes d'alphabétisation, au centre d'amitié ou à d'autres centres à Winnipeg?

M. Sinclair : La plupart du temps, nous devons faire la chasse au financement. Il y a bien quelques fonds ici et là, mais ils sont minimes. Si vous vous adressez à FACT, Families and Communities Together, on vous versera 5 000 \$ pour administrer un programme d'alphabétisation. La moitié du temps, le plus difficile consiste à faire sortir les gens, parce qu'il faut leur fournir de la nourriture. Il y a beaucoup d'argent qui passe dans la nourriture. En fait, vous êtes obligé de gratter les fonds de tiroir pour trouver de l'argent afin d'administrer les programmes d'alphabétisation.

Puis, vous vous heurtez à un autre obstacle. Nous travaillons surtout au cœur de la ville, dans la partie nord, celle qui est malfamée. Il nous est possible d'offrir ce genre de service dans d'autres secteurs de la ville parce que nous parvenons toujours à trouver quelque budget ici et là. En revanche, il nous arrive très souvent de nous faire dire non, parce que nous nous trouvons à recouper d'autres services. Nous avons le centre d'amitié, mais nous sommes tout à côté de Ma Mawi Wi, du Centre de jeunesse Ndinawe, Kekinan. Juste en face, il y a l'île à la Tortue. Nous sommes tous en concurrence pour une petite cagnotte commune qui diminue de plus en plus. On nous dit qu'il existe déjà tel genre de programme ailleurs, qu'il existe un centre d'apprentissage pour adultes dans notre secteur et que l'on ne peut avoir accès à ce budget déjà réduit.

Le problème, c'est que les Autochtones, et je suis désolé de le dire, ne vont pas se rendre dans un centre d'apprentissage qui est principalement administré par des Blancs, par des non-Autochtones. S'ils le font, ils passent à côté de leur culture, de leur langue. Vous avez dit qu'il arrive souvent qu'un infirmier ou une infirmière parle la langue des clients. Vous avez mentionné quelques-unes de ces langues, mais vous n'avez pas parlé du Machif. C'est le problème que l'on constate dans un grand nombre d'instituts d'apprentissage non autochtones. Ils embauchent quelques Autochtones, mais les clients autochtones ont besoin de sentir qu'ils sont au contact d'une culture qui leur est familière, de leur bagage culturel; vous voyez ce que je veux dire. C'est cela que les gens recherchent. Dès lors qu'il existe un centre d'apprentissage dans le coin, nous n'obtenons pas d'argent parce que le service est déjà offert. Les membres de notre communauté ont de la difficulté à admettre qu'ils sont quasiment analphabètes et il leur est donc très difficile de s'adresser à des institutions extérieures. C'est difficile.

Le sénateur Mercer : J'espère que quelqu'un coordonne tout cela. Lors de mes visites à Winnipeg, dans le passé, je me suis rendu dans une école du centre-ville en compagnie de membres du personnel de la Fondation communautaire de Winnipeg qui est une des plus importantes et des meilleures du genre au pays. Cette

school was funded and it was geared very much towards the Aboriginal community, and they actually had elders in the classroom and the program was quite good. I guess it is an issue of coordination.

All three of you gave the presentation independently and you all used some words the same. Language was one word you used the same. Literacy, two people talked about literacy. But everybody talked about transportation.

You two talked about transportation needs. Mr. Wolfe talked about \$170 million annually in benefits, which includes prescription drugs, eyeglasses, dental care and medical transportation.

Indeed, Ms Meade you mentioned transportation and dental care being an issue.

So Mr. Wolfe has \$170 million in programs designed to be delivered mainly in remote communities, I acknowledge that. But the transportation issue is people being transported from their remote communities to a larger centre for treatment, et cetera.

So is there a coordination that happens between all of the people sitting at, not necessarily the individuals, but the organizations you represent, at the table? Is somebody coordinating this?

Mr. Wolfe: I can speak for Health Canada. Essentially, what we try to do is — and Senator Carstairs, your point is well taken — a large part of our expenditures are in medical transportation as well as in pharmacy. Medical transportation, in particular, requires a coordinated approach. The demands on the program are fierce, they are huge. And the program continues to grow because of the fact that is mentioned here by some of the guests, as well as the written material you have. Our people have to travel a large distance to the major tertiary care centre. So that does necessarily up our costs here. Our costs continue to grow approximately 13-14 per cent a year. Funding does not keep up with that. We do lots of reallocation and coordination of programs.

For example, I can give you an example of a community in Manitoba, in Fisher River. We ask the Northern Medical Unit doctor from the University of Manitoba to travel to the community to provide services to the elders, as opposed to bringing them all out at so many dollars apiece, even if this is less than medi-vac, of course. You are still having to travel a large distance. Whether it is to Winnipeg, to Dauphin for example in this case, or Gimli, it is still a two or three hour trip. Yes, we try to coordinate that with other travel.

There are many clients going to dialysis, not all are seniors, of course, and so we provide vans, often 12-seaters. You often see a plethora of people in there from dialysis clients to people going

école était financée et elle était essentiellement tournée vers la communauté autochtone. D'ailleurs, il y avait des aînés dans les salles de classe et le programme enseigné était excellent. Je pense que tout cela tient à un problème de coordination.

Vous avez tous trois fait des exposés indépendants et vous avez pourtant employé les mêmes mots, notamment en parlant de langues. Deux d'entre vous ont parlé d'alphabétisation et vous avez tous mentionné le transport.

Vous deux avez parlé de besoins en transport. M. Wolfe a mentionné les 170 millions versés annuellement en prestations, notamment pour les médicaments vendus sur ordonnance, les lunettes, les soins dentaires et le transport à des fins médicales.

Madame Meade, vous avez aussi dit que le transport et les soins dentaires font problème.

Je prends donc acte des 170 millions de dollars dont M. Wolfe a parlé, qui sont principalement investis dans des programmes s'adressant à des collectivités éloignées. En revanche, pour ce qui est du transport, on s'adresse à des gens qu'il faut amener de leurs collectivités éloignées dans des grands centres afin d'y être traités, et ainsi de suite.

L'action de toutes les organisations que vous représentez est-elle coordonnée? Quelqu'un s'occupe-t-il de cela?

M. Wolfe : Je peux vous parler au nom de Santé Canada. Comme le sénateur l'a fort bien fait remarquer, une grande partie de nos dépenses va au transport à des fins médicales et aux médicaments. Le transport, en particulier, exige une approche coordonnée. Ce programme est fortement sollicité et il continue de prendre de l'ampleur pour les raisons qu'ont mentionnées certains de vos témoins ou qu'on peut lire dans les mémoires. Nos aînés doivent parcourir de grandes distances pour se rendre à des centres de soins de santé tertiaires importants, ce qui est forcément synonyme de coûts supplémentaires en ce qui nous concerne. Nos coûts continuent de progresser à raison de 13 ou 14 p. 100 par an environ. Nous n'obtenons pas le financement en conséquence. Cela nous oblige à coordonner et à déplacer un grand nombre de programmes.

Je vais vous donner l'exemple de Fisher River, au Manitoba. Nous avons demandé à un médecin membre de l'Unité médicale du Nord de l'Université du Manitoba de se rendre dans cette collectivité pour y offrir des services aux aînés, plutôt que de faire déplacer ces personnes afin de limiter les coûts, même si ceux-ci sont inférieurs à ce que représente une évacuation aéromédicale. Il faut tout de même parcourir de grandes distances. Pour se rendre à Winnipeg, à Dauphin, comme dans le cas que je viens de citer, ou à Gimli, il faut deux ou trois heures de voyage. Nous essayons effectivement de coordonner notre action en intégrant d'autres formes de déplacement.

Beaucoup de nos clients doivent subir des traitements de dialyse. Tous ne sont bien sûr pas des personnes âgées, mais pour les transporter, nous avons souvent recours à des minibus de

for mental health counselling, or for just regular doctors' or physicians' appointments.

Ms. Meade: I would like to make a comment about transportation. When I say transportation, the only little transportation that we do is to pick up seniors to come to the activity. We cannot do anything to transfer people to medical appointments or anything. Because, to begin with, when you move to the city, you cannot have access to that money; that is federal money, you cannot have that. If I am living there right now, if I am not working and I need transportation to the hospital, I would not be able to get it. Even though I am First Nation and I belong to a reserve — I am an urban reserve person you might say. I cannot access anything they have.

For the Aboriginal Senior Resource Centre, all we do in the area of transportation is use a van that was donated by Winnipeg Foundation. We pick up the ones that cannot come to the activities. That is the only thing we can do.

As far as medical, we have tried using these medical services to get one of the ladies to the Health Sciences Centre for dialysis. They say that is a federal government jurisdiction, they do not give us anything.

So we Aboriginal, urban, First Nations people have a difficult time in accessing any kind of money in the City of Winnipeg.

Mr. Sinclair: The question was asked, are we coordinated, and I have to say no. When press releases and announcements are made, that is what they are, we get a fax that comes across the fax machine that says Health Canada announced \$1.7 million, \$170 million, \$500, whatever it is, for these services. Then we are left. Now you have got 25-50 agencies rushing to the Internet to find the information, to find out what is available, who is allowed, what the requirements are. Yes, maybe it should be left to our own devices to find it, but we are not coordinated. The press release goes out and then it is left for the actual agencies to find.

You did make mention of the Winnipeg Foundation. Yes, great, excellent resource, that I think every single Aboriginal organization has accessed at one point in time or another. You know, it would be great to have more than that. But when you do go to apply to that Winnipeg Foundation, and it is not to try to be greedy, but it does say, have you applied this year? They will grant you for one year. You might get a van, like you guys got the van, but you still may be left without money to run your program. We find that too. When the fiscal year comes up and we say, okay, let us analyze to see who applied for what at Winnipeg Foundation. And you have to talk with one of your coordinators, and you

12 places capables d'accueillir des malades très différents allant des dialysés à des clients désireux de suivre des séances de counseling en santé mentale ou encore de se rendre simplement à un rendez-vous médical.

Mme Meade : Permettez-moi de dire une chose au sujet du transport. Le seul service de transport restreint que nous assurons consiste à ramasser les aînés pour leur permettre de venir à nos activités. Nous ne nous occupons pas de les transporter pour leurs rendez-vous médicaux ou autres. Tout d'abord, ceux qui vivent dans les villes n'ont pas accès à ce genre de fonds; ce sont des fonds fédéraux et on ne peut y accéder. Ainsi, le résidant du centre-ville qui ne travaille pas et qui a besoin d'un service de transport pour se rendre à l'hôpital n'est pas en mesure d'obtenir une aide sur ce plan. Même chose pour les Autochtones. Même s'ils viennent d'une réserve et vivent dans ce qu'on appelle une réserve urbaine. Dans cette situation, on ne peut se prévaloir de ces montants.

Pour ce qui est du Centre des services aux aînés autochtones, nous exploitons un minibus qui nous a été donné par la Fondation de Winnipeg. Nous ramassons les personnes qui ne sont pas en mesure de venir d'elles-mêmes à nos activités. C'est la seule chose que nous faisons.

Pour ce qui est des rendez-vous médicaux, nous avons essayé de faire transporter une de nos clientes au Centre des sciences de la santé afin qu'elle y subisse sa dialyse. On nous a dit que cela relevait du gouvernement fédéral et que nous n'aurions rien.

Ainsi, les Autochtones, les membres de Premières nations résidant à Winnipeg ont beaucoup de difficulté à accéder à ce genre de budget.

M. Sinclair : On nous a posé la question, nous avons assuré une certaine coordination et nous avons dû répondre par la négative. C'est ainsi que ça se passe, nous recevons des communiqués de presse et des annonces, par télécopie, et nous apprenons que Santé Canada vient d'annoncer 1,7 million de dollars, 170 millions de dollars, 500 \$ ou peu importe, pour tel ou tel service. À partir de là, nous devons nous débrouiller. Soudain, 25 à 50 organismes se précipitent sur le site Internet pour obtenir l'information, pour savoir ce qui est disponible, ce à quoi ils pourraient avoir droit et quelles sont les exigences. C'est peut-être quelque chose que nous devrions faire, mais nous ne sommes pas coordonnés. Une fois que le communiqué de presse est sorti, il appartient aux organismes clients de se débrouiller.

Vous avez parlé de la Fondation Winnipeg. C'est vrai qu'elle est une excellente ressource et je crois savoir que toutes les organisations autochtones se sont adressées à elle à un moment donné. Vous savez, ce serait merveilleux d'avoir plus d'organismes de ce genre, mais quand on s'adresse à la Fondation Winnipeg, il n'est pas question d'être vorace, parce qu'on se fait demander si l'on a déjà fait une requête dans l'année. On obtient des fonds une seule fois par an. Vous pourrez toujours obtenir un minibus, comme vous, mais il vous manquera alors de l'argent pour administrer votre programme. C'est souvent ce que nous constatons. À la fin de l'exercice financier, on analyse la question

might say "I cannot believe you got \$1,000 for this. Because now we are going to have to look somewhere else."

So the Winnipeg Foundation is great, but it is not the be-all and the end-all. There is not enough money to go around, which is I think obvious.

Senator Mercer: There is a frustration at the lack of coordination. I do not know whose fault it is, but we get everybody trying to do good work. There are only one or two sources of funding, so we have got to figure out how to coordinate it so that more people are getting better services and that people are providing money, whether it be the taxpayers through Health Canada or Indian Affairs, or people of the community of Winnipeg, the community foundation or whatever other charity. We have got to be able to find a way to maximize.

The Chair: I think, Senator Mercer, you would find that all three witnesses at the table today would share your frustration at the lack of coordination, whether it is Northern Health Unit, the Resource Centre, or the Indian and Métis Friendship Centre. Because there is little or no coordination and an awful lot of time is spent trying to break down barriers between these organizations with little or no success.

Mr. Sinclair: I think another problem is the fact that some organizations are smaller, and they will have two staff, two and a half staff, five staff. At the Indian and Métis Friendship Centre, aside from our drop-in workers, we have seven people on staff. It is going to be harder for us to find that money. I am not knocking them, but compare that to the Manitoba Metis Federation which has a dedicated core of 300 plus staff members, and gets a greater share. The Indian and Metis Friendship Centre was the first Friendship Centre in Canada. We are celebrating our 50th anniversary this year. It was begun directly because of the need of Aboriginals coming to the city in 1958. This is where we were established. Now, we were not able to grow to a staff of 200 or more, but we still servicing 70,000 plus people in the City of Winnipeg.

The City of Winnipeg has more Aboriginal population than Nunavut, Northwest Territories, and I believe it might be British Columbia combined. And that is just the City of Winnipeg. However, funding depends on how many people you have to go out there and find the money. I think that is where the problem really lies. You will have bigger organizations with more people able to access more money, whether they service the people or not. I think that is where some of the problems come from.

The Chair: I suspect it would be Yukon, not British Columbia.

Mr. Sinclair: Sorry, yes.

Senator Cordy: It just seems we are always in Canada discussing which jurisdiction is it. But when you look at health care and the federal government gives the money to the provinces, but ultimately the federal government is responsible for the health

pour savoir qui a fait une demande à la Fondation Winnipeg. Il faut alors s'entretenir avec l'un des coordonnateurs qui risque de vous dire que vous n'aurez peut-être pas les 1 000 \$ demandés pour ceci ou cela, parce qu'il faut s'occuper de quelqu'un d'autre.

Donc, la Fondation Winnipeg est fantastique, mais ce n'est pas une panacée universelle. Elle n'a évidemment pas suffisamment d'argent pour tout faire.

Le sénateur Mercer : Ce manque de coordination est source de frustration. Je ne sais pas à qui la faute, mais tout le monde essaie de faire du bon travail. Il n'existe qu'une ou deux sources de financement et il y a donc lieu de savoir comment coordonner leur action pour que plus de gens obtiennent de meilleurs services et que les fonds soient mis sur la table, qu'ils viennent des contribuables par le truchement de Santé Canada ou d'Affaires indiennes et du Nord Canada, des habitants de Winnipeg, de la fondation communautaire ou d'un autre organisme de bienfaisance. Il faut trouver une façon de maximiser cette action.

La présidente : Sénateur Mercer, vous constaterez, je pense, que nos trois témoins sont sans doute également frustrés par le manque de coordination, tant en ce qui concerne l'Unité médicale du Nord, le Centre de services ou le Centre d'amitié indien et métis. Tout cela est attribuable à l'absence totale ou quasi totale de coordination et au fait qu'il faut consacrer beaucoup de temps pour essayer d'abattre les barrières entre ces organisations avec un succès mitigé.

M. Sinclair : L'autre problème tient au fait que certaines organisations sont petites, puisqu'elles comptent deux employés, deux et demi ou cinq. Au Centre d'amitié indien et métis de Winnipeg nous avons sept employés, en plus de nos préposés de haltes d'accueil. Il nous sera difficile de trouver cet argent. Je ne veux pas dénigrer la Fédération des Métis du Manitoba, mais celle-ci, qui a 300 employés à plein temps, obtient une part plus importante. Le Centre d'amitié indien et métis de Winnipeg a été le premier du genre au Canada. Nous célébrons notre 50^e anniversaire cette année. Au début, en 1958, il se voulait une réponse à l'afflux d'Autochtones à Winnipeg. C'est pour cela que le centre a été créé. De nos jours, même si nous n'avons pas un effectif de 200 employés, nous servons plus de 70 000 clients à Winnipeg.

Il y a plus d'Autochtones à Winnipeg seulement que dans tout le Nunavut, les Territoires du Nord-Ouest et je crois même la Colombie-Britannique combinés. Cependant, pour trouver des fonds, cela dépend du nombre de personnes concernées. Je pense que c'est là que réside le problème. Les grandes organisations, qui ont un effectif important, ont accès à plus d'argent que nous, qu'elles offrent ou pas des services à la population. J'estime que c'est là que réside le problème.

La présidente : Je pense que vous vouliez parler du Yukon, et pas de la Colombie-Britannique.

M. Sinclair : Excusez-moi, c'est exact.

Le sénateur Cordy : C'est à croire qu'au Canada, on passe son temps à parler de compétences provinciales ou fédérales. Pourtant, en ce qui concerne les soins de santé, c'est le gouvernement fédéral qui verse les fonds aux provinces et, en

care for RCMP, military, Aboriginal First Nations and penal institutions, I find it amazing to hear these stories about lack of coordination. Because if any of these is going to get a coordinated effort, it should be the groups that I have just mentioned. It is not happening.

I have to go back to the issue of literacy because I used to be a teacher. You talked, Mr. Sinclair, about literacy being one of the major challenges that you are facing. If you cannot read when you are 17 and 18 and 19, unless you get help, you are not going to be able to read when you are 65 or 68 either. It certainly provides a lot of challenges. You talked about paperwork the people are unable to fill out. I know there are cutbacks within the past two years to literacy programs and programs that were not continued.

Ms. Meade, you talked about getting funding from New Horizons, which would be an unusual area to get it from, but nonetheless it worked. How are you going to go about dealing with literacy? Because, as I said, if you do not have literacy when you are younger and you do not learn, then it is going to be compounded. Because then you have got children and grandchildren and you cannot help them.

Mr. Sinclair: Well, I know for us at the centre, any literacy that we put on, it is informal, because we do not have the funds for it. But we do try to bridge that gap between the elders and their grandkids, or elders and children. Literacy is not just about reading, writing and arithmetic. It is overall comprehension of materials.

I recently completed a report on Aboriginal literacy in Manitoba, and that was sent out through the National Association of Friendship Centres. It is even simple things like, you have that can of evaporated milk that is on the shelf, and it is \$2.19, but it has a blue label, that is what your mom bought and that is what her mom bought, so that is what you buy. But right beside it is a can of evaporated milk for \$1.58. It is just simple comprehension of everyday literacies, not necessarily the reading, writing, arithmetic.

How we attempt to bridge that is by giving basic literacy skills. Life skills, which also encompass literacy, in my estimation. But by bridging that with the elders being able to take what they have learned from us. Because I really think that we have to do what we can right now for the elder population. Let us also not forget that the Aboriginal population in Manitoba is growing 20 per cent faster than the non-Aboriginal population.

In 40 to 60 years, we are going to have a greater problem if we cannot educate our youth. I know this is a committee on the aging, but our youth are going to be aging. We are really trying to

fin de compte, c'est lui qui est responsable des soins de santé pour la GRC, l'armée, les Premières nations et les établissements carcéraux, et je trouve tout à fait étonnant d'entendre ces récits au sujet d'un manque de coordination. S'il y en a qui ont bien besoin d'un effort de coordination, ce sont les groupes dont je viens de parler, mais rien ne se passe.

Je dois en revenir à la question de l'analphabétisme, parce que j'ai été enseignante. Monsieur Sinclair, vous avez dit que l'analphabétisme est l'un des principaux défis auxquels vous étiez confronté. Si l'on ne parvient pas à déchiffrer un écrit à 17, 18 ou 19 ans, à moins de se faire aider, on n'y parviendra pas mieux à 65 ou 68 ans. Il est évident que c'est là une source d'énormes défis. Vous avez parlé de la paperasserie que les gens ne peuvent pas remplir. Je sais que les programmes d'alphabétisation ont fait l'objet de réductions budgétaires au cours des deux dernières années et que des programmes ont été supprimés.

Madame Meade, vous avez dit que vous obteniez des fonds du programme Nouveaux Horizons, qui n'est sans doute pas une source à laquelle on pourrait penser, bien que cela ait fonctionné. Qu'allez-vous faire pour combattre l'analphabétisme? Comme je le disais, si on ne sait pas lire quand on est jeune, on ne parviendra pas à apprendre par la suite et le problème ne fera que se compliquer, surtout si l'on a des enfants et des petits-enfants qu'on n'est pas en mesure d'aider.

M. Sinclair : En ce qui nous concerne, au centre, nous offrons des services d'alphabétisation qui ne sont pas officiels, parce que nous n'avons pas les fonds nécessaires. Cependant, nous essayons de combler le fossé qui existe entre les aînés et leurs petits-enfants ou leurs enfants. L'alphabétisation ne signifie pas simplement que l'on apprend à lire, à écrire et à compter. Elle sous-entend une compréhension générale.

Je viens de produire un rapport sur l'alphabétisation auprès des Autochtones au Manitoba, rapport qui a été remis à l'Association nationale des centres d'amitié. Il y a des choses très simples de la vie, comme le fait qu'on peut laisser s'évaporer le lait déposé sur une étagère, qu'il coûte 2,19 \$, mais que le contenant porte une étiquette bleue et qu'il s'agit d'un litre de lait acheté par votre mère, ce qui revient à dire que c'est vous qui l'avez acheté. À côté de cela, il y a un contenant de lait évaporé coûtant 1,58 \$. Il faut alors envisager l'alphabétisation comme portant sur les choses quotidiennes de la vie et pas uniquement la lecture, l'écriture et le calcul.

Nous essayons de jeter une passerelle en enseignant les éléments nécessaires à la dynamique de la vie. Les connaissances élémentaires, selon moi, englobent l'aptitude à lire, à écrire et à compter. Nous jetons des passerelles à partir de ce que les aînés peuvent apprendre auprès de nous. J'estime que nous devons faire tout ce qui est en notre pouvoir pour aider la population de personnes âgées. N'oublions pas que la progression de la population autochtone au Manitoba est 20 p. 100 plus rapide que celle de la population non autochtone.

Dans 40 à 60 ans d'ici, nous serons aux prises avec un problème encore plus important si nous ne parvenons pas à instruire notre jeunesse. Je sais que votre comité s'intéresse au vieillissement,

proactively address the needs and the issues that are going to happen in the future, while at the same time trying to address the problems that we face today.

How are we going to do it? I do not know. It seems like everyday you wake up and you try and find some new magic solution. I think every organization does that. How are we going to effectively institute change? It is through partnering, is one thing. We cannot rely on the government to be able to fund us for everything. We have to search out money again, we have to try to find it, and we have to fight each other for it.

We have two seniors groups here that are sitting right next to each other, that I have never met, but I think we have a lot of the same initiatives. We too get funding from New Horizons for our elders program. It is through partnering and in finding those organizations and people and dedicated staff that will be able to put in that extra, because we cannot rely on our funding. And unfortunately, it does have to come extra from the grunt workers, from us right on the front lines.

How do we fix it? I do not know. It has to be addressed or that culture is lost and is not being handed down to our children.

Senator Cordy: I hear frustration. I am sure all three of you feel it at times. But what are the challenges for finding out about government programs? It is finding out about the programs and it is accessing the programs. Senator Carstairs mentioned the Guaranteed Income Supplement earlier. If you do not know about it and if seniors do not know about it, how can they apply for it? We have even heard that there are a number of Canadians who are not applying for Canada Pension, and so they are doing without it. Although, in Quebec, they are doing a great job of communicating it. But what are the challenges of finding out about government programs and being able to access funding for them?

I remember being in Newfoundland and they said sometimes paperwork is involved. We understand that every organization has to be accountable, but sometimes the paperwork, they had to ask themselves, is it worth going through all this to get \$5,000? They said you almost needed a full-time staff person just to become aware of programs and to fill out the application forms. Are you finding the same kinds of things?

Ms. Meade: I think that is one of our biggest struggles. I know we have access to Age and Opportunity, and we have access to the other senior organizations. But when there are only three, only two and a half staff, when do you have time to research out all the funding agencies and do all the paperwork?

mais les jeunes d'aujourd'hui seront les vieux de demain. Nous devons agir de façon proactive pour répondre aux besoins et aux problèmes qui vont se profiler dans l'avenir tout en essayant de régler ceux auxquels nous sommes confrontés à l'heure actuelle.

Comment allons-nous y parvenir? Je ne sais pas. Tous les jours on se lève et on se met en quête d'une nouvelle solution magique. Je pense que c'est ce que font toutes les organisations. Comment parviendrons-nous à instaurer le changement de façon efficace? Le partenariat est une solution. On ne peut s'en remettre au gouvernement pour tout financer. Nous devons nous mettre en quête de fonds, essayer de trouver d'autres budgets et, pour cela, nous battre les uns contre les autres.

Vous avez ici, côte à côte, deux groupes représentant des aînés que je n'ai jamais rencontrés, et cela bien que nous nous intéressions à nombre d'initiatives semblables. Nous aussi nous sommes financés par Nouveaux Horizons pour notre programme de personnes âgées. Nous œuvrons par le truchement de partenariats, en recourant à des organisations et à des gens, de même qu'à un personnel à temps plein qui peut apporter le petit plus nécessaire, parce que nous ne pouvons pas nous fier sur les fonds qu'on nous accorde. Malheureusement, il faut composer avec les employés mécontents, c'est-à-dire avec nous qui sommes en première ligne.

Comment régler tout cela? Je ne sais pas. Il faudra nous y attaquer, faute de quoi nous perdrons toute cette culture qui ne sera pas transmise à nos enfants.

Le sénateur Cordy : Je devine une certaine frustration. Je suis certain que vous ressentez tous la même chose, mais qu'est-ce qui est difficile dans l'information relative aux programmes gouvernementaux? Est-il difficile d'obtenir des renseignements sur les programmes et d'y accéder? Le sénateur Carstairs a parlé du Supplément de revenu garanti. Si vous n'êtes pas au courant de ce programme et si les aînés ne le sont pas non plus, comment peuvent-ils en faire la demande? On a même entendu dire qu'un certain nombre de Canadiens ne réclament pas leur chèque du RPC et qu'ils se débrouillent sans. En revanche, au Québec, le gouvernement fait un excellent travail de communication à ce sujet. Où réside donc le problème relativement à l'information sur les programmes gouvernementaux et sur l'accès au financement offert?

À Terre-Neuve, je me souviens qu'il a été question des problèmes que pose la paperasserie. Certes, toutes les organisations doivent rendre des comptes, mais les gens peuvent être amenés à se demander s'il vaut la peine de se heurter à toutes ces tracasseries administratives pour 5 000 \$? Les organismes prétendent qu'il leur faut quasiment avoir un employé à temps plein pour fouiller dans les programmes et remplir les formulaires de demande de subvention? Avez-vous constaté la même chose?

Mme Meade : J'estime que c'est là l'un de nos plus grands combats. Nous avons accès au programme Perspective des aînés de même qu'à d'autres organisations de personnes âgées. Toutefois, quand on n'a que trois employés, voire deux et demi, on n'a pas le temps d'effectuer de recherches pour trouver des organismes de financement et remplir tous ces papiers.

New Horizons is a good organization. To apply, you have a package that thick to fill out. A year ago, they funded us for sewing machines. We had to work on a package that thick just to get \$11,000. In return, when you finish that little project, you have to give back a package of reports that thick.

When there are only two people, and you have your daily work — you are doing activities and you are doing advocacy, and you are doing all the work, you know. That is the one thing. Another problem I see is that it is so difficult to get any monies for administration. You can get lots of little projects, but putting together a project that big is very hard. We are just lucky that Winnipeg Regional Health Authority is funding two positions. To get a position, to get funding for administration and overhead, is one of the difficult things we find. In order to be aware of all of these programs that are out there, to do all the proposals and all the research, it would take that one person to do that. With the limited number people working, it is difficult.

I myself just hear about them, and someone will email me. If someone emails me about a chance for funding, then you are taking a whole day just to put it together. North End Revitalization also gives out maybe \$5,000 here and there. Even for that \$5,000, you need a report that thick, you know. So that is one of the things that I find very difficult.

Our First Nation clients include Metis, Inuit, First Nation. To get any money from the federal government for First Nation people, or Manitoba Metis Federation, is like trying to build a bridge — it is very difficult. We sometimes write letters to the Assembly of Manitoba Chiefs saying, we have 21 First Nations clients, so can you donate this amount of money, we are going on a field trip. They will put in a penny in a bucket. It is difficult to get any money. We are not even attempting to help people for medical services and travel and all of that. We try to direct them to the tribal councils, because we would just never be able to reach anybody.

Senator Cordy: You said, quite rightly, that the best programs are the ones that come from the people who need the programs. Yet, Mr. Sinclair, you said the announcement of the program is when you find out about it, without any consultation, or with little consultation. I am just wondering how much consultation is there between the Aboriginal First Nations groups and the Government of Canada before programs are announced?

Mr. Wolfe, you talked about the National Joint Working Group for reviewing recommendations relating to health care. Who is on this joint working group, and is the communication just coming one way or is it a dialogue? Who is part of the group?

Mr. Wolfe: Typically, in terms of that one, we have Indian Affairs and Northern Development at the table, Health Canada is at the table, various provinces may be at the table. We also, at the

Nouveaux Horizons est une bonne organisation, mais la demande de fonds qu'il faut remplir est épaisse comme ça. Il y a un an, nous avons été financés pour l'achat de machines à coudre. Nous avons dû remplir des documents ça d'épais pour obtenir 11 000 \$. Et une fois que le petit projet est terminé, il faut remettre une masse de rapports.

Quand vous n'avez que deux employés, vous vaquez aux tâches quotidiennes, vous vous adonnez aux activités nécessaires et vous faites du militantisme, vous faites tout le travail nécessaire. C'est une chose. L'autre problème, c'est qu'il est très difficile d'obtenir des fonds pour l'administration. On peut toujours lancer une kyrielle de petits projets, mais il est très difficile de mettre sur pied un gros projet. Nous avons de la chance que l'office régional de la santé de Winnipeg finance deux postes. Il est très difficile de créer un poste, d'obtenir des fonds pour l'administration et les frais courants. Or, pour être au courant de tous les programmes qui existent, pour préparer toutes les propositions nécessaires et effectuer la recherche, il faudrait une personne à temps plein. Compte tenu du faible nombre d'employés que nous avons, c'est difficile.

Personnellement, je viens tout juste d'entendre parler de certains programmes parce que quelqu'un m'en a fait part par courriel. Quand je reçois de tels courriels et que j'ai la chance d'aller chercher des fonds, il me faut toute une journée pour préparer la demande. North End Revitalization nous verse 5 000 \$ ici et là. Eh bien, même pour ces 5 000 dollars-là, il faut produire un rapport ça d'épais. C'est un des aspects qui fait problème.

Nos clients des Premières nations sont les Métis, les Inuits et les Indiens. Obtenir de l'argent auprès du gouvernement fédéral pour les Premières nations ou la Fédération des Métis du Manitoba, c'est comme construire un pont : c'est très difficile. Il nous arrive de devoir écrire à l'Assemblée des chefs du Manitoba pour dire que nous avons 21 clients appartenant à des Premières nations et qu'il faudrait que l'assemblée nous donne des fonds pour nous permettre d'entreprendre un périple sur le terrain. Ce qu'on nous donne, c'est trois fois rien, parce qu'il est très difficile d'obtenir de l'argent. Nous n'essayons même pas d'aider les gens pour obtenir des services médicaux et se déplacer. Nous les dirigeons vers les conseils tribaux, parce que nous ne parvenons jamais à contacter qui que ce soit.

Le sénateur Cordy : Vous avez justement dit que les meilleurs programmes sont ceux qui viennent des gens qui en ont besoin. Pourtant, monsieur Sinclair, vous avez dit découvrir l'existence de programmes au moment de leur annonce, que personne n'est consulté ou très peu. Jusqu'à quel point le gouvernement du Canada consulte-t-il les groupes de Premières nations avant d'annoncer les programmes?

Monsieur Wolfe, vous avez parlé du Groupe de travail national conjoint qui examine les recommandations concernant les soins de santé. Qui siège à ce groupe et la communication est-elle unilatérale ou bilatérale? Qui en fait partie?

M. Wolfe : Eh bien, pour ce qui est de ce groupe, on retrouve le ministère des Affaires indiennes et du Nord canadien, Santé Canada et différentes provinces. À l'échelon national, il y a aussi

national level, have input from the Assembly of First Nations Chiefs. That is typically how we get the advice and input in terms of the policy issues and studies of that nature.

Senator Cordy: Ms Meade, you have ideas that you think would be very workable. How do you communicate that to others, or is there anybody you can communicate it to? Right now you are sort of looking at programs that are in place and you are trying to make what you want to do fit into the program. If you want to do something that comes up as an idea from one of the elders that you are working with, how do you try and find a program that fits into what they need, or can you recommend new programming to start?

Ms. Meade: With our group, you mean?

Senator Cordy: Yes.

Ms. Meade: Well, because we are labelled, our name is Aboriginal Senior Resource Centre, it is very difficult to go to the politicians. The AMC and MMF, however, have big leaders, they have politicians. So we are way at the bottom here. We hope that we can hear there is some kind of funding and if our group wants to do that, then we apply. But it is not to say we would be the priority, because, as you know, the politicians are the biggest ones, the loud speakers. When they announce big monies, we will attend, but we never even get anywhere near, because the big politicians are there.

When you talk about Indian Affairs and Northern Development, well, even myself as a First Nation coming from a small community, I never even go to Indian Affairs because there is no use. Indian Affairs will say, you know, we look after that reserve first. But that is my reserve, you know. That is why a group of women fought for portability of treaty rights.

If there is portability of treaty rights, we should be able to access that money. The only money I have access to is my \$5.00 once a year, you know, that I can go and get. That is the only money, as a First Nation woman, from a First Nation community. But other than that, you have to live on the reserve.

The Chair: Which, by the way, I think is a bit of a myth. I think that many in the non-Aboriginal community think all Aboriginal people, no matter where they live, have access to all these programs. Those of us who have worked know that that is not true, but that is I think the perception often among the general public, that you have access to all of these programs.

Senator Chaput: Mr. Wolfe, you are Regional Director of Health Canada's Manitoba region, and it applies to First Nations and Inuit Health, but the funding is only for services on reserves. Even if, with the best intentions in the world, you would like to help Ms. Meade in her centre, because she has needs in transportation, your programs and policies and whatever would not help you to do so. Am I correct?

l'Assemblée des chefs de Premières nations. C'est en général ainsi qu'on recueille les avis au sujet des politiques et des études de cette nature.

Le sénateur Cordy : Madame Meade, vous avez des idées qui pourraient donner des résultats, selon vous. À qui vous pourriez-vous transmettre ces idées? Pour l'instant, vous étudiez les programmes existants et essayez de faire tout votre possible pour rentrer dans les cadres établis. Pour donner suite à une idée formulée par un des aînés dont vous vous occupez, comment vous y prenez-vous pour trouver un programme qui corresponde à ces besoins et pouvez-vous recommander de nouveaux programmes?

Mme Meade : Vous parlez de notre groupe?

Le sénateur Cordy : Oui.

Mme Meade : Comme nous sommes étiquetés en partant, puisque nous sommes le Centre de services des aînés autochtones, il nous est très difficile d'atteindre les politiciens. En revanche, AMC et MMF ont des dirigeants de poids et ont accès aux politiciens. Nous sommes donc tout en bas de la pyramide. Nous espérons toujours avoir vent d'un financement quelconque et, si celui-ci nous intéresse, nous faisons une demande. Cela ne signifie pas que nous aurons la priorité, parce que, comme vous le savez, ce sont les politiciens qui passent en premier, ceux qui se font entendre. Quand ils annoncent des fonds, nous courons à la nouvelle, mais nous sommes loin de pouvoir obtenir quoi que ce soit, parce que les politiciens sont là.

Même moi qui suis originaire d'une petite communauté de Première nation, je ne m'adresse jamais aux gens du ministère des Affaires indiennes et du Nord canadien, parce que ça ne sert à rien. Les Affaires indiennes nous disent qu'ils s'occupent d'abord de telle ou telle réserve. Pourtant, il s'agit de ma réserve. C'est pour ça qu'un groupe de femmes s'est battu pour que les droits de traité soient transférables.

Puisque les droits de traité sont maintenant transférables, nous devrions avoir accès à ces fonds. Tout ce à quoi j'ai droit, c'est 5 \$ par an. C'est la seule somme qu'une femme indienne, une résidente de communauté de Première nation, peut obtenir. Sinon, elle doit résider dans une réserve.

La présidente : Ce qui, soit dit en passant, a donné naissance à un mythe. Beaucoup de non-Autochtones pensent que les Autochtones, peu importe où ils vivent, ont accès à tous ces programmes. Or, ceux d'entre nous qui ont travaillé sur ces questions savent que ce n'est pas vrai, mais je crois que c'est ainsi que la population en général perçoit la chose, autrement dit que vous avez accès à tous ces programmes.

Le sénateur Chaput : Monsieur Wolfe, vous êtes directeur régional de la région du Manitoba à Santé Canada qui s'occupe également de la santé des Premières nations et des Inuits, mais le financement en question est réservé à des services offerts dans les réserves. Même si vous étiez animé de la meilleure intention au monde, vous ne pourriez pas aider Mme Meade et son centre, parce qu'elle a des besoins de transport qui ne correspondent pas aux programmes et politiques que vous administrez. C'est exact?

Mr. Wolfe: For the most part. The only thing I would like to correct there, Senator, is that for non-insured health benefits like drugs and other services like that, off-reserve First Nations can access that. All the other programs are for on-reserve. That is the mandate.

Senator Chaput: Ms. Meade, you get some funding, I heard, from different programs or whatever. You end up filling applications, getting small sums of monies, and working with programs, and many times having to do much, very much paperwork. It is the same thing with Mr. Sinclair, I believe. You do not have access to any funding to enable the centres in Winnipeg as an example, to get together and work together and make sure that one knows what the other does. Did I understand correctly? Did I hear correctly? Because you did not get to meet Ms Meade before today, right?

Ms. Meade: No. I know the friendship centre. I go there; I have worked tables there. We use the friendship centre, for example, for the Folklorama, when we go and set up a table. We go there and negotiate for a free meal for the seniors there. They go there for functions. But as far as me and the organization, I always thought that organization is a friendship centre, a drop-in where you come and all of that. But I do work with Ma Mawi Wi Chi Itata Centre. I work with them. Like they do a star blanket training at our place because we have no money for that so they do that in the evening.

I partner with as many as I can. But I guess, in my eyes, I look at the friendship centre as a social program for everyone. I never see it as a senior centre.

Senator Chaput: I understand.

Ms. Meade: That is the reason why I do not, and I think Mr. Sinclair is new there because I knew all the staff before. In the area of recreation participation, socializing, we do go there. But as far as sitting down and say, well, let us look at our monies, we do not, we have not done that.

Senator Chaput: Either one of you, how many centres, if I may call them that way, are there in Winnipeg, centres that have to do with Aboriginal or First Nations, whether they are for youth or for elders? Are there quite a few?

Ms. Meade: I think each area has its own. East Kildonan has a drop-in centre, and the North End, and then St. Boniface has a little centre. But I do not know if they are all specifically for Aboriginal. I know East Kildonan has a little Aboriginal Resource Centre but that is for young people.

Senator Chaput: Do you want to answer that, too?

Mr. Sinclair: Yes. I could not give a number. But there are quite a few. Like right around the friendship centre in the immediate vicinity, we have five to 10, pretty evident. Like I say, there is Ma Mawi Wi, there is Ndinawe, there is a friendship centre, Rossbrook House. So there are a lot of avenues. What

M. Wolfe : C'est ça en grande partie. Il y a une petite chose que je me permettrai de corriger, sénateur, c'est que les Autochtones vivant hors réserve ont accès aux prestations de santé pour des services non assurés, comme les médicaments. Tous les autres programmes s'adressent aux services dans les réserves. C'est notre mandat.

Le sénateur Chaput : Madame Meade, vous avez obtenu des fonds de différents programmes. Vous remplissez des demandes, obtenez de petites sommes et travaillez dans le cadre des programmes offerts, le plus souvent après avoir rempli des tonnes de papier. Je suppose que c'est la même chose pour M. Sinclair. Si j'ai bien compris, vous n'avez pas accès à des fonds qui permettraient aux centres de Winnipeg, par exemple, de se rassembler et de travailler ensemble pour savoir ce que font les uns et les autres. Ai-je bien compris? Vous n'aviez pas rencontré Mme Meade avant aujourd'hui?

Mme Meade : Non. Je connais le centre d'amitié. J'y vais et j'y ai travaillé lors d'expositions, comme à l'occasion du Folklorama où nous avons un stand. Nous allons aussi négocier des repas gratuits pour nos aînés. Ils y vont pour des réceptions. Toutefois, en ce qui me concerne et en ce qui concerne mon organisation, j'ai toujours pensé que le centre d'amitié est une halte d'accueil. En revanche, je collabore avec le Centre Mawi Wi Chi Itata. Je travaille avec ces gens-là. Par exemple, ils viennent chez nous pour offrir une formation star blanket, car nous n'avons pas d'argent pour le faire. Ils organisent ça en soirée.

Je m'associe avec ce centre autant que possible. Toutefois, je considère que le centre d'amitié est un programme social ouvert à tous. Je ne l'ai jamais considéré comme un centre s'occupant d'aînés.

Le sénateur Chaput : Je comprends.

Mme Meade : C'est pour ça que je ne connais pas M. Sinclair, outre qu'il doit être nouveau, puisque je connais tout le personnel. Nous fréquentons toutefois le centre pour participer aux activités de loisirs, pour socialiser. Cependant, nous ne sommes pas allés jusqu'à nous asseoir ensemble pour échanger à propos des fonds que nous recevons.

Le sénateur Chaput : Ma question s'adresse à n'importe lequel d'entre vous. Combien de centres à Winnipeg, si je peux les appeler ainsi, s'occupent d'Autochtones ou de membres de Premières nations, que ce soit des jeunes ou des aînés? Y en a-t-il beaucoup?

Mme Meade : Je crois qu'il y en a un dans chaque secteur. Il y a une halte d'accueil dans Kildonan Est, dans le nord et, à Saint-Boniface, il y a un petit centre. En revanche, je ne sais pas si tous s'adressent aux Autochtones. Je sais qu'il y a un petit centre de services aux Autochtones dans Kildonan Est, mais il s'adresse aux jeunes.

Le sénateur Chaput : Pouvez-vous également me répondre?

M. Sinclair : Oui. Je ne peux pas vous donner de chiffres, mais je sais qu'il y en a pas mal. Au voisinage immédiat du centre d'amitié, il y en a cinq à dix qui sont assez visibles. Comme je le disais, il y a Ma Mawi Wi, il y a Ndinawe, il y a le centre d'amitié et la maison Rossbrook. Les options ne manquent donc pas. Je ne

each one pertains to, I could not say. And that is just in our general area. But then if you are looking West Broadway, if you are looking the North End, the North End Co-op is a cooperative that operates in Gilbert Park, but they have an office over in Brooklyn, in Weston.

There are a lot of different things out there. You can get your name on a mailing list through the North End Renewal Corporation, or the Aboriginal Centre out on Higgins there, where they send out a book, you know, it is this big, and it has a list of all the different services.

Ms. Meade: But there are no seniors.

Mr. Sinclair: There are no seniors groups.

Senator Chaput: Ms. Meade, you talked a while ago about focus groups. So when you put into place a focus group of elders, because you want to discuss a certain issue, how do you reach those seniors?

Ms. Meade: Well, when we do a focus group, we usually put it in the Native newspapers, like *Thunderbird Voice* and *Grassroads*, and then we advertise in the areas. Usually we will do about 12 to 15 seniors in a focus group. We did one on Henderson at Good Neighbour Seniors. We work quite well with non-Aboriginal seniors centres, because Good Neighbours just let us have our focus group there. Because we are trying to reach seniors in different areas, because that is our mandate through Winnipeg Regional Health Authority.

I think at the beginning I said that is the way of promoting our centre, recruiting. But, again, you have to be careful not to have an influx of people because how are you going to help them with very few resources?

Senator Chaput: At the beginning of your presentation, Ms. Meade, I believe you said, and I agree with you, that Aboriginal seniors past 65 should have the right to work if they want to, or many times if they need to. According to the focus groups that you have held and the people that go to your centre, do you know the kind of work that these seniors over 65 would like to do, or are looking at, or are there any skills that they would need to be trained for? Do you have an idea, or have you done that work yet?

Ms. Meade: Well, the last time we did a focus group, we talked about the areas where Aboriginal seniors would be interested in doing things. Right now, at least in the City of Winnipeg, there are lots of requests for seniors to go and work at the schools, to help out at the schools with honorariums. Two of our ladies help out like that. One is 81 years old and is a counsellor at Yellow Quill College two days a week. The other is a counsellor at the Red River College Aboriginal student organization there two

pourrais pas vous dire ce que fait chacun d'eux, mais sachez qu'ils se trouvent dans notre secteur en général. Et puis, il y a West Broadway et, dans le secteur nord, il y a la coopérative North End qui se trouve dans le parc Gilbert, mais qui a des bureaux à Brooklyn, à Weston.

Il y a bien des choses qui se font. Si vous donnez votre nom à la North End Renewal Corporation, ou au Centre autochtone de Higgins, on vous fait parvenir un livre épais comme ça qui donne la liste de tous les services offerts.

Mme Meade : Mais il n'y en a pas pour les aînés.

M. Sinclair : Non, il n'y a pas de groupes pour les aînés.

Le sénateur Chaput : Madame Meade, un peu plus tôt vous avez parlé de groupes de discussion. Comment parvenez-vous à contacter les aînés pour qu'ils fassent partie d'un groupe de discussion quand vous voulez traiter de certaines questions?

Mme Meade : En général, quand nous organisons un groupe de discussion, nous l'annonçons dans les journaux autochtones, comme *Thunderbird Voice* et *Grassroads*, et nous faisons de la publicité dans le coin. Le plus souvent, nous réunissons 12 à 15 aînés par groupe de discussion. Nous en avons fait un sur Henderson au Good Neighbour Seniors. Nous travaillons très bien avec les centres d'aînés non autochtones, parce que Good Neighbours nous permet d'y tenir nos groupes de discussion. Nous essayons en effet de rejoindre les aînés dans différents secteurs, parce que c'est le mandat que nous a donné l'office régional de la santé de Winnipeg.

Je crois avoir dit, au début, que c'est ainsi que nous faisons la promotion de notre centre et que nous recrutons. Cependant, nous devons veiller à ne pas être débordés par l'arrivée de nouveaux membres parce que nous n'avons que de maigres ressources.

Le sénateur Chaput : Au début de votre exposé, madame Meade, je crois vous avoir entendu dire — et je suis d'accord avec vous — que les aînés autochtones de plus de 65 ans devraient avoir le droit de continuer de travailler s'ils le désirent ou, dans bien des cas, s'ils n'ont pas le choix. D'après les groupes de discussion que vous avez organisés et les gens que vous accueillez à votre centre, savez-vous quel genre d'emploi les aînés de plus de 65 ans aimeraient occuper, ou quel travail ils recherchent ou encore de quel type de formation ils ont besoin pour acquérir des compétences particulières? En avez-vous une idée et avez-vous déjà couvert ce sujet?

Mme Meade : La dernière fois que nous avons tenu un groupe de discussion, nous avons parlé des domaines dans lesquels les aînés autochtones aimeraient travailler. Pour l'instant, du moins à Winnipeg, nous recevons beaucoup de demandes de personnes âgées pour occuper des emplois dans les écoles, pour aider les établissements scolaires moyennant quelques émoluments. Deux dames qui font partie de nos membres ont travaillé dans ces conditions. L'une d'elles a 81 ans et elle est conseillère au Yellow

days a week to three days a week. Another one, who is 77, works for New Directions as the elder counsellor.

Those are the jobs that our people can do. Then do not forget that our age group, the 65 year old and up, right now, are mostly the people that were in residential schools. They do have skills. I would not want to be a teacher again, but I was a teacher. I am working after 65. But I think there should be an incentive for seniors to continue to work, because there are a lot of skills.

As I go to these meetings, preparing for the elder abuse conference, a lot of elders are sitting there. Mind you, they are not Aboriginals. I am the representative of the Aboriginals. But I see all the skills in there. That is why I say we can work after 65. In fact, I predict a lot of us are going to have to work until we can do work no more, because of the economy.

The Chair: Mr. Wolfe, I would just like to end this afternoon with respect to a comment that you made about the Aboriginal Health Transition Fund. What are the successes? You mentioned the need for coordination. I think we all recognize that that has been the area where work must be done. Have you achieved any successes here in Manitoba?

Mr. Wolfe: At this point, no. Most of the programs have now been running for just over a year, so it is too early to tell. We are hopeful. We have seen some initial success, I think, in addressing the fact that was raised here, in that the jurisdictions are talking to each other. We have all the partners at the table. Even though, as you well know, government is always hamstrung by stove-piping jurisdictional issues. We deal with that on an ongoing basis. Often, First Nations are caught in the middle of that, regardless of the issues, whether medical transportation or other.

So we do have those people at the table. We are trying to get a better understanding of how that might be, and do what we can, within our respective mandates, to move things ahead. Because there is always flexibility. There are things that we can do and I am hoping we will be able to do. Because I do certainly understand the frustrations. First Nations and as government would like to see a seamless continuum of care from on-reserve into urban centre but often our policies do not allow for a continuation of that after a certain amount of time. After that, other services should kick in but in many cases they do not, at least not quickly enough. So you do have these rifts between them.

Quill College deux jours par semaine. L'autre est conseillère auprès de l'organisation étudiante du collège autochtone Red River, deux ou trois jours par semaine. Une autre, âgée de 77 ans, travaille pour New Directions en qualité de conseillère auprès des aînés.

Voilà les emplois que peuvent occuper nos aînés. Et puis, il ne faut pas oublier que les personnes appartenant à ce groupe d'âge, celui des 65 ans et plus, ont, pour la plupart, fréquenté les écoles résidentielles. Elles n'ont aucune compétence technique. Je ne voudrais plus être enseignante, mais je l'ai été. J'ai plus de 65 ans et je travaille. J'estime qu'il faudrait inciter les aînés à continuer à travailler, parce qu'ils sont une mine de compétences.

Quand je me rends aux réunions de préparation de la conférence sur la violence faite aux aînés, je rencontre beaucoup d'aînés, même s'ils ne sont pas autochtones. Je représente les Autochtones, mais je constate que ces gens-là représentent une masse de compétences. Voilà pourquoi j'affirme que nous pouvons travailler après 65 ans. Je m'avancerai jusqu'à prédire que beaucoup d'entre nous devront travailler pour des raisons économiques et ce, jusqu'à ce que ça ne soit plus possible.

La présidente : Monsieur Wolfe, j'aimerais terminer cet après-midi sur un commentaire que vous avez fait à propos du Fonds pour l'adaptation des services de santé des Autochtones. Quel succès avez-vous remporté? Vous avez évoqué une coordination nécessaire. Je crois que nous sommes tous d'accord sur le fait qu'il y a des aspects sur lesquels il convient de travailler. Avez-vous obtenu des résultats au Manitoba?

M. Wolfe : Pas à ce stade. La plupart des programmes que nous administrons ont un peu plus d'une année et il est donc trop tôt pour en parler. Nous demeurons optimistes. Nous avons constaté quelques résultats au début en ce sens que, comme nous l'avons dit tout à l'heure, les différents intervenants se parlent. Les partenaires sont assis à la même table même si, comme vous le savez très bien, le gouvernement est toujours empêtré dans des problèmes de compétences exclusives. Nous sommes régulièrement aux prises avec cela. Il arrive très souvent que les Premières nations soient prises entre deux feux, sans égard aux problèmes traités, qu'il s'agisse de transport pour raisons médicales ou d'autres questions.

Quoi qu'il en soit, tous ces gens-là sont parties prenantes. Nous essayons de voir comment on pourrait améliorer la situation et faisons notre possible, dans la limite de nos mandats respectifs, pour faire avancer les choses. Il y a toujours une question de souplesse qui intervient. Il y a des choses que nous pouvons faire et j'espère que nous allons les faire. Je comprends les frustrations des uns et des autres. Les Premières nations et le gouvernement souhaiteraient que les soins soient offerts sans discontinuité des réserves aux centres urbains, mais il arrive très souvent que les politiques en place limitent la période de transition. Une fois en milieu urbain, les Autochtones doivent se tourner vers d'autres services, mais dans bien des cas, ceux-ci ne sont pas offerts assez rapidement. Il y a donc des failles entre les deux types de services.

In short, no, it is too early to tell. I am hoping that we will see good evaluations. We do an annual evaluation, but most of these projects are fairly long-term and that takes some time to take effect.

The Chair: Well, it would be a good day when the huge elephant in the room, the one who is asking the question, "is this provincial, federal or municipal," would leave and go away, and we just decide that Canadians are Canadians.

Senators, we have a great gathering for our final panel session this afternoon. Maria Krentz is Acting Administrator for the Menno Home for the Aged. Steinbach 55 Plus is represented by Pat Porter, President, and Dianna White, Executive Director. We have the Club d'Amitié represented by Paulette Sabot, Treasurer. We have the Rest Haven Nursing Home, represented by Tannis Nickel, Director of Nursing Services. From the South Eastman Health Region, we have Sylvia Nilsson-Barkman, Services to Seniors Program Specialist.

Thank you, and I think we will begin with Ms. Krentz.

Maria Krentz, Acting Administrator, Menno Home for the Aged: Good afternoon. I was not sure how to prepare. After reading the second interim report of the Senate committee, I have some comments in relation to aging in place.

As stated in the second interim report of the Special Senate Committee on Aging, allowing seniors to age in the place of their choice requires a myriad of services, including adequate and affordable housing options, long-term care, community support services, and home care. The implementation of the Aging in Place Policy in this region is driving the building of supportive and assisted living housing units and more long-term care facilities or beds. The pattern has been to move an elder from their home to independent living apartment units, to assisted living, to supportive housing, and eventually to personal care home or long-term care. This model translates into four to five moves at least for any senior or disabled person, which changes their physical and social support systems, challenges their adaptation abilities, and often results in further social isolation and loneliness. We even impose marital separation. As stated by a cognitively well centenarian, as another move was being imposed on her, it was not the place that she was being moved into that was the problem, but the number of moves. There is no maintenance of choice.

Within the long-term care continuum, anecdotal reports demonstrate that with each move, the elder's loss of cognitive and physical functioning is significant. I feel that we are applying 20th century solutions to a 21st century need, and I feel there must be a better way.

Pour tout dire, il est beaucoup trop tôt pour se prononcer. J'espère que nous verrons bientôt de bonnes évaluations. Nous effectuons des évaluations annuelles, mais la plupart de ces projets portent sur le long terme et il faudra donc un certain temps pour qu'ils aient un effet.

La présidente : Ce sera effectivement merveilleux le jour où le gros éléphant qui pose des questions du genre « Est-ce de ressort provincial, fédéral ou municipal » quittera la pièce et où nous pourrions décider que tous les Canadiens sont bel et bien des Canadiens.

Sénateurs, nous allons accueillir le groupe de témoins suivant. Il s'agit de Maria Krentz, administratrice intérimaire à Menno Home for the Aged et de Pat Porter, présidente, ainsi que de Dianna White, directrice générale, de Steinbach 55 Plus. Du Club de l'Amitié, nous accueillerons Paulette Sabot, trésorière. Le Rest Haven Nursing Home est représenté par Tannis Nickel, directrice des services infirmiers, et Santé Sud-Est Inc. est représenté par Sylvia Nilsson-Barkman, spécialiste du programme de services aux aînés.

Merci. Je pense que nous allons débiter par Mme Krentz.

Maria Krentz, administratrice intérimaire, Menno Home for the Aged : Bonjour. Je ne savais pas exactement comment me préparer, mais après avoir lu le deuxième rapport intérimaire du comité sénatorial, je me propose plutôt de vous faire part de mes commentaires au sujet du vieillissement.

Comme l'indique le deuxième rapport intérimaire du Comité sénatorial spécial sur le vieillissement, afin de permettre aux aînés de vieillir là où ils le veulent, il faut leur offrir une myriade de services, y compris un logement adéquat et abordable, des soins de longue durée, des services de soutien communautaire et des services à domicile. Dans notre région, la mise en œuvre de la politique relative au vieillissement à l'endroit de son choix motive la construction d'unités de logement-services ou de logement avec services de soutien ainsi que davantage de lits ou d'installations de soins de longue durée. En général, les aînés passent de leur domicile à des unités d'appartement pour personnes indépendantes, puis à un logement-services, avant de passer dans un centre avec services de soutien et d'aboutir finalement dans un foyer de soins personnalisés ou de soins de longue durée. Ce modèle impose quatre à cinq déménagements au moins pour tout aîné ou toute personne handicapée, ce qui modifie son réseau de soutien social et physique, met à rude épreuve ses capacités d'adaptation et aggrave souvent son isolement social et sa solitude. Nous imposons même la séparation des couples. Comme l'a déclaré une centenaire qui avait toute sa tête à la faveur d'un nouveau déménagement qu'on lui imposait, ce n'était pas tant l'endroit où elle allait se retrouver qui lui causait problème, mais bien le nombre de déménagements. On ne maintient pas les personnes là où elles veulent.

Dans le système de soins de longue durée, des rapports isolés font état du fait qu'à chaque déménagement, l'aîné perd un peu plus de ses capacités cognitives et physiques. J'estime que nous appliquons des solutions du XX^e siècle à des besoins du XXI^e siècle et j'ai l'impression que nous devons faire mieux.

I believe that moving to institutionalized settings is counter to the principle of encouraging aging in place, even if they are located within the same home community. All levels are forms of institutionalization, but only the personal care home or long-term care includes some programming for a holistic approach to living and wellness at all stages, and this is somewhat individualized and monitored. In assisted and supportive housing and long-term care, many of the activities of daily living are attended to by paid staff, usually focusing on the physical and safety needs. This decreases the opportunity for physical and social activity and leads to dependence and loss of meaningful life activities, or a purpose for being. Data already demonstrates that a reduction in activity levels is associated with seniors who live in institutions or in isolation.

As identified by the interim report, people are living longer and healthier lives. Also there is a need to heed the warning not to overbuild, a critical element that may result in an over-abundance of physical structures, similar to the proliferation of hospitals. In this region, we are already experiencing a dip in the number of people awaiting placement and the length of time that they are waiting for a PCH bed.

The challenge today is not to physically relocate our elders, unless they choose to, but to mobilize resources to match their needs. The focus must remain on changing the service delivery and not only the environmental structures, such as assisted living and supportive housing. These systems do provide support to meet physiological needs, through nutrition/meals, housekeeping, laundry, et cetera. But, based on my personal experience, the expectation is for an individual to be motivated to access any of the social or recreational activities. Often, they sit in their little apartment alone.

Again, as stated in the interim report, studies have demonstrated a strong correlation between positive social relationships and mental and physical health, and that a lack of social relationships has also been identified as a risk factor for the development of health problems. Data supports that people in urban areas have increased social exclusion compared to those living in the rural communities. However, perhaps building these types of housing alternatives also approximates mini cities, irrespective of their location.

The power of being invited makes people feel wanted and increases participation. Reaching out can be at an individual or at a group community level. This approach is in concert with addressing the identified barriers, whereby an enabler can be in the form of a personal invitation to participate. This is effective in personal care homes whereby the recreation aides invite residents to participate in scheduled activities. If they happened to forget, they are reminded. But they always have a choice of attending or not attending.

J'estime que le placement en établissement va à l'encontre du principe de l'encouragement du vieillissement à l'endroit de son choix, même si les aînés demeurent dans la même collectivité. Les différents paliers que j'ai énoncés sont des formes d'institutionnalisation, mais ce n'est que dans les foyers de soins personnalisés ou dans les centres de soins de longue durée que sont offerts des programmes holistiques favorables au bien-être à toutes les étapes, parce que les interventions sont personnalisées et contrôlées. Dans les logements-services et les logements avec services de soutien, de même que dans les centres de soins de longue durée, un grand nombre d'activités de la vie courante sont organisées par du personnel rémunéré qui se concentre le plus souvent sur les besoins physiques des aînés et sur leur sécurité. Cette situation réduit, chez eux, la possibilité d'avoir des activités physiques et sociales, conduit à leur dépendance et à une absence d'activités vitales véritables, autrement dit à une disparition de la raison de vivre. Les données montrent que les aînés placés en établissement ou en situation d'isolement sont moins actifs.

Comme l'indique le rapport intérimaire, on vit plus longtemps et en meilleure santé. Celui-ci nous prévient par ailleurs de ne pas tomber dans un excès qui consisterait à bâtir trop de structures physiques, du genre prolifération d'hôpitaux. Dans notre région, on constate déjà une diminution du nombre de personnes en attente de placement et de la durée d'attente pour l'obtention d'un lit en foyer de soins personnels.

Le défi de l'heure n'est pas de changer nos aînés de lieu de résidence, à moins qu'ils ne le décident eux-mêmes, mais plutôt de mobiliser nos ressources en fonction de leurs besoins. Il faut chercher à modifier la prestation des services et pas uniquement les structures d'accueil, comme les logements avec services de soutien et les logements-services. Ces derniers assurent le soutien nécessaire pour répondre à des besoins physiologiques, par la nutrition et les repas, l'entretien ménager, le lavage du linge et ainsi de suite. D'après ce que j'ai constaté personnellement, on s'attend à ce que les aînés soient suffisamment motivés pour participer aux activités sociales ou récréatives, mais bien souvent, ils restent confinés dans leur petit appartement.

Comme le précise le rapport intérimaire, les études ont démontré l'existence d'un lien étroit entre les relations sociales positives et la santé mentale et physique, et elles ont aussi fait ressortir que l'absence de relations sociales constitue un facteur de risque relativement à l'apparition de problèmes de santé. Les données confirment que les résidents des régions urbaines souffrent davantage d'exclusion que ceux qui vivent dans les régions rurales. Or, ces types de logements de substitution ressemblent beaucoup à des minivilles, où qu'ils se trouvent.

Les personnes qu'on prend par la main se sentent désirées et elles ont tendance à participer davantage. L'approche peut être personnelle ou collective et elle doit viser à combattre les obstacles constatés, l'instrument utilisé étant alors l'invitation personnelle à participer à une activité. C'est ce qui fonctionne très bien dans les foyers de soins personnalisés où les préposés aux services récréatifs invitent les résidents à participer à des activités programmées. Si les aînés oublient, on leur adresse un rappel. En revanche, ils ont toujours le choix de participer ou pas.

Allocation of resources, fiscal and human, should focus on restructuring what exists instead of building more of the same. Seniors and disabled do require safe environments that support socialization, relationship building, education, and meeting all of the other determinants of health. With today's technology, we have the means to promote safety through improved vigilance and more timely responses. The restructuring must include professional and non-professional supports that promote healthy living and quality of life, minimizing displacements across the continuum of alternative housing, with the overarching goal being mobilization of resources to where the people live and not mobilizing the seniors to centralized services. We should never impose more than one move.

On page 43, your interim report talks about "one-stop shopping." This analogy can be further reduced to just a one stop, similar to an all inclusive resort. An idealistic integration of housing, health, recreational, social and spiritual assets can be provided within a one-stop model. For example, as I age, my ability to independently meet personal holistic needs can no longer be achieved within my home setting. However, my husband remains relatively healthy and independent. There would only be one move, involving both of us. The integrated model would provide housing for both, with access to shared services, such as meals and laundry, whereby the level of support provided is flexible based on needs, developing a community within a community. It would be almost like a commune, which would definitely appeal to the hippies of my generation. Thus my husband would have the opportunity to stay by my side, prepare his own meals, et cetera, and assist in providing care to meet my needs and the needs of others. He likes to be helpful.

With continuous and flexible services, even with disabilities, we can actively contribute to our own health and that of others. A feeling of shared helping/caring amongst the residents would be nurtured. Every person would be supported to contribute and participate safely in meaningful life activities. Safety devices are installed in all suites, but only those needed for the safety of the specific individual would be activated, to avoid violating privacy. Recreational opportunities can include a pool, theatre, bowling, a park, et cetera. For couples, when one spouse is deceased, the other remains in the same place, supported and nurtured, based on his or her needs amongst people with whom he/she shares a relationship. This same community would function based on democratic process where representatives can even be elected to govern that community.

I also want to share a real example of commitment and needs between spouses. We have a resident who required admission to personal care related to a severe decline in cognitive abilities. It

Il faudrait consacrer les ressources financières et humaines à la restructuration de ce qui existe déjà, plutôt qu'à la construction d'unités. Les aînés et les personnes handicapées ont besoin d'évoluer dans des milieux sûrs, favorables à la socialisation, à l'instauration de relations, à l'apprentissage et au respect de tous les autres déterminants de la santé. Grâce aux moyens technologiques actuels, il nous est possible de promouvoir la sécurité par le biais d'une vigilance accrue et d'un meilleur temps de réaction. La restructuration doit porter sur les services de soutien professionnels et non professionnels destinés à favoriser une qualité de vie et des habitudes de vie saines, à réduire les déplacements d'un logement de substitution à un autre, le but ultime étant de mobiliser les ressources sur les lieux de vie des personnes plutôt que de regrouper les aînés autour de services centralisés. Il ne faudrait jamais imposer plus d'un déménagement à qui que ce soit.

À la page 49 de votre rapport intérimaire, vous parlez de « guichet unique ». On pourrait pousser l'analogie en parlant plutôt de guichet à services groupés, un peu comme dans les lieux de villégiature tout inclus. Dans ce dernier modèle, on pourrait idéalement intégrer des services de logement, de santé et de loisirs, des services sociaux et des services de nature spirituelle. Par exemple, plus je vieillis et moins je suis en mesure de répondre à mes besoins personnels globaux, de façon autonome, dans mon propre logement. Cependant, mon conjoint, lui, est resté en santé et a conservé une relative autonomie. Nous ne devrions avoir à déménager qu'une seule fois, tous les deux. Le modèle intégré assurerait un logement au couple et leur donnerait accès à des services communs, comme les repas et le lavage du linge, tandis que le niveau de soutien serait souple, car fonction des besoins, ce qui donnerait lieu à une communauté au sein de la communauté. Ce serait un peu comme une commune, évidemment très attrayante pour les hippies de ma génération. Ainsi, mon conjoint aurait la possibilité de rester à mes côtés, de préparer ses propres repas et ainsi de suite, et de m'aider dans la prestation de soins adaptés à mes besoins et aux besoins des autres. Il aime se rendre utile.

Grâce à des services souples et continus, même les personnes handicapées peuvent continuer à contribuer activement à leur santé et à celle des autres. Dans ce contexte, on stimulerait le sentiment d'utilité et d'échange avec les autres. Chacun serait soutenu pour contribuer et participer en toute sécurité à des activités de vie dignes de sens. Tous les appartements auraient un dispositif de sécurité, mais ce n'est qu'en cas d'absolue nécessité, pour la sécurité de certaines personnes, qu'ils seraient activés, afin d'éviter toute violation de la vie privée. Du côté des loisirs, on pourrait trouver une piscine, un théâtre, une piste de bowling, un parc et ainsi de suite. En cas de décès d'un des deux conjoints, l'autre demeurerait sur place et l'on continuerait de s'en occuper en fonction de ses besoins. Il resterait parmi ceux et celles avec qui il aurait établi des relations. Cette même communauté fonctionnerait suivant les principes de la démocratie où des représentants pourraient être élus afin de diriger l'ensemble.

Je vais également vous parler d'un exemple vécu d'engagement et de besoins entre conjoints. Nous avons une résidente qui a dû être admise en établissement de soins personnalisés à cause d'un

challenged and exhausted the husband's abilities to provide a safe environment for her. The wife is admitted, the husband is there everyday, assisting her in any way he possibly can, because, in his words, she is his wife and that is his promise to her. The children are concerned that he is severing connections with the outside world. He has joined our in-house choir, attends church services, participates in some recreational activities such as games, and enjoys the special programming that volunteers bring. Based on his experience as a greenhouse owner, he supervises the yard work, sharing his expertise. But everyday he has to come to the personal care home, and then he returns to an independent living housing apartment where he and his wife moved when they could no longer be supported in their own home.

In summary, building more independent living, assisted living, supportive housing, and long-term care units based on existing models, to me, violates the aging in place principle. It displaces the seniors repeatedly through the necessitated moves. A novel integrated approach that minimizes relocating of the seniors, but provides flexible human and physical resources would maximize the health of the aging population without generating future obsolete infrastructure.

The Chair: Thank you. I like that, mobilize the need, not mobilize the seniors. Well said.

Tannis Nickel, Director, Nursing Services, Rest Haven Nursing Home: Good afternoon. I am from Rest Haven Nursing Home. The Haven Group also includes other facilities, including Cedarwood Supportive Housing and WoodHaven Manor.

Our organization is owned by seven Evangelical Mennonite churches in the Steinbach area. We provide contract services for the personal care home to the South Eastman Region. The churches saw the needs of their elders and began the personal care home so that they could be looked after in the way that they found that they wanted. It began with the long-term care home, and then a supportive living home of 30 units was built, and then Woodhaven Manor, which has 86 suites, 20 are rent geared to income housing, and 66 are life-lease housing units.

The apartment complex is next to Rest Haven, which kind of adds to Maria's philosophy of aging in place as best as we can. Being juxtaposed in this way has certainly improved the lives of our residents and the families trying to make the best of the situation that we have. There is an opportunity for a husband to be living maybe in long-term care, and his wife perhaps to live independently in the manor. This is a move, but it is a simpler transition. This solves a bit of the transportation problem. However, once they are at the point that they have lost many of their facilities, they have to move from Woodhaven into a personal care home, which is not the best.

déclin grave de ses habilités cognitives. Son époux n'était plus en mesure de lui offrir un milieu sûr et il s'était épuisé à la tâche. La dame a donc été admise en établissement et son conjoint la visite tous les jours, l'aide dans toute la mesure du possible parce que, comme il le dit, elle est son épouse et qu'il le lui avait promis. Ses enfants craignent qu'il ne se coupe du monde extérieur. Il a intégré notre chorale maison, il participe aux offices religieux, à des activités récréatives comme certains jeux et il apprécie beaucoup les programmes spéciaux animés par des bénévoles. Comme il a possédé une serre, il supervise le travail à l'extérieur et fait profiter les autres de ses connaissances. Tous les jours, il doit se rendre au foyer de soins personnels et réintégrer ensuite un logement avec services de soutien où lui-même et son épouse avaient déménagé quand il ne leur avait plus été possible d'obtenir les services nécessaires à domicile.

Pour résumer, je dirais que le fait de construire davantage de logements indépendants, de logements-services, de logements avec services de soutien et d'unités de soins de longue durée d'après les actuels modèles va à l'encontre du principe consistant à permettre aux aînés de vieillir à l'endroit de leur choix. À cause de cela, les aînés ne cessent de déménager d'un endroit à l'autre. Une approche intégrée inédite, visant à réduire au minimum les déménagements des aînés tout en disposant de ressources humaines et physiques souples permettrait d'optimiser la santé de notre population vieillissante sans pour autant créer des infrastructures appelées à être obsolètes un jour.

La présidente : Merci. J'aime bien votre idée de mobiliser les besoins plutôt que les aînés. C'est bien trouvé.

Tannis Nickel, directrice, Services infirmiers, Rest Haven Nursing Home : Bonjour. Je représente Rest Haven Nursing Home, qui fait partie du groupe Haven, lequel compte d'autres installations dont Cedarwood Supportive Housing et le manoir WoodHaven.

Notre organisation appartient à sept églises mennonites évangéliques de la région de Steinbach. Nous offrons des services à contrat aux foyers de soins personnels de la région de South Eastman. Après avoir constaté les besoins de leurs aînés, les églises ont décidé d'ouvrir un foyer de soins personnels afin qu'il soit possible de s'occuper d'eux de la manière dont le souhaitent les églises. Cela a commencé par un foyer de soins de longue durée, s'est poursuivi par la construction d'un foyer avec services de soutien de 30 unités, puis a abouti au manoir Woodhaven, qui compte 86 appartements, dont 20 sont destinés à être loués en tant que logements normaux et 66 en tant qu'unités louées à vie.

Le complexe à appartements se trouve à proximité de Rest Haven, ce qui en fait un lieu qui va un peu dans le sens de la philosophie de Maria, soit de permettre aux personnes âgées de vieillir là où elles le désirent, dans toute la mesure du possible. Ce genre de juxtaposition a très certainement amélioré la vie de nos résidents et de leurs familles qui essaient de tirer le meilleur de la situation. Le conjoint a la possibilité de résider dans l'établissement de soins de longue durée tandis que son épouse vivra en toute autonomie au manoir. Il s'agit effectivement d'un déménagement, mais la transition est plus simple. Cela a permis de résoudre le problème du transport. Quoi qu'il en soit, quand les

The residents at Woodhaven very often volunteer at Rest Haven, the personal care home, and they find a lot of support with that. So the volunteer program is very strong and the juxtaposition of the two facilities enables this. We have about 266 volunteers at Rest Haven Personal Care Home.

Other issues that come up with families that I work with are issues of housing options in the community. And again, they move from the home and a yard and working out of the home, and move to a smaller apartment due to health or need for more services. I am from the southeast region, Stuartburn, and in that area we still have many elders living in homes without running water and things like that. And actually, my grandmother had to move into a home because home care would not provide service because they had no running water. The running water was me and the 5-gallon pail.

The things when I often hear when a new resident moves in are issues relating to the physical structure of the house. We actually have one contractor who goes around and offers help to enlarge doorways and makes ramps, and things like that. And it is a huge help to some of the areas that do not have easy access. So the elderly resident can stay in their home a bit longer.

In reading the report, I found several issues that concern our residents in South Eastman, and the families and volunteers that work at Rest Haven. And it is reassuring to me that these issues are being looked at.

Thank you for the opportunity to speak here.

The Chair: Thank you.

And now from Ms Paulette Sabot.

[*Translation*]

Paulette Sabot, Trésorière, Club de l'Amitié: Madam Chair, I was asked to talk about our club in La Broquerie, which is called the Club de l'Amitié. So here is an overview of the main activities that take place in the course of a year in our little village. We have a physical activity program led by a very good coordinator every Tuesday morning. The third Thursday of every month, except for the summer, we put on a lunch, which we cook ourselves. And twice a year, we have a group outing to someplace, and then we go for lunch or supper. Last year we visited a recycling plant, Prairie Bio Energy, here in La Broquerie, and the Premier Peat Moss plant in Richer.

In October we go to St. Boniface to see the play for seniors, and again we take the opportunity to have lunch or supper out. We manage to fill seven or eight cars. That way, people who do

âinés en sont au point où ils ont perdu la plus grande partie de leurs moyens physiques, ils doivent déménager de Woodhaven dans un foyer de soins personnels, ce qui n'est pas la meilleure solution.

Il arrive souvent que les résidents de Woodhaven se portent volontaires à Rest Haven, le foyer de soins personnels, et qu'ils y trouvent beaucoup d'appui. Nous avons donc un programme de bénévoles très solide que nous permet de juxtaposer les deux installations. Nous comptons quelque 266 bénévoles au foyer de soins personnels Rest Haven.

Les autres problèmes que je constate au contact des familles avec qui je travaille concernent les options de logement au sein de la collectivité. On voit des âinés qui déménagent d'une résidence avec jardin — grâce auquel ils pouvaient travailler un peu à l'extérieur — dans un petit appartement à cause de leurs problèmes de santé ou de la nécessité d'obtenir davantage de services. Je viens de la région du sud-est, de Stuartburn, où nous comptons de nombreux âinés qui vivent dans les maisons où il n'y a même pas d'eau courante. Ma propre grand-mère a dû déménager dans un foyer, parce qu'à cause de l'absence d'eau courante, elle n'était pas admissible aux services de soins à domicile. L'eau courante, c'était moi qui la lui procurais sous la forme de seaux de 5 gallons.

Quand de nouveaux résidents emménagent, j'entends souvent parler de problèmes liés à la structure de la maison. Sur place, nous avons un entrepreneur qui fait de menus travaux, comme élargir les entrées et bâtir des rampes d'accès. Il demeure que, dans certaines zones où l'accès n'est pas facile, ce genre d'aide est appréciable. Ce faisant, le résident âgé peut rester plus longtemps chez lui.

À la lecture de votre rapport, j'ai retrouvé plusieurs problèmes qui préoccupent nos résidents de South Eastman ainsi que les familles et les bénévoles qui travaillent à Rest Haven.

Merci de m'avoir donné l'occasion de vous parler.

La présidente : Merci.

Nous allons maintenant entendre Paulette Sabot.

[*Français*]

Paulette Sabot, trésorière, Club de l'Amitié : Madame la présidente, on m'a demandé de parler de notre club de La Broquerie, qui s'appelle le Club de l'Amitié. Voici un aperçu des principales activités qui ont lieu au cours d'une année dans notre petit village. Nous avons un programme d'activités physiques animé par une très bonne coordonnatrice, tous les mardis matins. Tous les troisièmes jeudis, excepté les mois d'été, nous offrons un dîner que nous cuisinons nous-mêmes. Deux fois par année, nous sortons en groupe et visitons un endroit, et ensuite nous sortons pour dîner ou pour souper. L'an dernier, nous avons visité une usine de recyclage, Prairie Bio Energy, ici à La Broquerie, et le plan de Premier Peat Moss à Richer.

Au mois d'octobre, nous nous rendons à Saint-Boniface pour voir la pièce des âinés; encore là, on en profite pour dîner ou souper au restaurant. Nous nous organisons pour remplir sept ou

not drive anymore or who do not like to drive to St. Boniface can still take part. This year there is even a group from our club in La Broquerie that is going to take part in the play.

At our lunch in March, we had a dozen students join us. It was a lunch to talk about the differences between life today and life 50 years ago, including activities, the cost of living, means of transportation and religion. The churches used to be too small and now they are too big.

At Christmas, we have the most special meal, a supper, attended by about 100 people. It is a Christmas treat, with turkey, meat pies and so on. And after supper a few members of the choir start to sing their Christmas carols.

In February, there are the Festival du Voyageur activities at the hotel in La Broquerie. Most of the members of the Club de l'Amitié go there for supper and, after supper, there is a musical evening with traditional songs and dancing.

In late April, we go to Sainte-Agathe for the spring games organized by the FAFM. There are cribbage, 500, whist and shuffleboard tournaments. Very interesting.

We also offer very low-cost lunches after funerals; we charge just enough to cover the cost of the food, which is prepared by the members of our club.

There is another volunteer service. If someone needs to go to the doctor's or do some errands, there are always drivers available for them. The club is also open afternoons. Some men meet to play billiards. As some people say, we do not want to get rusty in La Broquerie, so we keep busy.

[English]

The Chair: Thank you. And now from Sylvia Nilsson-Barkman, please?

Sylvia Nilsson-Barkman, Services to Seniors Program Specialist, South Eastman Health: I have prepared a little differently. There were basically four issues that I thought I would bring forward. I have more of a regional perspective in that I serve the region.

When I think about "rural," I think about it differently than some people. There is rural-urban, like Steinbach, there is rural-rural like St. Anne, and there is rural-remote. And it is the rural-remote that I will allude to in a couple of the situations that I am bringing forward. Because it seems like the smaller you get, the greater the challenge, and we certainly have some challenges.

I work with an organization called the Eastman Senior Citizens Council, which is made up of representatives from 21 senior clubs and the multi-purpose senior centre. And they have identified the greatest need as transportation. They have been voicing their concern to various people. And I think, again, the more rural you get, the more of a challenge transportation becomes as well.

huit automobiles. De cette manière-là, les personnes qui ne conduisent plus ou n'aiment pas conduire à Saint-Boniface peuvent quand même en profiter. Cette année, il y a même un groupe de notre club de La Broquerie qui doit participer à la pièce.

À notre dîner de mars, nous avons eu une douzaine d'étudiants qui se sont joints à nous; c'était un dîner de partage, portant sur la comparaison de la vie d'aujourd'hui avec celle d'il y a 50 ans comme les activités, le coût de la vie, les moyens de transport et la religion; les églises étaient trop petites dans le temps et maintenant, elles sont trop grandes.

À Noël, nous avons le repas le plus spécial, c'est le souper où nous accueillons à peu près 100 personnes. C'est un régal où l'on sert la dinde, les tourtières, et cetera. Après le souper, quelques membres de la chorale entament des chants de Noël.

Au mois de février, il y a les activités du Festival du voyageur à l'hôtel de La Broquerie. Alors, la plupart des membres du club de l'amitié s'y rendent pour souper et, après le souper, il y a une soirée de musique, de chants traditionnels et de danse.

À la fin d'avril, nous nous rendons à Sainte-Agathe pour les Jeux du printemps organisés par la FAFM. Il y a des tournois de cribbage, de 500, de whist et de shuffle board. Très intéressant.

Nous offrons aussi un goûter après les funérailles à un prix très modique; on prend le prix qui couvre à peu près la nourriture et tout est préparé par les membres de notre club.

Il y a un autre service de bénévoles. Si quelqu'un a besoin d'aller voir le médecin ou de faire d'autres courses, il y a toujours des chauffeurs disponibles pour eux. Le club est aussi ouvert tous les après-midi, il y a quelques hommes qui se rencontrent et jouent au billard. Comme diraient certaines personnes, on ne veut pas rouiller à La Broquerie, alors on grouille.

[Traduction]

La présidente : Merci. Passons maintenant à Sylvia Nilsson-Barkman, si vous voulez bien.

Sylvia Nilsson-Barkman, spécialiste de programme en services aux aînés, Santé Sud-Est Inc. : Je me suis préparée de façon un peu différente. Je me propose d'aborder quatre grandes questions et d'apporter un point de vue plus régional à ce débat, puisque je travaille dans une région.

Le mot « rural » illustre chez moi quelque chose de différent que chez les autres. Il y a le rural-urbain, comme à Steinbach, le rural-rural, comme Sainte-Anne et le rural-éloigné. Je me propose de vous parler du rural-éloigné en vous présentant deux situations. Comme on dirait que plus on est petit, plus le défi est important, sachez que nous ne manquons pas de défis.

Je travaille pour une organisation qui est le Eastman Senior Citizens Council, composée de représentants de 21 clubs d'aînés et du centre polyvalent pour aînés. Le besoin le plus important qui a été constaté concerne le transport. Les aînés ont fait part de leurs préoccupations à cet égard à nombre de personnes. Encore une fois, j'estime que plus on est en région rurale et plus les problèmes à surmonter sur le plan du transport sont importants.

In our region we have three communities that have handi-van services. That is not very much. This is a whole region with only three communities that have handi-van. The other services are provided through volunteer drivers that are recruited through community and tenant resource programs in the region. And the difficulty they face is finding volunteers who can take people with disabilities. If someone is in a wheelchair, or if they are not very safe transferring, then really they need a handi-van. And the volunteer driving program is not maybe something that best serves them.

Handi-vans are not very viable because they are extremely expensive once you get outside a more urban area. Dianna White and Pat Porter are sitting here, and they will say they are even expensive in Steinbach which I consider to be urban-rural.

I guess part of the problem is that in order for a community to purchase a handi-van, they have to raise a considerable amount of money, because the program that intergovernmental services offers only provides a portion of the capital cost for a handi-van and part of the operating costs. The costs are really put down onto the people that are using the services. That cost becomes really quite prohibitive for some people.

I will just give you some real figures. If one were to take the handi-van to see a specialist, let us say, because specialists are usually in Winnipeg, it would cost \$94. To that, you can add another \$26 for waiting for one hour and if you wait for more than one hour, another \$26. So that is \$120 just to go and see a doctor in Winnipeg.

Now, if I were to take our most remote area, in the Rural Municipality of Piney, the cost would be over \$200 if that person had a handi-van. Now, they do not have handi-vans, they only have volunteer drivers, so the amount is a bit less. Of course, that does not suit everybody's need if their physical needs are greater than a volunteer driver can provide. So it is extremely expensive to rural people to use some of these services.

We are also experiencing a decline in the number of volunteer drivers that can actually drive people into the City of Winnipeg to see specialists. We find most of our volunteers are seniors themselves, and some of them are older seniors. The younger seniors are having a great time in life. They are not always volunteering, they are not always going to the Club de l'Amitié, right? They might volunteer some, I am not saying they are doing nothing. But a lot of them are older seniors. They do not feel comfortable driving in the city, it is very frightening for them to drive there. Or they might have a disability that prevents them from weaving in and out of traffic and handling that. So that is a great need.

Dans notre région, nous comptons trois collectivités qui offrent des services de minibus pour handicapés ou « handi-van ». Ce n'est pas beaucoup. La région est immense et trois collectivités seulement exploitent ce genre de véhicule. Les autres services de transport sont assurés par des chauffeurs bénévoles que l'on recrute au sein de la collectivité et par le biais de programmes de services aux locataires dans la région. La difficulté réside dans le fait de trouver des bénévoles susceptibles de conduire les personnes handicapées. Dès que quelqu'un est en chaise roulante ou que son transport est délicat, il faut recourir à un « handi-van ». Dans ce cas, le programme de chauffeurs bénévoles n'est pas ce qui convient le mieux.

En dehors des régions urbaines, les minibus pour handicapés ne sont pas la formule la plus économique parce qu'ils sont très dispendieux. Dianna White et Pat Porter pourront vous dire que ces véhicules sont très coûteux à exploiter à Steinbach que je considère comme une région urbaine-rurale.

Je crois qu'une partie du problème tient au fait que, pour qu'une collectivité achète un « handi-van », il faut recueillir énormément d'argent étant donné que le programme administré par les services intergouvernementaux ne couvre qu'une partie des coûts d'immobilisation de ce véhicule et des frais d'exploitation. Ce sont en fait ceux qui utilisent les services qui doivent assumer une grande partie des coûts, et pour certains, ils sont tout simplement prohibitifs.

Je vais vous donner quelques chiffres réels. Si l'on veut appeler un « handi-van » pour se rendre, par exemple, à un rendez-vous de spécialiste — parce qu'en général les spécialistes se trouvent à Winnipeg — il peut en coûter 94 \$. Il faut ajouter à cela 26 \$ pour une attente d'une heure et 26 \$ de plus si l'attente est supérieure. En fin de compte, pour aller voir un médecin à Winnipeg, il en coûte 120 \$.

Dans la région la plus reculée, c'est-à-dire dans la municipalité rurale de Piney, il peut en coûter plus de 200 \$ pour emprunter un minibus pour handicapés. Toutefois, comme il n'y a pas de véhicules de ce genre dans le coin, il faut recourir à des chauffeurs bénévoles et les sommes à déboursier sont légèrement moindres. Évidemment, cela ne convient pas à tout le monde, surtout si les besoins physiques sont supérieurs à ceux auxquels un chauffeur bénévole peut répondre. Il est donc extrêmement dispendieux pour des résidents d'une région rurale de recourir à certains de ces services.

On constate également un déclin du nombre de chauffeurs bénévoles prêts à accompagner des gens à Winnipeg pour y consulter un spécialiste. Nous constatons que la plupart de nos bénévoles sont des personnes âgées et que certains sont même des personnes du quatrième âge. Ceux du troisième âge se paient du bon temps. Ils ne sont pas toujours bénévoles et ne vont pas toujours au Club de l'Amitié, n'est-ce pas? Je ne dis cependant pas qu'ils ne font rien, parce qu'il leur arrive de se porter volontaires. Cependant, nombre de nos bénévoles sont des personnes du quatrième âge. Elles ne sont pas à l'aise pour conduire en ville et elles ont peur d'aller là-bas. Il se peut aussi qu'elles soient atteintes d'un handicap les empêchant de se fonder et de naviguer dans le trafic. Le besoin est donc énorme.

The rising cost of gasoline is causing problems. All of these programs are now looking at raising their fees. So instead of a volunteer driver charging \$45 plus parking and a few other little expenses to drive from Steinbach to Winnipeg, if it is a volunteer and not a handi-van, that will increase shortly as well. Because somehow, someone has to pay those additional costs.

That is a tremendous concern. I do know that seniors can use medical transportation as a tax deduction. But if you look at the ones that are really struggling, it is the ones that are on basic pensions, and those tax deductions just do not help you at that level. It would be really nice if there was some type of subsidy that would help seniors who really need this service to use it.

In the more remote areas, it would be really nice if we could have smaller vans that would be cheaper to drive. If there were some program through government that would help subsidize that, I think that might be an answer. Maybe there could be better coordination between some of the communities in sharing resources.

The community of Sainte-Anne-La Broquerie right now is doing a handi-van survey, because they know there are a lot of people that need the service, but they are already starting to hear that the cost of using the handi-van will be prohibitive. So that is one of the issues.

Housing was another one. Again, I just wanted to point out that, again, when you go to rural-remote areas, it is very difficult to work with housing. It seems like these areas just do not fit into the box. There are these boxes out there, and you have to meet all their criteria. And one of the criteria, of course, is raising a good portion of the money yourself and then maybe getting an affordable housing grant.

When you look at a community like the Rural Municipality of Piney, who really need housing, the average income is around \$26,000. The average home value is around \$53,000, and the money is just not there to go and raise \$2 million to build 15 housing units. It is a tremendous struggle.

One thing that we have found when we communicate with Manitoba Housing is that remote areas are not considered in the same way as northern communities, so they cannot be given a little preferential treatment, or there is no understanding that it is more difficult to raise funds in those areas.

There is a new program called Homeworks and that leads to the same conversation: you are not northern, or you are not this or that. But I guess it is something that they will still try and pursue.

The health status in the Rural Municipality of Piney, for example, is really affected by the lack of resources. In my brief, I mentioned just a few things. The thing that we found is that the small remote communities are really cozy, you know, they are really nice places. People feel comfortable and their neighbours

En outre, le prix de l'essence qui ne cesse d'augmenter nous cause un problème. Il est maintenant prévu, dans tous ces programmes, d'augmenter les frais exigés. Ainsi, il faut s'attendre à ce que le montant réclamé par un chauffeur bénévole augmente sous peu — s'il ne conduit pas un « handi-van » — tandis qu'il était de 45 \$ plus le stationnement et quelques autres menues dépenses pour aller de Steinbach à Winnipeg. En effet, il faut que quelqu'un, à un moment donné, acquitte ce genre de coûts additionnels.

Tout cela est extrêmement préoccupant. Je sais que les aînés peuvent recourir au transport à des fins médicales et bénéficier d'une déduction fiscale, mais si vous considérez ceux qui ont vraiment des difficultés financières, ceux qui doivent vivre sur la pension de base, ce genre de déduction fiscale n'apporte rien. Ce serait vraiment bien s'il existait une subvention susceptible d'aider les aînés qui ont vraiment besoin d'un tel service.

Dans les régions plus éloignées, ce serait également très bien de pouvoir compter sur des minibus plus petits et donc moins coûteux à exploiter. La réponse consisterait peut-être à monter un programme de subventions gouvernementales. Nous y gagnerions peut-être aussi si, grâce à une meilleure coordination, les collectivités pouvaient mettre leurs ressources en commun.

Sainte-Anne-La Broquerie est en train d'effectuer un sondage sur l'utilisation d'un « handi-van », parce qu'il est établi que beaucoup ont besoin de ce service, mais aussi que le coût d'utilisation d'un tel véhicule sera prohibitif. C'est l'un des problèmes.

Le logement en est un autre. Je me répète, il est très difficile de faire quoi que ce soit du côté du logement quand on se trouve dans une région rurale éloignée. On dirait que ces régions sortent de tous les cadres établis. Il faut correspondre à des petites cases et répondre à tous les critères. L'un de ces critères consiste à déposer soi-même une importante partie de la somme exigée pour pouvoir prétendre à une subvention pour acheter un logement abordable.

Dans le cas d'une collectivité comme la municipalité rurale de Piney qui a effectivement besoin de logements, le revenu moyen tourne autour de 26 000 \$. La valeur moyenne des maisons est de quelque 53 000 \$ et il n'y a tout simplement pas suffisamment d'argent dans le coin pour trouver 2 millions de dollars afin de bâtir 15 unités de logement. C'est un combat insurmontable.

Lors d'échanges avec Logement Manitoba, nous avons constaté que les régions éloignées ne sont pas considérées de la même façon que les collectivités du nord, qu'on ne peut leur accorder un traitement préférentiel et qu'on n'admet pas qu'il est plus difficile de trouver des fonds dans ces régions.

Il existe un nouveau programme intitulé Logement abordable qui nous vaut exactement le même discours : vous n'êtes pas dans le nord ou vous n'êtes pas ceci ou cela. Peu importe, nous continuerons d'explorer cette voie.

L'état de santé de la population de la municipalité rurale de Piney, par exemple, dépend véritablement du manque de ressources. Dans mon mémoire, j'en parle un peu. Nous avons notamment constaté qu'il fait effectivement bon vivre dans les petites collectivités éloignées. Les gens s'y sentent à l'aise, leurs

help them, and it is a wonderful place to be. And they will live at risk rather than move from them. If we cannot put the resources in there, it becomes a struggle for the healthcare system to meet their needs properly. We see when we finally do get them to a point where they have to come into hospital, their hospital stays are far longer than they are for the normal population. I have a few statistics in here, I know you are receiving this report, I probably do not need to read them. The crude death rate, again, much higher. Basically, this is our poorest and our sickest area, and it is very difficult to meet their needs.

We came up with a wonderful model where we would have a primary healthcare centre, which already exists in Sprague. To that we wanted to add a 12-bed personal care home and an 8-bed supportive housing unit. The supportive housing unit would be a special unit that could become personal care home beds, or could become supportive housing, whatever the need was, and to that the community would add 15 elderly person housing units. We would utilize the staff out of the primary healthcare centre for doctor support, for doing a lot of healthy living teaching. We really thought it is a wonderful model and we are still struggling to get there. But it is a struggle because the money just is not out there in these very remote areas.

On healthy living, I loved your document and how you talked about healthy living, it was just very, very exciting. I think that is really where we need to go to keep people healthy longer. I am really glad Dianna White is here, because they are doing some great things in our region, as have some of the community resource counsels. What we are finding, however, is that we do not have the materials and we do not have the funding to subsidize the extra staff time you need to deliver this. So you have probably heard all this before, but it is really true.

We have found a really neat product that was called Living It Up. I do not know if you have heard of it, but it is a nutrition and exercise program for seniors. There are six modules that were developed by a nutrition student in Winnipeg. And with very little training, we were able to train lay people who work with these resource councils to deliver these modules. Seniors are just coming in droves to them, because you learn a lot, but you have a lot of fun with it too. And now Partners Seeking Solutions has come out with a drug and alcohol package that has modules, so we grabbed that up. The RCMP have Police Academy, and that is on personal safety.

We are starting to get our hands on these materials. We can use people who are not really professionals, but who with enough training and support can reach out to seniors in such a way that seniors want to participate. There is really a great demand for this information, and we would really like to be able to support these community groups that run these councils to deliver these services.

voisins les aident et ce sont des lieux merveilleux où résider. Ils préfèrent courir un risque sur le plan de la santé plutôt que de déménager. Faute d'investir davantage de ressources sur place, il sera très difficile pour le système de soins de santé de répondre aux besoins de la population. C'est ce qu'on constate quand on finit par admettre certains patients de ces régions dans les hôpitaux parce que leur séjour est alors beaucoup plus long que pour le reste de la population. J'ai quelques statistiques avec moi, mais je ne vais pas vous les lire, puisque vous recevez ce rapport. Le taux brut de mortalité est également beaucoup plus élevé. Pour tout dire, il s'agit de la région la plus pauvre et la moins en santé où il est difficile de répondre aux besoins de la population.

Nous avons imaginé un super modèle s'articulant autour d'un centre de santé primaire qui existe déjà à Sprague. Nous voulons ajouter un foyer de soins personnels de 12 lits et une unité de logement avec services de soutien de huit lits. Il s'agirait d'une unité spéciale susceptible d'être transformée en foyer de soins personnels ou en logements avec services de soutien, selon les besoins, ce à quoi la collectivité ajouterait 15 unités de logement pour personnes âgées. Le soutien médical serait assuré par le médecin du centre de soins de santé primaires qui donnerait des conseils en matière de vie saine. Nous croyons que c'est un modèle fantastique et nous continuons de nous battre pour le mettre en place, mais il faut effectivement parler de combat parce que nous manquons d'argent dans cette région éloignée.

S'agissant de la prévention des maladies, j'ai adoré votre document et la façon dont vous en parlez, parce que c'est tout simplement emballant. J'estime que c'est ce qu'il faut faire pour que les gens vivent en santé plus longtemps. Je suis ravie de voir Dianna White ici, parce que son organisation a fait de grandes choses dans notre région, tout comme certains conseillers en services communautaires. En revanche, nous constatons que nous n'avons pas suffisamment de moyens, notamment financiers, pour débloquer le personnel nécessaire à la prestation de ce genre de services. Vous en avez sans doute déjà entendu parler avant, mais c'est une réalité.

Nous avons trouvé fantastique le programme Living It Up. Je ne sais si vous le connaissez, mais il s'agit d'un programme de nutrition et d'exercice à l'intention des aînés. Il comporte six modules ayant été élaborés par un étudiant en nutrition de Winnipeg. Moyennant un minimum de formation, nous avons pu entraîner des néophytes pour qu'ils puissent travailler avec les conseillers de service à la prestation de ces modules. Les aînés se présentent en foule, parce qu'ils apprennent beaucoup, mais qu'ils s'amuse également beaucoup. Nous avons également mis la main sur une nouvelle trousse concernant la toxicomanie et l'alcoolisme préparée par Partners Seeking Solutions. Au Collège de police, la GRC offre des cours sur la sécurité personnelle.

Nous commençons à mettre la main sur tous ces produits. Nous pouvons utiliser des gens qui ne sont pas de véritables professionnels de la question mais qui, moyennant une formation et un soutien suffisants parviennent à mobiliser les aînés qui désirent alors participer. Cette information est très en demande et nous aimerions pouvoir appuyer les groupes communautaires qui offrent de tels services.

At this point, the Regional Health Authority is not adding any dollars because we do not have any dollars to add to do those things, but that would be wonderful to go in that direction.

The central district of our region has a great need. The RHA has developed a long-term care strategy. We find that in our central district, which is basically Steinbach and the Regional Municipality of Hanover, we have a large number of seniors, and the waiting list for personal care homes is extremely long. We have had up to 130 people on our waiting list in our region. That is not all for the central district, but most of it is for the central district. We have only 160 care home beds in that area. Over the last 30 years, the number of personal care home beds in South Eastman region has not changed, but our population has certainly changed. We have seven personal care homes with 334 beds, and there is a real need for this, and especially within the central district. I just wanted to raise that issue.

Dianna White, Executive Director, Steinbach 55 Plus: I am Dianna White and I am the Executive Director of Steinbach 55 Plus. We are located in Steinbach, and just recently, four years ago, purchased a large centre, just over 15,000 square feet. Our mission is to promote healthy active living to seniors, encompassing all the elements, the social, the emotional, the mental and the physical well-being. In order to do that, we have programming activities and services, and also volunteer opportunities, to help people remain independent in their community and to keep contributing to the community in which they live.

We fall under the guidance of Ms Nilsson-Barkman, in the support services to seniors management area, and do receive some funding from the Regional Health Authority. However, the senior centre itself that actually promotes the healthy active living is required to raise 70 per cent of its budget through means other than a grant from the Regional Health Authority. So much of our time and effort does go into fundraising in order to keep the programs running.

We have a community resource coordinator that works out of the centre, as well as two meals programs, one in Steinbach and one in Grunthal. We also run a two day a week adult day program for the frail elderly, and that is a partnership with homecare continuing care. It is a busy place at Steinbach 55 Plus.

While I affirm the needs that Ms Nilsson-Barkman has addressed, we are definitely very much aware of them, we are the only senior centre in all of South Eastman region. Our doors are open to all the seniors in South Eastman. But our primary area of service would be Steinbach and probably the Regional Municipality of Hanover, maybe reaching into Ste. Anne and La Broquerie just a little bit. But it is very limited and it is, again, a matter of transportation and distance. We do welcome all of the seniors in our region to come and participate and be involved.

Pour l'instant, l'office régional de la santé ne verse plus rien pour ce genre d'activité, parce qu'il n'y a plus de fonds à cette fin, mais ce serait fantastique de pouvoir en trouver.

Le district central de notre région éprouve d'énormes besoins. L'office régional de la santé a élaboré une stratégie de soins de longue durée. Dans ce district, essentiellement composé de Steinbach et de la municipalité régionale de Hanover, on trouve un grand nombre de personnes âgées et la liste d'attente pour accéder à des foyers de soins personnels est très longue. Nous avons déjà eu 130 noms sur cette liste dans notre région, pas uniquement pour le district central, mais en grande partie tout de même. Or, nous n'avons que 160 lits en foyer de soins. Au cours des 30 dernières années, le nombre de lits en foyer de soins personnels dans la région de South Eastman n'a pas changé, mais notre population, elle, a beaucoup changé. Il y a sept foyers de soins personnels pour un total de 334 lits et les besoins sont énormes, surtout dans le district central. Je tenais simplement à vous le signaler.

Dianna White, directrice générale, Steinbach 55 Plus : Je m'appelle Dianna White et je suis directrice générale de Steinbach 55 Plus. Nous nous trouvons dans la ville de Steinbach, et il y a tout juste quatre ans, nous avons acheté un grand centre d'un peu plus de 15 000 pieds carrés. Notre mission consiste à promouvoir un mode de vie sain et actif auprès des aînés, mode de vie axé sur les éléments qui constituent le bien-être, soit les dimensions sociale, émotionnelle, mentale et physique. Pour cela, nous conduisons des activités et assurons des services programmés et nous administrons un groupe de bénévoles afin d'aider les aînés à demeurer autonomes au sein de leurs collectivités et de continuer à contribuer à la société dans laquelle ils vivent.

Pour ce qui est des services de soutien dans le domaine de la gestion des services aux aînés, nous suivons les orientations de Mme Nilsson-Barkman et nous sommes financés par l'office régional de la santé. Toutefois, le centre des aînés, qui fait la promotion d'une vie saine et active, doit trouver 70 p. 100 de son budget, en plus de ce qu'il reçoit de l'office régional de la santé. Nous consacrons énormément de temps et d'efforts pour trouver des fonds afin de maintenir les programmes en vie.

Une coordonnatrice des services communautaires travaille à partir du centre et nous administrons deux programmes de repas, l'un à Steinbach et l'autre à Grunthal. Nous offrons aussi un programme de jour, à raison de deux jours par semaine, en partenariat avec le service de soins de santé à domicile. Vous savez, nous sommes très occupés à Steinbach 55 Plus.

Je confirme les besoins exprimés par Mme Nilsson-Barkman parce que nous en sommes très conscients, mais nous sommes le seul centre pour aînés dans la région de South Eastman. Si nous ouvrons nos portes à tous les aînés du coin, notre principal secteur de services est Steinbach et peut-être aussi la municipalité régionale de Hanover, jusqu'à Sainte-Anne et La Broquerie, mais dans une moindre mesure. Quoi qu'il en soit, le secteur est très restreint et, encore une fois, tout se ramène à un problème de transport et de distance. Nous encourageons tous les aînés de la région à venir nous voir et à participer à nos activités.

Interestingly enough, in early April I was invited to a rural working group for older adults, which was held in Winnipeg, and the issues that you identify in your report are the same issues that came out of that one day session. And they were the issues of transportation, long-term care, nutrition and health, and healthy living. Affordable housing, of course, is huge.

At our centre we have identified one other issue that is of great concern to the seniors, and that is the issue of the doctors in our community. Right now, according to the statistics that we are able to just pull off their website, we have 20 doctors that practice out of two clinics, and then we also have three or four few doctors who work out of the Bethesda Hospital right in our area.

Recently, we learned that four doctors are leaving the community. The doctors we have at present, the 20 that are there, are all not taking new patients because they are fully booked. We now have, more specific to our concerns, an aging population who have bought into the healthy active living plan, but are still needing the doctor, and will need the doctor more as they grow older if they do not already. And the numbers of the doctors are diminishing.

There was an estimate done last week there could possibly be as many as 5,000 residents of Steinbach and immediate area without access to a family doctor. So imagine what that will do once these doctors leave, even to the Bethesda Hospital emergency department. And costs are higher for them to come in there.

That is a concern that has been identified at Steinbach 55 Plus. Imagine yourself being 75 years old, maybe being a diabetic or having high blood pressure, and going to your doctor every three months to get it checked and get a new prescription, and suddenly you are told that your doctor is leaving and nobody else is taking new patients. That is an issue that we have identified at 55 Plus.

Senator Mercer: Ms. Krentz, you have challenged us with a couple of very important things. You talked about one move as opposed to the four to five minimum moves that were happening. This is difficult to plan, as you can appreciate, as you have described. There are only a few centres that we have seen so far where this happens. One centre in my hometown that does have all of the levels of care, right up to and including palliative care. But that would mean the person might move into a stand-alone apartment, them and their spouse. As they progress, they would have to move within the complex, but within basically the same complex of four buildings attached to each other with common services in the middle. Does that work, or do you still think that it is the one move that is needed?

Ms Krentz: As I mentioned, idealistically, I want only one move, and I am not sure how to make it happen. I have dreamt of it for a long, long time. There are a lot of models out there. One of the things that occurred to me as I was driving here today, one area that I do not think anybody has ever alluded to or touched upon, is sexuality in the elderly. People still have needs, not

Au début du mois d'avril, j'ai été invitée à participer à un groupe de travail rural portant sur la question des aînés, à Winnipeg, et, lors de cette séance d'un jour, nous avons abordé exactement les mêmes sujets que ceux mentionnés dans votre rapport. Il a donc été question de transport, de soins de longue durée, de nutrition et de santé ainsi que de mode de vie sain. Il est certain que le logement abordable est une grosse question.

Notre centre a constaté un autre grand problème qui préoccupe beaucoup les aînés : je veux parler du faible nombre de médecins dans la collectivité. D'après les statistiques accessibles sur le site Internet, nous aurions actuellement 20 médecins qui pratiquent dans deux cliniques en plus de trois ou quatre autres qui travaillent à l'Hôpital Bethesda.

Nous avons récemment appris que quatre de ces médecins vont quitter la région. Ceux qui sont actuellement en place, les 20 que j'ai mentionnés, ne peuvent plus accepter de nouveaux patients. Il est préoccupant de constater que nous sommes en présence d'une population vieillissante qui a adhéré au plan de mode de vie saine et active, mais qui a encore besoin des services d'un médecin et qui en aura de plus en plus besoin dans l'avenir. Or, le nombre de médecins ne cesse de diminuer.

Selon une estimation effectuée la semaine dernière, 5 000 résidents de Steinbach et de la région immédiate pourraient ne pas avoir de médecin de famille. Imaginez donc ce que sera la situation après le départ de ces médecins, même au service d'urgence de l'Hôpital Bethesda. De plus, il leur en coûte cher de venir ici.

Voilà un problème que nous avons constaté à Steinbach 55 Plus. Imaginez que vous ayez 75 ans, que vous soyez diabétique ou que vous fassiez de l'hypertension, que vous deviez voir votre médecin tous les trois mois pour être contrôlé et obtenir une nouvelle ordonnance, et que vous appreniez soudainement que votre médecin s'en va et que les autres ne prennent pas de nouveaux patients. Voilà un problème que nous avons constaté à 55 Plus.

Le sénateur Mercer : Madame Krentz, vous venez de nous interpellé en nous lançant deux choses importantes. Vous avez parlé de permettre un seul déménagement des aînés plutôt que quatre ou cinq au minimum, comme c'est actuellement le cas. Votre prescription, comme vous pouvez vous en douter, est difficile à suivre. Jusqu'ici, nous avons constaté que cela n'a été réalisé que dans quelques centres. Il y en a un, dans ma ville natale, qui offre tous les niveaux de soins, jusqu'aux soins palliatifs. Cela veut dire qu'une personne doit d'abord emménager dans un logement avec services de soutien en compagnie de sa conjointe ou de son conjoint. Au fil du temps, le couple déménage à l'intérieur du complexe, dans l'un des quatre bâtiments disposés autour des services communs. Cela fonctionne-t-il ou pensez-vous qu'il faille davantage?

Mme Krentz : Comme je le disais, il faudrait idéalement se limiter à un seul déménagement, mais je ne suis pas certaine de la façon dont tout cela pourrait se produire. Ça fait très longtemps que j'en rêve. Il existe de nombreux modèles. Il est un aspect auquel je réfléchissais tout à l'heure, au volant, en venant ici — un aspect dont personne n'a vraiment parlé — c'est la sexualité des

necessarily sexual, but the need to be cared for by your spouse if you still have one, in that kind of close relationship. But we still displace them, even if it is within that type of a complex.

I do not have a solution, only a dream. That is why I brought it here, I thought I might as well challenge everybody. It is a dream that I have, and it is about mobilizing resources. If you can actually build this model, and I do not have anything concrete, you can use each other, the people that live there, to support other people there. I know there are a lot of models like you are describing, Senator Mercer, but I will go beyond that. I just do not know how to get there. It is a dream, but I think if we do not shoot for the dream, we will keep redoing the same things over and over again. And even people going from one part of a complex to the other, there is a significant change, especially in people with dementia. The cognitive abilities really, really decrease.

Senator Mercer: It is a dream that you have, but I must say it is probably not a dream you alone have. There are quite a few people who share that dream as well.

Ms Nilsson-Barkman, you talked about seniors who are willing to live at risk rather than move. Could you give us a little more, put a little meat on those bones for us?

Ms. Nilsson-Barkman: Our home care program did a review a few years ago when we were looking at developing this model in the Rural Municipality of Piney. They found that they had people that they should be panelling for nursing home, that they were struggling to care for, that were still living at home. They were living beyond what home care was really designed to be providing, but they just would not leave. They would rather stay there in their home community, knowing that they were at risk. It is a very difficult thing for care providers to deal with as well, where their care was surpassing that which a home care worker would feel comfortable providing.

Senator Mercer: It is also particularly a problem in rural-remote areas in very small communities.

Ms. Nilsson-Barkman: They have lived there all their lives; they have chosen to live that kind of a lifestyle. It is a very special place. When I talk to these people, like I can understand how they feel. I would not choose it for myself. They will feel quite displaced if they are removed to a larger centre. The only alternative would probably be to come to Steinbach. That is big for these people. For you and I, it would not be.

Senator Mercer: The issue for all of you, the issue of housing in its various forms is consistent. I think you said that the number of housing units has remained the same?

ainés. Les gens gardent des besoins sur ce plan, pas forcément sexuels, mais d'ordre affectif, parce qu'ils veulent que leur conjoint ou leur conjointe continue de s'occuper d'eux dans le cadre d'une relation étroite. Or, on sépare les couples, même dans ce genre de complexe.

Je n'ai pas de solution à proposer, je n'ai qu'un rêve à énoncer. C'est pour cela que je vous en ai fait part, parce que je pensais ainsi interpeller tout le monde. C'est un rêve qui nécessite la mobilisation de certaines ressources. À partir de ce modèle, à propos duquel je n'ai rien de concret à proposer, il sera possible de faire appel aux résidents afin qu'ils aident les autres résidents. Je sais qu'il existe de nombreux modèles, comme celui que vous avez décrit, sénateur Mercer, mais personnellement, j'irais au-delà. Je ne sais pas exactement comment. C'est un rêve, mais si l'on ne cherche pas à réaliser ses rêves, on finit par refaire la même chose encore et encore. Même pour les couples que l'on déménage d'un endroit à l'autre au sein d'un même complexe, le changement est important, surtout dans le cas des personnes atteintes de démence. Avec l'âge, les capacités cognitives diminuent énormément.

Le sénateur Mercer : C'est certes un rêve que vous entretenez, mais vous n'êtes sans doute pas la seule. Beaucoup partagent ce rêve avec vous.

Madame Nilsson-Barkman, vous avez parlé d'ainés qui sont prêts à prendre des risques au sein de leur collectivité plutôt que de déménager. Pourriez-vous nous expliquer davantage ce que vous entendez par là?

Mme Nilsson-Barkman : Il y a quelques années, nous nous sommes livrés à un examen dans le cadre de notre programme de soins à domicile parce que nous voulions appliquer ce modèle à la municipalité rurale de Piney. Cette étude a permis de constater que certaines personnes à qui il était difficile de dispenser des soins, qui demeuraient chez elles, auraient dû être placées en foyer de soins. Elles avaient besoin de services beaucoup plus complets que ceux normalement offerts dans le cadre de soins à domicile, mais elles ne voulaient pas partir de chez elles. Elles préféraient rester dans leur collectivité, même en sachant qu'elles couraient un risque. Ce genre de situation est également très difficile pour les fournisseurs de soins qui sont appelés à offrir une prestation qui sort de leur zone de confort de professionnels.

Le sénateur Mercer : C'est également un problème dans les petites collectivités des régions rurales éloignées.

Mme Nilsson-Barkman : Ces personnes ont passé toute leur vie sur place et c'est le mode de vie qu'elles ont choisi. Pour elles, c'est un lieu très spécial. En parlant avec ces gens-là, je me rends bien compte de ce qu'elles ressentent. Personnellement, ce n'est pas ce que je choiserais, mais si on les déménage dans un grand centre, elles ont l'impression d'être déplacées. La seule autre solution serait Steinbach qui demeure une grosse agglomération pour ces gens-là. Pour vous et pour moi, ce serait différent.

Le sénateur Mercer : Vous avez toutes trois traité également de la question du logement. Je pense vous avoir entendu dire que le nombre d'unités de logement était demeuré inchangé.

Ms. Nilsson-Barkman: The number of personal care home beds in the region has remained the same for the past 30 years. We did have some nursing homes that were replaced with nice new ones, but exactly the same number of beds.

Senator Mercer: At the same time, the population is aging.

Ms. Nilsson-Barkman: Yes. I guess another challenge that I see with what Ms Krentz is saying is that, when you take an average senior and put them into a place, they do not want to be with people that are not normal. That becomes a little bit of a difficulty if you want to age in place. Let us say you move into seniors housing, you can make that assisted living by adding meal programs and various supports, and then maybe you can even push it a bit further with block care through home care. But if everybody gets too ill, then it is not a normal healthy environment for some people, so then you lose this whole thing of this one move. It is a great idea, but do not know either how you do it. You can only do it, you can only push it to a certain point. Could you accept two moves?

Ms. Krentz: Only one.

Senator Mercer: It would be nice if we could negotiate, but we do not even have the facility to do the two moves yet.

I did not hear as much with this panel as we did with other panels was the discussion of transportation. Some of you did mention transportation to medical appointments. We were talking mainly in the last panel about Aboriginal people in rural remote areas, as well as urban areas. Is the volunteer base of volunteer groups who are providing the transportation, is that enough? Is that fulfilling the need, or are there people not getting medical services because there are not volunteers prepared to help?

Ms Nilsson-Barkman: We have some people where it is very difficult to transport them with volunteers. Then it is usually the family that ends up dealing with that, and it is home care that deals with it. I am kind of pre home care in the work that I have. So that would have been a great question for home care, because somehow those people need to see a specialist, or need to see a doctor. I am not sure who is doing it, but it is not Services to Seniors that take those special people. If they are not considered safe, it is just too high a risk for Services to Seniors to get a volunteer driver to do it.

Senator Mercer: There is also the question, from the volunteer's point of view, of insurance. Are they properly insured to be providing this kind of service?

Ms. Nilsson-Barkman: We have extended our High Rock Insurance to community and tenant resource programs within our region through the Regional Health Authority. We have written all of these programs that are part of Services to Seniors into our policy. We have not had one claim yet.

Mme Nilsson-Barkman : Le nombre de lits en foyer de soins personnels dans la région n'a pas changé en 30 ans. Nous avons quelques foyers de soins qui ont été remplacés par des nouveaux, tout beaux, mais sans augmentation du nombre de lits.

Le sénateur Mercer : Et en même temps, la population vieillit.

Mme Nilsson-Barkman : Effectivement. L'autre difficulté à laquelle Mme Krentz a fait allusion, c'est que les aînés moyens que l'on place ne veulent pas se retrouver au milieu de gens qui ne sont pas normaux. C'est un peu la difficulté que présente le fait de vouloir vieillir en un lieu donné. Supposons que quelqu'un aille dans un foyer pour aînés, dans un logement-service avec repas et autres services de soutien, et qu'on ajoute éventuellement même un élément de soins à domicile. En revanche, dès l'instant où vous n'avez que des malades, vous n'êtes plus dans un milieu sain pour certains et cette idée de déménagement unique ne tient plus. C'est une idée merveilleuse, mais je ne vois pas comment la réaliser. On n'y parviendra que jusqu'à un certain point. Seriez-vous d'accord avec l'idée de deux déménagements?

Mme Krentz : Un seul.

Le sénateur Mercer : Ce serait merveilleux de pouvoir négocier cela, mais nous n'avons même pas les installations nécessaires pour nous limiter à deux déménagements.

Par rapport aux témoins qui vous ont précédées, il a beaucoup moins été question avec vous de transport. Certaines d'entre vous ont parlé du transport en vue d'aller à un rendez-vous médical. Avec le groupe de témoins précédent, il a surtout été question des Autochtones vivant dans les régions rurales éloignées et dans les régions urbaines. Le nombre de bénévoles offrant des services de transport est-il suffisant? Cela répond-il à vos besoins ou vous retrouvez-vous avec des patients qui n'obtiennent pas les services médicaux nécessaires par manque de bénévoles?

Mme Nilsson-Barkman : Il est difficile de faire transporter certaines personnes à bord de véhicules de bénévoles. Ce sont généralement des membres de la famille qui doivent alors s'en occuper et ce sont les soins à domicile qui s'en chargent. Dans le travail que j'effectue, je me trouve au palier qui précède celui des soins à domicile. Ce serait donc une excellente question à poser aux gens des soins à domicile, parce que les personnes ayant besoin de transport doivent effectivement consulter un spécialiste ou un généraliste. Je ne sais pas exactement qui s'en occupe, mais les patients ayant des besoins spéciaux ne sont certainement pas pris en compte par les Services aux aînés. Dès qu'on juge que leur transport n'est pas sûr, les Services aux aînés courraient beaucoup trop de risques en confiant ces personnes à des chauffeurs bénévoles.

Le sénateur Mercer : Il y a aussi la question des assurances pour les bénévoles. Ces gens-là sont-ils correctement assurés pour offrir ce genre de service?

Mme Nilsson-Barkman : Par le truchement de l'office régional de la santé, nous avons étendu notre assurance High Rock aux programmes communautaires et de services aux résidents dans la région. Nous avons inscrit tous ces services, offerts par Services aux aînés, dans notre police d'assurance. Jusqu'ici, nous n'avons pas eu à faire de déclaration de sinistre.

Senator Mercer: Knock on wood.

Ms Nilsson-Barkman: I am going to retire in a few months and I am just hoping I am going to make it, because something can just so easily happen.

Senator Mercer: We do live in Canada, we have winter and strange weather conditions.

Ms Nickel: Just a comment on transportation. I live in Stuartburn. It is pretty rural remote I would say. Just as an example, my husband does not drive in Winnipeg, because he has been in Stuartburn, and just has not had a need to go to Winnipeg all that often. He will drive to the mall somewhere close by. But when our child had a fractured leg and, you know, when mom is normally the one holding them on the way to the specialist, I was the one driving, because he just does not drive in Winnipeg.

So we, as a community, provide a support system to those people that do not. I take days off to take other people to Winnipeg. People coordinate their appointments and try to get on the same side.

As for home care, a lot of times they do end up taking handi-van. A lot of times actually what I have seen, and I know that it probably is not the best scenario — I worked in Vita Hospital for a while — we admitted people into the hospital and they went by ambulance.

Ms. Nilsson-Barkman: I am aware of that too.

Ms. Nickel: That is the alternative that they have.

Senator Mercer: Not a very efficient way to run a healthcare system, though, is it?

Ms. Krentz: I work in Grunthal, which is part of the Rural Municipality of Hanover, part of the Steinbach area. We do not have any health care services provided within the Grunthal area, which serves about a thousand people right immediately there, other than the personal care home. We are trying to support some of the people that just need regular blood work and so we have lab workers coming to the personal care home. We are trying to extend that service to the community and yet there is really not this infrastructure support. So there is a real need even from Grunthal, which is not very far from Steinbach, let alone from very remote areas for the transportation needs. It is huge.

Senator Mercer: Has there been discussion of two other types of delivery of healthcare, tele-health and the extensive use of nurse practitioners? Is that part of the solution to the problem?

Ms. Krentz: I would love to address the nurse practitioner. I believe that would help a lot to ease some of the primary healthcare issues, at least with the management of chronic diseases and so on in remote areas. I do believe that will help.

Le sénateur Mercer : Touchez du bois.

Mme Nilsson-Barkman : Je vais prendre ma retraite dans quelques mois et j'espère y parvenir, parce que n'importe quoi pourrait se produire d'ici là.

Le sénateur Mercer : Nous vivons au Canada où les hivers sont rudes et où les conditions météorologiques sont plutôt bizarres.

Mme Nickel : J'ai quelque chose à dire au sujet du transport. Je vis à Stuartburn qui est une municipalité rurale éloignée. Pour vous donner un exemple, mon époux ne va pas à Winnipeg en voiture, parce qu'il réside à Stuartburn et qu'il n'est pas nécessaire d'aller en ville très souvent. Il fréquente plutôt le centre commercial voisin. Un jour, cependant, quand notre enfant s'est cassé la jambe, je me suis retrouvée derrière le volant, plutôt que de jouer mon rôle de mère qui se tient auprès de son enfant, parce que mon époux ne conduit pas jusqu'à Winnipeg.

C'est ainsi que nous en sommes venus, au sein de la collectivité, à offrir un système de soutien aux personnes qui ne conduisaient pas très loin. Je prends des jours de congé pour accompagner des voisins à Winnipeg. Les gens coordonnent leurs rendez-vous et essaient de profiter du même véhicule.

Pour ce qui est des soins à domicile, il arrive souvent que les gens font appel au « handi-van ». En revanche, il m'est souvent arrivé de constater, quand je travaillais à l'Hôpital Vita, que des gens se font transporter en ambulance jusqu'à l'hôpital, ce qui n'est probablement pas la meilleure solution.

Mme Nilsson-Barkman : Je suis au courant.

Mme Nickel : C'est l'autre mode de transport possible.

Le sénateur Mercer : Ce n'est cependant pas une façon efficace d'utiliser le système de soins de santé, n'est-ce pas?

Mme Krentz : Je travaille à Grunthal qui fait partie de la municipalité rurale de Hanover, dans la région de Steinbach. À part le foyer de soins personnels, aucun service de soins de santé n'est assuré dans la région de Grunthal où vivent un millier de personnes. Comme nous essayons de servir les patients ayant besoin de subir des analyses sanguines, nous faisons venir les laborantins sur place, au foyer de soins personnels. Nous essayons d'étendre ce service à la collectivité, mais nous n'avons pas vraiment d'infrastructures de soutien. Le besoin de transport est donc réel, même à Grunthal, qui n'est pas très loin de Steinbach, et cela c'est sans parler des régions éloignées. C'est un énorme problème.

Le sénateur Mercer : A-t-il été question de deux autres types de prestation de services de soins de santé, c'est-à-dire la télésanté et les infirmières praticiennes? Ces formules pourraient-elles être une solution?

Mme Krentz : Je me propose de parler des infirmières praticiennes. Je pense que le recours à cette catégorie de personnel nous aiderait beaucoup à régler les problèmes constatés dans les soins de santé primaires, du moins en ce qui concerne la gestion des maladies chroniques et autres dans les régions éloignées. Je pense effectivement que cette formule serait utile.

There is more than just the nurse out there that can help that aspect. As has been stated by Ms. White, we have experienced a physician shortage. At the personal care home, we struggled for about eight months without a physician addressing some of our resident care needs. It is really, really huge, but we just do not have enough. There is one nurse practitioner right now that I am aware of that is practicing in Bethesda Hospital, in the emergency department. I know the Regional Health Authority is planning to hire more, but it is just brand new still here. But I do see that as a viable option. Unfortunately, I am a nurse, and as a nurse I do not feel that nurses should replace doctors. Even though I am totally pro the nurse practitioner program, I do not want nurses to be used in this way, just because we have a doctor shortage. I believe in promoting nursing per se as a profession, as a discipline. Therefore, where is our role in the future, where is our role? It is not just because there is a doctor shortage at the present time that we should be promoting nursing taking leadership in that area.

The Chair: I am going to build a little bit on Senator Mercer's question and your responses to that, and that is this whole question of risk. We have spoken to a lot of professionals in elder law. Of course, they would assert that if I want to live at risk, that is my choice, and that nobody should step on my particular rights as a citizen and say, you are not allowed to live at risk. What would your comments be about that, Ms. Nilsson-Barkman?

Ms Nilsson-Barkman: When we were looking at personal care home beds for this remote area, I did not talk to the seniors themselves, I talked to the home care workers. They felt that some of those people would move if there was a facility within their own community, with their own neighbours moving into this facility. However, they would just rather be at risk than move away from the community, and if they die there, they die there. They are at home there.

The Chair: Unfortunately, when you live in rural areas, and certainly rural remote areas, you could in fact build say an eight bed personal care unit, or maybe a 15-bed personal care unit. Then you might well have a situation in which very large number of the clients within that personal care bed suffer from severe dementia. Other people do not want to be in that environment, because they do not want to be with these people who — and I think one of you said it — are not normal. They are still normal and they do not want to be with people that they perceive as normal.

When we visited the Northwood Manor, which was the centre that Senator Mercer addressed, they have seven or eight floors. Some of those floors can be designated for Alzheimer's or dementia patients, but then they have normal floors, if you will. That becomes a very difficult issue, I would suggest to you, when you get into a situation in which you have very few beds, and in which we know in the future, maybe dementia and Alzheimer's are going to be very huge issues. Particularly, if we have a

Toutefois, il n'y a pas que les infirmiers et infirmières qui pourraient aider sur ce plan. Comme l'a dit Mme White, nous sommes en pénurie de médecins. Au foyer de soins personnels, cela fait huit mois que nous essayons de nous débrouiller avec un seul médecin qui doit répondre à tous les besoins de nos résidents. C'est un énorme combat, et nous n'avons pas suffisamment de ressources. Il y a actuellement une infirmière praticienne à l'Hôpital Bethesda, au service des urgences. Je sais que l'office régional de la santé envisage d'en engager davantage, mais tout cela est tellement nouveau. En revanche, ce pourrait être une solution viable. Malheureusement, je suis moi-même infirmière et je ne pense pas que le personnel infirmier devrait se substituer aux médecins, même si je suis tout à fait favorable au programme d'infirmières et infirmiers praticiens, car j'estime que les infirmières ne doivent pas remplir ce rôle sous prétexte qu'il y a une pénurie de médecins. Je crois dans la promotion des soins infirmiers en tant qu'exercice d'une profession, d'une discipline. La question qu'il faut se poser est celle du rôle que l'on doit remplir dans l'avenir. Ce n'est pas uniquement parce qu'il manque de médecins à l'heure actuelle que nous devons promouvoir la relève par des infirmiers et des infirmières.

La présidente : Je vais revenir sur la question du sénateur Mercer au sujet du risque et sur les réponses que vous avez données. Nous nous sommes entretenus avec beaucoup de spécialistes du droit des aînés. Ces gens-là vous diront que si je veux courir un risque, c'est mon choix et que personne ne peut me priver de mon droit de citoyenne en me disant que je ne peux pas prendre tel ou tel risque. Qu'en pensez-vous, madame Nilsson-Barkman?

Mme Nilsson-Barkman : Quand nous avons examiné la question des lits en foyer de soins personnels dans cette région éloignée, je ne me suis pas entretenue avec les aînés eux-mêmes, mais avec les travailleurs de soins à domicile. Ces gens m'ont dit estimer que les aînés auraient accepté de déménager s'il y avait eu un établissement dans la collectivité où ils auraient pu retrouver des voisins. Plutôt que de déménager hors de la collectivité, ils préfèrent courir un risque et mourir sur place. Ils y sont chez eux.

La présidente : Malheureusement, quand vous vivez dans des régions rurales et encore plus dans des régions rurales éloignées, vous ne pouvez pas construire une unité de soins personnels de huit ou de 15 lits. Vous risquez alors de vous retrouver dans une situation où un grand nombre de clients occupant les lits de soins personnels sont atteints de démence grave. Les autres ne voudront pas se retrouver dans cet environnement, parce qu'ils ne voudront pas être en présence de ces gens qui — et je pense que c'est l'une d'entre vous qui en a parlé — sont anormaux. Les autres patients, eux, sont encore normaux et ne veulent pas se retrouver aux côtés de personnes qu'ils jugent anormales.

Le manoir Northwood, qui est le centre dont le sénateur Mercer a parlé, a sept ou huit étages. Certains de ces étages sont réservés à des patients atteints d'Alzheimer ou de démence, et il y a d'autres étages pour patients que nous appellerons normaux. Dès lors, si vous n'avez que quelques lits et que, le temps aidant, la démence et l'Alzheimer deviendront éventuellement de véritables problèmes, vous risquez de vous retrouver dans une situation très difficile. C'est particulièrement le cas en présence

population that, instead of the average age being 82 or 83, the average age perhaps becomes 85 or 86. We know that dementia levels start increasing very rapidly over that particular point in time. What would you comment on that?

Ms Nilsson-Barkman: I guess when we were looking at this model for the Rural Municipality of Piney, we knew that we had to create some critical mass. We needed to have things that would build on each other, because standing alone, a 12-bed personal care home is not viable. You need a 20-bed unit, to staff it properly so that it is financially sound. We thought if we could take out eight of those beds and make a special unit that can swing either way, we could remove it from the area where the personal care home part is, where the people that would have more dementia, or have more difficulty with dementia would be, and we would have this swing unit in the middle. Then those people could perhaps participate in some activities with the more normal ones on the other side, and wrap that around with the services that the primary health care centre offers. It is not an ideal situation. There still is some of that element of normality. But to make a viable product, we felt that we needed all of those components and that we would try to divide them appropriately.

Ms Nickel: I think that some of it has to do with your sense of community as well. These people are from that area. We accept panelled residents from basically all over South Eastman. Some people want to come to Steinbach, for example because their children live in Steinbach. Now there would be some that I can see that would want to stay in Piney, that want to stay in Vita, because their children are there.

Mind you, if they go into that setting and are normal, they are with their neighbour that they were neighbours with 20 years ago, who they probably had to help 10 years ago, and now they themselves are in a situation where they need services. Some people may not want to be in with somebody who is not as able as they are. However, I think they are looking at how they can help in that situation, or what they can provide for somebody else in that situation. Because of that sense of community, I think people are very forgiving in that situation.

So I see it both ways. I see it as a hindrance in a sense. Rest Haven is two separate floors, but we are not separated by any kind of dementia or non dementia. You see it very often, that they form a very close bond with who they are living with, and act appropriately. They can steer this person away from the door if they have to. They can help give this person their spoon if they need to. It becomes a very close knit home.

The Chair: I noticed when I was talking about living at risk, Ms. Porter, you were nodding your head. Would you like to make a contribution?

Pat Porter, President, Steinbach 55 Plus: Well, I think as you get older, yes, you probably do choose to live at risk. For example, I have lived in my own home for 32 years. I am not at

d'une population qui, plutôt que d'être âgée en moyenne de 82 ou 83 ans, aura 85 ou 86 ans. Nous savons que l'incidence de la démence augmente très rapidement à partir d'un certain moment. Qu'en pensez-vous?

Mme Nilsson-Barkman : Quand nous avons examiné ce modèle pour la municipalité rurale de Piney, nous savions qu'il fallait parvenir à une masse critique. Il nous fallait procéder par étapes parce qu'en soi, un foyer de soins personnels de 12 lits n'est pas viable. Il faut parvenir à une unité de 20 lits, pour avoir un personnel suffisant et une situation financière saine. Nous nous étions dit que nous pourrions réserver huit de ces lits à une unité spéciale de type polyvalent afin d'accueillir, plutôt que des patients du foyer de soins personnels, des personnes souffrant de démence à des degrés divers. Ces personnes pourraient participer à des activités communes avec les patients dits normaux et faire l'objet de services normalement offerts par le centre des soins de santé primaires. Ce n'est pas une situation idéale, mais au moins on assure une certaine normalité. Nous nous étions dit que pour parvenir à un centre économiquement viable, il nous fallait miser sur tous ces éléments et essayer d'en répartir correctement l'utilisation.

Mme Nickel : Je pense que tout cela dépend en partie du sens d'appartenance à la communauté. Les gens dont nous parlons viennent d'une région. Nous acceptons des résidents qui viennent de tous les coins de South Eastman. Certains veulent venir à Steinbach parce que leurs enfants y vivent. Et puis, il y a ceux qui préfèrent rester à Piney ou à Vita également parce que leurs enfants sont là-bas.

D'un autre côté, les aînés qui ne sont pas gravement malades et qui sont admis dans ce genre d'établissement se retrouvent aux côtés de leurs voisins de 20 ans, qu'ils ont probablement aidés il y a dix ans de cela, tandis qu'eux-mêmes ont maintenant besoin de services. Il y en a qui ne veulent pas être logés à la même enseigne que des personnes qu'ils ne jugent pas en aussi bonne santé qu'eux. Il demeure que, quant à moi, ils chercheront alors à être utiles dans ce genre de situation ou à voir comment ils pourront donner un coup de main à ceux qui en ont besoin. C'est ce sens de la communauté qui fait que les gens sont très indulgents.

Les deux cas de figure sont donc possibles. En un sens, je vois une gêne dans tout cela. Rest Haven compte deux étages mais qui ne sont pas séparés entre personnes démentes et personnes non démentes. Très souvent, les deux groupes de patients créent des liens étroits entre eux, parce qu'ils vivent les uns sur les autres et qu'ils agissent en conséquence. Au besoin, on en voit certains qui dirigent le patient dément vers la porte. Ils peuvent aider la personne à se nourrir si nécessaire. On aboutit à une minisociété tricotée serrée.

La présidente : Quand j'ai parlé de courir des risques, je vous ai vu faire un signe de la tête, madame Porter, vouliez-vous intervenir?

Pat Porter, présidente, Steinbach 55 Plus : Je pense qu'en vieillissant on accepte sans doute de prendre des risques. Personnellement, cela fait 32 ans que j'habite ma maison. Je ne

risk yet, but you do not know when the time comes. Whether I will choose to stay there on my own or not, that is another question. Of course, home care would be available in Steinbach.

Senator Chaput: Madam Chair, I do not have any questions because Senator Mercer has stolen them all. As he was asking his questions, I had to strike down my notes. I have really enjoyed all your presentations and what you have told us today. Many things we have been told before, maybe in other ways, but there is a link, and the challenges that you are going through here are challenges that we are going through, I believe, across Canada.

Senator Cordy: We are still going to Vancouver and to Victoria, but we have been to the East Coast, Central Canada and now to what is really Central Canada, not Ontario. We are hearing the same types of things that we have heard when we had sittings in Ottawa, and when we travelled part way across the country.

I would like to go back to the transportation issue again, because we have really, or I certainly have struggled with this. What is the solution? We have talked about giving bus passes to seniors, which works in an urban area, and it works for seniors who are not handicapped. Somebody referred today to the tax benefit if you buy a bus pass and it is the same thing: that works if you make enough money to pay taxes, if you live in an urban area, and if you do not have a disability and you can use public transit. That really is for the use of very few seniors. But the challenges start to come in rural areas.

I am from Nova Scotia, so we have got Halifax, which is a city, and we have got Sydney and Cape Breton, the industrial area, which is a city, but it is very much a rural province. The challenges are there: you are read the paper every so often and you find that the bus from Halifax to Yarmouth is being cancelled, or the bus that went from Halifax to the Annapolis Valley is being cancelled. The challenge might be that the bus goes at 8 o'clock in the morning from Windsor to Halifax but does not return until the next day. So you have got a hotel bill. I know we have banded it about even this afternoon.

What solutions do you have that we could recommend? Because what we would like to do is make recommendations in our paper and our report. It is a challenge to find something that is workable for the majority. I am not sure that you can find the one size fits all, because we have talked about urban versus rural. We have talked about volunteers, they are diminishing because we have got seniors helping seniors, with the cost of gas. These are all challenges that we are looking at. You have the solution?

Ms Krentz: I do not have the solution, but many, many dreams.

pense pas encore courir de risques, mais qui sait quand le temps viendra. Reste à savoir si je déciderai à un moment donné de continuer à vivre seule. Évidemment, je pourrais toujours faire appel aux services de soins à domicile qui sont offerts à Steinbach.

Le sénateur Chaput : Madame la présidente, je n'ai pas de questions à poser, parce que le sénateur Mercer me les a toutes volées. Pendant qu'il posait ses questions, j'ai eu l'occasion de jeter un coup d'œil sur mes notes. J'ai beaucoup apprécié vos exposés et ce que vous nous avez dit. Il y a bien des choses dont on nous a parlé auparavant, de façons différentes, mais je vois un lien dans tout cela et les défis auxquels vous êtes confrontés sont précisément ceux auxquels nous nous heurtons partout au Canada.

Le sénateur Cordy : Nous devons encore nous rendre à Vancouver et à Victoria, mais nous avons sillonné la côte Est, le centre du pays et nous sommes maintenant dans le véritable Canada central, qui n'est pas l'Ontario. À la faveur de nos déplacements un peu partout, nous avons entendu exactement les mêmes choses qu'à Ottawa.

Permettez-moi de revenir sur la question des transports parce que nous avons, et je devrais plutôt dire j'ai, un véritable problème sur ce plan. Quelle est la solution? Nous avons envisagé de faire remettre des laissez-passer d'autobus aux aînés qui travaillent dans les régions urbaines, mais cela fonctionne pour ceux qui ne sont pas handicapés. Tout à l'heure, quelqu'un a émis l'idée d'un avantage fiscal pour l'achat de laissez-passer d'autobus, solution qui fonctionne si l'on fait suffisamment pour payer des impôts, si l'on vit dans une région urbaine, si l'on n'a pas de handicaps et si l'on peut emprunter les transports en commun. Autrement dit, cela ne concerne qu'un nombre limité d'aînés. Les véritables problèmes se posent dans les régions rurales.

Je viens de Nouvelle-Écosse, qui est une province essentiellement rurale si l'on excepte Halifax, Sydney et Cap-Breton, dans la région industrielle. Il suffit de lire les journaux de temps en temps pour se rendre compte de l'ampleur des problèmes : tel autocar de Halifax à Yarmouth ou Annapolis Valley a été annulé. Le problème peut également tenir au fait que l'autocar part à 8 heures du matin de Windsor pour aller à Halifax mais que le retour n'est assuré que le lendemain. Vous n'avez alors d'autre choix que de prendre un hôtel. Je sais que nous en avons un peu parlé, même cet après-midi.

Quelles solutions pourriez-vous nous recommander? Nous souhaiterions en effet faire des recommandations dans notre document et dans notre rapport. Il est très difficile de trouver une solution qui convienne à la majorité. Je ne sais pas si vous parviendrez à en trouver une qui soit universelle, étant donné qu'il a été question de la différence entre régions rurales et régions urbaines. Nous savons également que, comme ce sont des aînés qui en aident d'autres, le nombre de bénévoles diminue à cause des prix du carburant. Voilà tous les défis auxquels nous songeons. Avez-vous la solution?

Mme Krentz : Je n'ai pas de solution à proposer, mais énormément de rêves.

In the South Eastman community health assessment, they really looked at many, many aspects that they addressed, and one of them was transportation. And when you look at their children taking people, as Ms Nickel was saying, because there are no alternatives, it also impacts the economy of this area.

In the Regional Municipality of Hanover, again, our economy, or the income that people have, is below the provincial average. When you look at people taking time off work, a lot of the people that work, say at Loewen Windows, do not have a paid day off just because you are ill or you are taking somebody ill to go to the hospital. The cost of transportation becomes huge, but it also impacts on the person who has to take time off.

I live between Steinbach and Grunthal. Grunthal is a small community, as I mentioned before. In Grunthal, the community spirit is incredible. The relationship there, the community coming together, it is very faith based, and the church plays a huge role in the cohesiveness of the community. therefore, there is a lot of community spirit and support that way. We do have a handi-van, that is it, there is nothing else. Unless you need the handi-van or you need an ambulance, there is no alternative to than friends, family, volunteers. The community spirit is there, so that comes forward and that supports people, but there is no alternative. If you want a taxi, you have to get a taxi from Steinbach. It is 27 kilometres one way.

Ms Nickel: We have nothing; we have a horse.

Ms Krentz: So I dream a lot, but I have no solutions.

Ms Nilsson-Barkman: Grey Goose Bus Lines.

Ms. Nickel: No, there is no bus line out to Vita, and that is actually how the hospital used to get their blood services, and now we have to have volunteers to get the blood, if we need blood for that area.

I like Ms Nilsson-Barkman's small van idea. I think that is something retrofitted so you can access wheelchairs. We have a neighbour that my husband actually has just refused to take to the hospital because he is 300 pounds and my husband cannot help him in the vehicle anymore. So it is the handi-van. And for the Vita handi-van to come pick him up just to take him to Vita Hospital was going to cost around \$80, and they just cannot afford something like that in this area.

A small van, of course, would be a little bit more economical. Because the thing is, there is not the volume. I know at Rest Haven we have our own handi-van, but it is not viable. We actually support Steinbach handi-van as much as we can, because it is actually cheaper for us to send our residents with Steinbach handi-van than it is to use our own handi-van.

In town, the handi-vans are there, but for the rural area, it is basically volunteer. Some alternative needs to be arranged because more people from my generation are working long distances. You cannot drive away, you know, and decide to come

Il a été question de bien des choses dans l'évaluation de la santé à South Eastman, notamment du transport. Le fait que les enfants transportent leurs parents âgés, comme Mme Nickel le disait, parce qu'il n'y a pas d'autres services, a une répercussion sur l'économie de la région.

Le revenu de la population de la municipalité régionale de Hanover est inférieur à la moyenne provinciale. Beaucoup de ceux qui doivent prendre des jours de congé au travail, par exemple à Loewen Windows, que ce soit pour se soigner eux-mêmes ou pour transporter un malade à l'hôpital, ne sont pas rémunérés. Les coûts du transport sont énormes et c'est la personne qui doit s'absenter du travail qui en subit les conséquences.

Je réside entre Steinbach et Grunthal. Comme je le disais tout à l'heure, Grunthal est une petite agglomération où règne un merveilleux sens de la communauté. On y constate une véritable cohésion due aux relations entre les gens, au sens d'appartenance qui repose sur la croyance religieuse, puisque l'église joue un rôle très important au sein de la collectivité. Il existe donc, à Grunthal, un grand sens de la communauté et la notion de services aux autres. Nous avons un « handi-van » et rien de plus. Ainsi, à moins d'appeler le handi-van ou l'ambulance, il n'y a pas d'autre solution si ce n'est les amis, les membres de la famille et les bénévoles. Il n'y a pas d'autre solution, si ce n'est le fait qu'on peut compter sur le soutien des autres grâce à cet esprit communautaire. Si vous voulez un taxi, vous devez le faire venir de Steinbach, à 27 kilomètres de là.

Mme Nickel : Nous n'avons rien, si ce n'est un cheval.

Mme Krentz : Eh bien moi, je rêve beaucoup, mais je n'ai pas de solutions.

Mme Nilsson-Barkman : Les autocars Grey Goose.

Mme Nickel : Non, il n'y a pas d'autocars qui desservent Vita. Avant, c'est ainsi que l'hôpital faisait transporter les analyses de laboratoire, mais de nos jours, il faut recourir à des bénévoles pour toute analyse dans la région.

J'aime beaucoup l'idée du minibus de Mme Nilsson-Barkman. Il pourrait s'agir d'un véhicule modifié pour embarquer des chaises roulantes. Mon mari vient tout juste de refuser à notre voisin de le transporter à l'hôpital, parce que celui-ci pèse 300 livres et que mon époux n'est plus capable de l'aider à monter et à descendre. Il n'y a donc plus d'autre solution que le « handi-van ». Toutefois, pour que le « handi-van » vienne le prendre pour aller à l'Hôpital Vita, il lui faut verser 80 \$, ce qui devient inabordable dans notre région.

Il est certain qu'un minibus serait beaucoup plus économique, parce que le volume n'est pas là. Nous avons bien notre handi-van à Rest Haven, mais la solution n'est pas viable. Nous recourons plutôt au « handi-van » de Steinbach dans toute la mesure du possible, parce qu'il nous en coûte moins cher de transporter nos résidents à bord du « handi-van » de Steinbach que d'utiliser le nôtre.

En ville, il y a les handi-vans, mais dans les régions rurales, il faut en grande partie faire appel à des bénévoles. Il va falloir trouver d'autres solutions parce que de plus en plus de gens de ma génération travaillent loin de chez eux. On ne peut pas aller

home and take people. I know that I take a lot of my neighbours to a lot of places, but I cannot do it alone, and neither can all the volunteers that are there.

Senator Cordy: And the challenge is with children too. In Nova Scotia, the rural areas, many of the young people are moving to Halifax or moving to Alberta. Family members in years gone by would have picked up a lot of this, but that is just not necessarily the case.

I am interested too in Steinbach 55 and the Club de l'Amitié, and we have heard and you sort of know it. People who were involved in the community when they were younger are likely going to be the people who are involved in the community as volunteers when they get to be senior citizens. In the same way, people who were active when they were younger are going to be the people who go to the friendship centres, or go to, in Halifax I think it was called Club 55 rather than Steinbach 55 Plus.

Do you have any type of an outreach program? Because certainly we have heard about isolation with seniors. For some of the reasons that I have mentioned earlier, families are not living in the area anymore, and we can have isolation in the city. Particularly in rural areas, if family members are not around, how do you reach out to seniors so that they become active within the community?

Ms Nickel: In the southeast, there are a number of different little, I guess they are not official senior centres, but they are groups, like the town hall where they have bingo on a certain night or things like that. They provide their own little support. I know Tolstoy has, Roseau River has, little towns like that have. I do not know if there are more areas like that. I know Piney has a bit of an active area where they make moccasins in the winter time, crafts groups, things like that in the Sprague area.

Ms White: Most of the senior clubs in South Eastman region belong to Eastman Senior Citizens Council, and there is a small fee of \$20 a year that you pay. They provide some collective events where people can get together and enjoy each other's company, but also receive information and network between the clubs.

The clubs are a little different in that they usually have a board or a committee, whereas the senior centre has staff and is governed by a board. Our board of directors is a 12-member board. And we are responsible as a board to the membership and to the Regional Health Authority, to make sure that the funds we get are being used to provide the services that they are purchasing from us.

For advertising, we choose to use the local newspaper, so that there is always information about programs and activities, and to make a place welcoming. One of the ways that many people choose to get involved, even at the senior centre, is through volunteerism. If they are new to the community and they know that they can come in and contribute something, and then they become involved, and as they move along as they need services, they would be very familiar with the steps that are there. We sort

travailler, puis décider de rentrer à la maison pour prendre quelqu'un en charge. Personnellement, je transporte beaucoup de mes voisins en différents endroits, mais je ne peux pas faire tout cela toute seule, pas plus que tous les bénévoles d'ailleurs.

Le sénateur Cordy : Et puis, il y a les problèmes associés aux enfants. En Nouvelle-Écosse, beaucoup de jeunes résidant dans les régions rurales vont à Halifax ou en Alberta. Il y a bien des années, ce sont des membres de la famille qui se seraient principalement occupés de leurs aînés, mais ce n'est plus forcément le cas.

Moi aussi, je suis intéressée à Steinbach 55 et au Club de l'Amitié. Il y a de fortes chances que ceux et celles qui font du bénévolat dans leur jeunesse continuent de faire la même chose au troisième âge. C'est la même chose pour les jeunes qui fréquentent les centres d'amitié ou, à Halifax, le Club 55, un peu comme Steinbach 55 Plus.

Administrez-vous un programme d'extension des services? Il a été question d'isolement des aînés. Pour certaines raisons que j'ai mentionnées plus tôt, les familles ne se trouvent plus dans leur région d'origine et même dans les villes les aînés peuvent être isolés. Dans les régions rurales, quand la famille n'est plus présente, comment faites-vous pour atteindre les aînés afin qu'ils deviennent actifs au sein de la collectivité?

Mme Nickel : Dans le sud-est, il existe différents petits centres pour aînés; ils ne sont pas officiels, mais sont autant de groupements qui organisent des activités semblables à celles de salles communautaires qui tiennent des bingos certains soirs. Ils offrent un service de soutien à leur mesure. C'est le cas de Tolstoy, de Roseau River et d'autres petites agglomérations semblables. Je ne sais pas s'il y a d'autres coins comme cela. Je sais que Piney organise des ateliers de fabrication de mocassins l'hiver et qu'il y a des classes d'artisanat dans la région de Sprague.

Mme White : La plupart des clubs d'aînés de la région de South Eastman appartiennent au Conseil des aînés d'Eastman et il faut verser un droit d'adhésion de 20 \$ par an pour y participer. Ces clubs organisent des événements sociaux qui permettent aux gens de se regrouper, mais aussi d'être informés et de nouer des liens avec les autres clubs.

Les clubs sont un peu différents parce qu'ils sont chapeautés par un conseil ou par un comité, tandis que le centre d'aînés peut compter sur un personnel et qu'il est régi par un conseil d'administration. Le nôtre, qui compte 12 membres, est responsable envers les membres et envers l'office régional de la santé relativement à la bonne utilisation des fonds en fonction des services achetés.

Nous faisons notre publicité dans le quotidien local afin que tout le monde soit toujours au courant des programmes et des activités et que notre centre soit un lieu d'accueil. Beaucoup de gens décident de participer en faisant du bénévolat, même au centre des aînés. Les nouveaux arrivants dans la collectivité savent qu'ils sont les bienvenus et qu'ils peuvent apporter une contribution. Puis, au fur et à mesure qu'ils ont besoin de services, ils découvrent les différentes étapes à franchir. Nous nous

of see ourselves as one stop shopping for a senior while they are living in the community. When they are healthy, they can choose to volunteer, participate in healthy active living. We have a computer lab, so volunteers are in there to help people learn the computer. Then we have fitness classes, Tai Chi, mall walking activities. We just had a long-term care workshop at the centre last week that was open to the community and many people came out and attended.

We try to offer all of those, and hope that people will become involved and will become informed. The local newspaper is gracious to us in that they allow us to have a column and we can advertise these things. Our local radio station does their part in giving us promotion and advertising, often at no cost, or minimum cost. That is how we hope to create awareness.

Our community resource coordinator does have a friendly visiting program, and family members can call for mom and dad and say, you know, mom and dad are lonely, or dad is lonely and would love to have someone come and see them. Our resource coordinator then matches them up with someone who has volunteered to do friendly visiting. For the friendly visitor, a volunteer application is put in place, there is a confidentiality check done, there is a police check done to ensure they are suitable to go into seniors' homes and will not have any issues there. So that is one that is popular.

She also has the transportation program which is used very much but, like the rest of them, is not always adequate. It becomes a particular issue when people become less mobile. It is one thing, even when they call the handi-van, the handi-van priority is for medical care and medical issues. If you are in a wheelchair and you want to go shopping, you may not be able to go shopping because the handi-van's first priority is health and medical. Those kinds of things come on the second level of importance. That is an issue as well. I do not know if that answers your question.

Senator Cordy: Yes.

The Chair: It has been a dilemma, I think, for a number of years, particularly in Manitoba. I mean, 65 per cent of our people live in the City of Winnipeg, so Winnipeg has always sucked up a certain number of services, because there is the sense of we deserve, we have the majority of people that just live in this one urban centre. Has anybody ever given serious discussion, in any of the health regions, to the idea that transportation from communities like this should be free to Winnipeg?

Ms Nickel: Not that I have heard.

Ms Krentz: There has actually been one change in relation to ambulance services, and that happened very recently. I believe it was like just over a year ago in the fall. I used to work at Bethesda Hospital emergency room. So let us say you came in, you had a motor vehicle accident and we sent you to Winnipeg, and you stayed there, you were admitted there, because we cannot offer

considérons comme un guichet unique pour les aînés résidant dans notre collectivité. Ceux qui sont en bonne santé peuvent décider de faire du bénévolat, de mener une vie saine et active. Nous avons un laboratoire informatique où les bénévoles peuvent venir aider les autres à découvrir les secrets de l'ordinateur. Nous donnons également des classes de conditionnement physique, de tai chi et de marche en centre commercial abri. La semaine dernière, nous avons tenu un atelier sur les soins de longue durée, atelier qui s'adressait à tout le monde et auquel bien des gens ont participé.

Nous essayons d'offrir tous ces services en espérant que les gens participeront et s'informeront. Nous pouvons publier gratuitement dans le journal local et nous y avons une rubrique dans laquelle nous pouvons annoncer tout ce que nous faisons. Même la station radio locale fait sa part en nous donnant du temps d'antenne pour nos promotions, très souvent moyennant un coût minime ou nul. C'est ainsi que nous espérons parvenir à sensibiliser la population.

Notre coordonnatrice des services communautaires fait des visites amicales et les enfants d'aînés peuvent nous appeler pour nous dire que leur mère ou leur père vit seul et qu'il serait bien que quelqu'un lui rende visite. Notre coordonnateur des recherches les met alors en correspondance avec un bénévole qui effectue ce genre de visite amicale. Dans le cas de ces bénévoles, nous effectuons une vérification de confidentialité et la police fait également un contrôle pour s'assurer qu'il n'y aura pas de problèmes à permettre à ces visiteurs de pénétrer dans les foyers de personnes âgées. Ce genre de programme est également très couru.

Notre coordonnatrice s'occupe aussi du programme de transport qui est beaucoup sollicité mais qui, comme les autres programmes d'ailleurs, n'est pas toujours adéquat. Le problème se pose tout particulièrement dans le cas des personnes à mobilité réduite. Le « handi-van » est utilisé prioritairement pour des demandes de transport associé à des soins médicaux. La personne en chaise roulante qui veut aller faire ses achats n'est donc pas prioritaire. Tout ce qui n'est pas services médicaux et de santé passe en deuxième place. Le transport pose aussi un problème à cause de cela. Je n'ai pas de réponses à vos questions.

Le sénateur Cordy : Bien.

La présidente : C'est un véritable problème depuis bien des années, surtout au Manitoba. Ce que je veux dire, c'est que 65 p. 100 de la population de la province se trouve à Winnipeg qui a toujours absorbé la plus grande part des services, ce qui est normal en un sens étant donné qu'une majorité de Manitobains vivent dans ce centre urbain. A-t-il déjà été question, dans les régions de la santé, d'offrir un service de transport gratuit des collectivités environnantes à Winnipeg?

Mme Nickel : Pas à ce que je sache.

Mme Krentz : En fait, nous venons tout juste d'apporter un changement au service d'ambulance. Si je ne m'abuse, c'était il y a un peu plus d'un an, à l'automne. À ce moment-là, je travaillais à la salle d'urgence de l'Hôpital Bethesda. Avant, un accidenté de la route à Steinbach était transporté par ambulance jusqu'à l'Hôpital de Winnipeg, parce qu'il n'y a pas de services en

you the services here in Steinbach. If you stayed in Winnipeg at the Health Sciences or St. Boniface, the patient actually got charged for the ambulance service.

Now, in the same scenario, if we send you to Winnipeg for a CT scan and you came back to Bethesda, it was absorbed by the hospital. Now, that changed just recently. That has been changed, through Manitoba Health for transportation by ambulance. So now when it is medically necessary, irrespective whether you come back or not, and it is signed off by a physician, it is no cost to the person. That is a huge saving. Because people used to end up with all sorts of extra billing. You have just been traumatized because you have been in a motor vehicle accident, we cannot provide you with the services and then you get the bill, because we cannot provide you with the services here, locally. That to me was huge. Manitoba Health has responded accordingly.

From a personal care home perspective, Manitoba Health is responding to the need of attracting professional people to personal care homes in relation to nursing services, especially. They put more money in that basket. We have just gone through all these processes here regionally, where we put forth what our nursing hours should be. The goal is to provide 3.6 hours of direct care for each resident in a personal care home. It is making it more attractive. Because until now, the stigma about work in a personal care home was that you were no longer a real nurse, or you were not as glamorous. I mean you work in a personal care home, you are at the end of your career. There is less stigma attached to where you work and so on. So there is a little bit of progress in relation to that. As far as people in the community, that is still a challenge.

The Chair: The issue is clear. I mean, we all know that the vast majority of medical specialists are in fact located in Winnipeg. I mean, they are not, even with the greatest respect to Steinbach, they are not for the most part located in Steinbach, and they are not located in Ste. Anne, and they are not located in La Broquerie, they are located in Winnipeg. Winnipeggers never give two thoughts to this. They get on the bus or perhaps they take a cab, or they do whatever, and they go to see the specialist, they get back in the cab, they get back on the bus, they get back in their own personal vehicle, and they go back home. But it has never been that for people who live in remote areas.

Ms Nilsson-Barkman: I do not think people mind paying something, because they choose to live here and they know that. It is the amount they are having to pay. It is just unreal to think that you will pay \$120 if you have to take a handi-van from Steinbach to Winnipeg kind of thing.

Ms Krentz: So what is your suggestion? How do we go about lobbying our government?

The Chair: I want to thank all of you very much for your presentations this afternoon. It was very helpful to hear from all of you, because you are experiencing it. Now this is why we are

région. Le patient était alors facturé pour ce transport au Centre des sciences de la santé ou à l'Hôpital Saint-Boniface de Winnipeg.

Les frais de transport d'un résidant de Bethesda qui devait aller passer un tomodensitogramme à Winnipeg étaient absorbés par l'hôpital. Santé Manitoba a récemment changé tout cela dans le cas du transport par ambulance. Désormais, en cas de nécessité médicale, peu importe qu'il y ait voyage retour ou pas, si le transport est autorisé par un médecin, il n'en coûte rien au patient. L'économie est considérable. Avant, les gens devaient payer toutes sortes de frais supplémentaires. Le blessé de la route était traumatisé à cause de son accident et, en plus, on ne pouvait pas lui offrir les services nécessaires sans qu'il soit tenu de payer, étant donné qu'aucun service du genre n'était offert sur place. C'était catastrophique en ce qui me concerne et Santé Manitoba a réagi comme il se devait.

En ce qui concerne les foyers de soins personnels, Santé Manitoba cherche à attirer des professionnels dans les foyers de soins personnels, surtout dans le domaine des soins infirmiers. Le ministère a débloqué des budgets supplémentaires pour cela. Dans la région, nous venons d'établir le nombre d'heures de soins infirmiers dont nous aurions besoin. Nous visons à offrir 3,6 heures de soins directs à chaque résidant de foyer de soins personnels, ce qui rend ce genre de poste plus attrayant. En effet, jusqu'à présent, un stigmate était attaché au travail en foyer de soins personnels, soit qu'on n'était plus un infirmier ou une infirmière véritable et que ce type de poste n'était pas particulièrement prestigieux. Avant, c'est uniquement en fin de carrière qu'on se retrouvait dans un foyer de soins personnels. Désormais, le stigmate est moindre. Dès lors, la situation a un peu évolué sur ce plan, mais pour ce qui est des résidants de la collectivité, le défi demeure.

La présidente : Le problème est clair. Ce que je veux dire par là, c'est que nous sommes bien conscients que la plus grande partie des médecins spécialistes se trouvent à Winnipeg. Même si je respecte Steinbach, force est de constater que très peu de spécialistes exercent là-bas, pas plus qu'à Sainte-Anne ou à La Broquerie. Les Winnipegois, eux, n'y pensent jamais. Il leur suffit de prendre un autobus, éventuellement un taxi ou peu importe, et ils aboutissent chez le spécialiste. Ils en sortent, reprennent un taxi, l'autobus ou leur véhicule personnel et rentrent chez eux. Ça n'a jamais été le cas de ceux et de celles qui résident en régions éloignées.

Mme Nilsson-Barkman : Je ne pense pas que les gens soient dérangés par l'idée d'avoir à payer quelque chose, parce qu'ils ont décidé de vivre ici et qu'ils connaissent les règles du jeu. C'est plutôt la somme qu'ils ont à déboursier qui les dérange. Il est absolument incroyable de penser qu'il faut verser 120 \$ pour emprunter un « handi-van » qui va vous conduire de Steinbach à Winnipeg.

Mme Krentz : Que suggérez-vous donc? Comment s'y prendre pour faire pression sur le gouvernement?

La présidente : Je tiens à vous remercier beaucoup pour vos exposés. Vous nous avez beaucoup aidés parce que vous avez toutes une grande expérience du domaine. C'est d'ailleurs pour

travelling. We have heard much of this evidence in Ottawa, but it is by people who have read or researched or done the digging, but they have not lived it. What we have heard from you this afternoon is you are experiencing it on a day-to-day basis, and that makes it very helpful. And we thank you very much.

The committee adjourned.

cela que notre comité se déplace. Nous avons recueilli beaucoup de témoignages à Ottawa, mais il s'agissait de témoins ayant une connaissance livresque et non pratique de ce dossier. Cet après-midi, vous nous avez dit que vous vivez tout cela au quotidien, ce qui rend vos témoignages d'autant plus utiles. Nous vous en remercions beaucoup.

La séance est levée.

Monday, June 2, 2008 (afternoon session)

Health Canada:

Jim Wolfe, Regional Director, Manitoba.

Aboriginal Seniors Resource Centre (Winnipeg):

Thelma Meade, Executive Director.

Indian & Metis Friendship Centre of Winnipeg:

Dennis Sinclair, Program Manager.

Menno Home for the Aged:

Maria Krentz, Acting Administrator.

Steinbach 55 Plus.

Pat Porter, President;

Dianna White, Executive Director.

Club de l'Amitié:

Paulette Sabot, Treasurer.

Rest Haven Nursing Home:

Tannis Nickel, Director, Nursing Services.

South Eastman Health:

Sylvia Nilsson-Barkman, Services to Seniors Program Specialist.

Le lundi 2 juin (séance de l'après-midi)

Santé Canada :

Jim Wolfe, directeur régional, Manitoba.

Centre de services aux aînés autochtones de Winnipeg :

Thelma Meade, directrice générale.

Centre d'amitié indien et métis de Winnipeg :

Dennis Sinclair, gestionnaire de programme.

Menno Home for the Aged :

Maris Krentz, administratrice intérimaire.

Steinbach 55 Plus :

Pat Porter, présidente;

Dianna White, directrice générale.

Club de l'Amitié :

Paulette Sabot, trésorière.

Rest Haven Nursing Home :

Tannis Nickel, directrice, Services infirmiers.

Santé Sud-Est Inc. :

Sylvia Nilsson-Barkman, spécialiste de programme en services aux aînés.



If undelivered, return COVER ONLY to:

Public Works and Government Services Canada –
Publishing and Depository Services
Ottawa, Ontario K1A 0S5

*En cas de non-livraison,
retourner cette COUVERTURE SEULEMENT à:*

Travaux publics et Services gouvernementaux Canada –
Les Éditions et Services de dépôt
Ottawa (Ontario) K1A 0S5

WITNESSES

Monday, June 2, 2008 (morning session)

Villa Youville:

Jean Balcaen, President.

South Eastman Health:

Aurèle Boisvert, President.

Centre Taché and Foyer Valade:

Charles Gagné, Director General.

Conseil communauté en santé du Manitoba:

Annie Bédard, Executive Director.

Fédération des aînés franco-manitobains Inc.:

Thérèse Dorge, President;

Gérald Curé, Director General.

As individuals:

Dr. Gérald Gobeil;

Louis Bernardin.

(Continued on previous page)

TÉMOINS

Le lundi 2 juin 2008 (séance du matin)

Villa Youville :

Jean Balcaen, président.

Santé Sud-Est Inc. :

Aurèle Boisvert, président.

Centre Taché et Foyer Valade :

Charles Gagné, directeur général.

Conseil communauté en santé du Manitoba :

Annie Bédard, directrice générale.

Fédération des aînés franco-manitobains Inc. :

Thérèse Dorge, présidente;

Gérald Curé, directeur général.

À titre personnel :

Dr Gérald Gobeil;

Louis Bernardin.

(Suite à la page précédente)