



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.

---

Thursday, June 5, 2008

---

**Issue No. 13**

**Twenty-fifth and twentieth-sixth 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 jeudi 5 juin 2008

---

**Fascicule n° 13**

**Vingt-cinquième et vingt-sixième 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**

VICTORIA, BRITISH COLUMBIA, Thursday, June 5, 2008  
(26)

[*English*]

The Special Senate Committee on Aging met this day at 9 a.m., in the Oak Bay room, Victoria Conference Centre, the chair, the Honourable Sharon Carstairs, P.C., presiding.

*Members of the committee present:* The Honourable Senators Carstairs, P.C., Cordy and Mercer (3).

*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:**

*Council of Senior Citizens' Organizations of British Columbia:*

Gudrun Langolf, Director.

*B.C. Retired Teachers' Association:*

Cliff Boldt, Director;

Reg Miller, Member of the Advocacy Committee.

*Family Caregivers' Network Society:*

Barbara MacLean, Executive Director.

*BC Seniors Living Association:*

Seona Stephen, Vice President.

*Vancouver Island Health Authority:*

Dr. Michael Cooper, Division Head of Geriatric Psychiatry;

Dr. Marianne McLennan, Director, Seniors, End of Life and Spiritual Health.

*Saanich Peninsula Health Association:*

Lyne England, Chair.

The chair made a statement.

Ms. Langolf and Mr. Boldt each made a presentation and, together with Mr. Miller, answered questions.

At 10:29 a.m., the committee suspended.

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

The chair made a statement.

**PROCÈS-VERBAUX**

VICTORIA, COLOMBIE-BRITANNIQUE, le jeudi 5 juin 2008  
(26)

[*Traduction*]

Le Comité sénatorial spécial sur le vieillissement se réunit aujourd'hui, à 9 heures, dans la salle Oak Bay du Victoria Conference Centre, sous la présidence de l'honorable Sharon Carstairs, C.P. (*présidente*).

*Membres du comité présents :* Les honorables sénateurs Carstairs, C.P., Cordy et Mercer (3).

*Également présentes :* Julie Cool et Karin Phillips, analystes, Service d'information et de recherche parlementaires, Bibliothèque du Parlement.

*Aussi présents :* Les sténographes officiels du Sénat.

Conformément à l'ordre de renvoi adopté par le Sénat le jeudi 1<sup>er</sup> novembre 2007, le comité poursuit son étude sur les 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 :**

*Council of Senior Citizen's Organizations of British Columbia :*

Gudrun Langolf, directrice.

*B.C. Retired Teachers' Association :*

Cliff Boldt, directeur;

Reg Miller, membre du comité de parrainage.

*Family Caregivers' Network Society :*

Barbara MacLean, directrice générale.

*BC Seniors Living Association :*

Seona Stephen, vice-présidente.

*Autorité sanitaire de l'île de Vancouver :*

Dr Michael Cooper, chef de division de la psychiatrie gériatrique;

Dr Marianne McLennan, directrice, Aînés, Fin de la vie et santé spirituelle.

*Saanich Peninsula Health Association :*

Lyne England, présidente.

La présidente fait une déclaration.

Mme Langolf et M. Boldt font chacun un exposé puis, aidés de M. Miller, répondent aux questions.

À 10 h 29, le comité suspend ses travaux.

À 10 h 36, le comité reprend ses travaux.

La présidente fait une déclaration.

Ms. MacLean, Ms. Stephen, Dr. McLellan, Dr. Cooper and Ms. England each made a presentation and answered questions.

At 12:02 p.m., the committee adjourned to the call of the chair.

*ATTEST:*

VICTORIA, BRITISH COLUMBIA, Thursday, June 5, 2008  
(27)

[*English*]

The Special Senate Committee on Aging met this day at 1 p.m., in the Oak Bay room, Victoria Conference Centre, the chair, the Honourable Sharon Carstairs, P.C., presiding.

*Members of the committee present:* The Honourable Senators Carstairs, P.C., Cordy and Mercer (3).

*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:*

*As individuals:*

Carol Pickup, South Island Health Coalition;  
Judith Cameron, Executive Director, Fairfield Activity Centre;  
Dale Perkins, Minister, United Church of Canada, Victoria Presbytery;  
Elfreda Schneider;  
Judith Johnson.

*BC Medical Association:*

Dr. Duncan Robertson, Geriatrics and Palliative Care.

The chair made a statement.

Ms. Pickup, Ms. Cameron, Mr. Perkins, Ms. Schneider and Ms. Johnson each made a statement.

At 1:28 p.m., the committee suspended.

At 1:30 p.m., the committee resumed.

The chair made a statement.

Mmes MacLean et Stephen, les Drs McLellan et Cooper, ainsi que Mme England font chacun un exposé puis répondent aux questions.

À 12 h 2, le comité suspend ses travaux jusqu'à nouvelle convocation de la présidence.

*ATTESTÉ :*

VICTORIA, COLOMBIE-BRITANNIQUE, le jeudi 5 juin 2008  
(27)

[*Traduction*]

Le Comité sénatorial spécial sur le vieillissement se réunit aujourd'hui, à 13 heures, dans la salle Oak Bay du Victoria Conference Centre, sous la présidence de l'honorable Sharon Carstairs, C.P. (*présidente*).

*Membres du comité présents :* Les honorables sénateurs Carstairs, C.P., Cordy et Mercer (3).

*Également présentes :* Julie Cool et Karin Phillips, analystes, Service d'information et de recherche parlementaires, Bibliothèque du Parlement.

*Aussi présents :* Les sténographes officiels du Sénat.

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

*TÉMOINS :*

*À titre personnel :*

Carol Pickup, South Island Health Coalition;  
Judith Cameron, directrice générale, Fairfield Activity Centre;  
Dale Perkins, ministre du culte, Église Unie du Canada, presbytère de Victoria;  
Elfreda Schneider;  
Judith Johnson.

*BC Medical Association :*

Dr Duncan Robertson, Gériatrie et soins palliatifs.

La présidente fait une déclaration.

Mmes Pickup et Cameron, M. Perkins, ainsi que Mmes Schneider et Johnson, font chacun une déclaration.

À 13 h 28, la séance est interrompue.

À 13 h 30, la séance reprend.

La présidente fait une déclaration.

Dr. Duncan Robertson made a presentation and answered questions.

At 2:11 p.m., the committee adjourned to the call of the chair.

*ATTEST:*

Le Dr Duncan Robertson fait une déclaration puis répond aux questions.

À 14 h 11, le comité suspend ses travaux jusqu'à nouvelle convocation de la présidence.

*ATTESTÉ :*

*La greffière du comité,*

Keli Hogan

*Clerk of the Committee*

## EVIDENCE

VICTORIA, BRITISH COLUMBIA, Thursday, June 5, 2008

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

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

[*English*]

**The Chair:** Honourable senators, members of the public, welcome to this meeting of the Special Senate Committee on Aging. The committee is examining the implications of an aging society in Canada.

The complex issues related to aging have preoccupied governments for many years. They have become more prominent, however, as the number of seniors grows as a result of both a longer life expectancy and the aging of the baby boom generation. The public programs and services offered to seniors are essential to their well-being, and it is our duty as governments to ensure that there are no gaps in meeting those needs.

We are in Victoria today to hear from interested parties on the impact of an aging society and, more specifically, to hear their views on our second interim report, which was tabled in the Senate on March 11, 2008. The interim report focuses on active aging; older workers, retirement and income security; healthy aging; supports to aging in place of choice; and the regional distribution of health costs associated with aging.

This is the seventh and final stop of our cross-country travels. We look forward to today's testimony, which I am sure will help us to develop a comprehensive set of recommendations for our final report.

While all senators are welcome to recognize the B.C. Retired Teachers' Association, Senator Cordy and I have particular interest since we are both retired teachers.

Our first panel is the Council of Senior Citizens' Organizations of British Columbia, represented by Ms. Gudrun Langolf; and representing the B.C. Retired Teachers' Association, we have Mr. Cliff Boldt and Mr. Reg Miller.

**Gudrun Langolf, Director, Council of Senior Citizens' Organizations of British Columbia:** Thank you for the opportunity to appear before this committee. Unfortunately, Mr. Kube is indisposed and has asked me to stand in for him. Regrettably, his presentation is not available either, so you will have to make do with mine.

## TÉMOIGNAGES

VICTORIA, COLOMBIE-BRITANNIQUE, le jeudi 5 juin 2008

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

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

[*Traduction*]

**La présidente :** Honorables sénateurs, membres du grand public, je vous souhaite la bienvenue à cette rencontre du Comité sénatorial spécial sur le vieillissement. Ce comité est chargé d'examiner les incidences du vieillissement de la société canadienne.

Les enjeux complexes liés au vieillissement préoccupent les gouvernements depuis de nombreuses années. Leur importance a toutefois crû depuis que le nombre d'ainés augmente en raison de l'augmentation de l'espérance de vie et du vieillissement de la génération du baby-boom. Les services et les programmes publics offerts aux aînés sont essentiels à leur bien-être et il est de notre devoir, en tant que membres du gouvernement, de nous assurer que tous leurs besoins sont comblés.

Nous sommes à Victoria aujourd'hui pour entendre des parties qui s'intéressent aux incidences du vieillissement de la société, et plus particulièrement pour connaître leurs points de vue sur notre deuxième rapport provisoire présenté au Sénat le 11 mars 2008. Le rapport provisoire met l'accent sur le vieillissement actif, sur les travailleurs âgés, la retraite et la sécurité du revenu, sur le vieillissement en santé, sur le soutien offert pour permettre aux gens de vieillir à l'endroit de leur choix et sur la répartition régionale des coûts liés aux soins de santé offerts aux aînés.

Il s'agit de notre septième et dernier arrêt dans le cadre de notre voyage dans tout le Canada. Nous avons hâte d'entendre les témoignages d'aujourd'hui qui, j'en suis sûre, nous aideront à formuler une série détaillée de recommandations pour notre rapport final.

Tous les sénateurs sont heureux d'accueillir l'association des enseignants retraités de la Colombie-Britannique, la B.C. Retired Teachers' Association, mais le sénateur Cordy et moi avons un intérêt particulier puisque nous sommes toutes deux des enseignantes à la retraite.

Dans notre premier tour de table, nous entendrons Mme Gudrun Langolf, qui représente le Council of Senior Citizens' Organizations of British Columbia, et MM. Cliff Boldt et Reg Miller, qui représentent la B.C. Retired Teachers' Association.

**Gudrun Langolf, directrice, Council of Senior Citizens' Organizations of British Columbia :** Je vous remercie de me donner l'occasion de témoigner devant votre comité. Malheureusement, M. Kube est indisposé et il m'a demandé de témoigner à sa place. Je ne peux pas, non plus, vous remettre son exposé. Vous devrez donc vous contenter du mien.

As I found out only last night that I would be here today, I may well be repeating a few of the things that are in your report. Please take that as a confirmation that those are important points.

**Senator Mercer:** We will.

**Ms. Langolf:** The Council of Senior Citizens' Organizations of British Columbia, COSCO, is an umbrella group of 75 seniors' organizations, which in turn represent approximately 80,000 British Columbians. We are rooted in the trade union movement as a result of retiring workers organizing to better retirement conditions for themselves and their cohorts. We have expanded to include seniors' faith and cultural groups, retirees from all walks of life and even some associations of manufactured-home owners who are retirees.

As your interim report reflects, seniors are hardly a homogeneous group, unless of course the only characteristic you look at is aging. There is no shortage of issues that face elders in our population in general. We are not the only country in the world that has to grapple with changing demographics.

You made some suggestions when we were asked to appear in front of you. I will not read them to you other than to say I have not been able to find many gaps in what people have provided to you so far. That is probably just myopia. What is missing is a recognition that there has to be a comprehensive social policy. It is vital to the health of our society as a whole, not just seniors.

The band-aid or repair service mode of dealing with these issues has negative consequences for our society. Many of the conditions citizens deal with later in life originate from conditions in our early years. One example is elder abuse. The antidote or vaccination against bullying has to start in quality day care and be followed through and reinforced with booster shots throughout life. Eliminating childhood poverty — our grandchildren's — may well be the first step in that direction. Helping children to develop into confident and assertive adults may prevent abuse not only in adulthood but also for elders.

Abuse, I believe, includes ageism. It seems that our society still tolerates humour that denigrates two groups: seniors and lawyers.

Physical fitness is another obvious example. Making it easy and habitual includes reserving green spaces, allotment gardens, parks, physical games throughout school years, adequate and safe bicycle routes — for the physically challenged or seniors, these should accommodate tricycles — hygiene stations with drinking water fountains and, very importantly, public toilet facilities, both rare commodities in our region. I know of individuals who will not take their diuretic medication for high blood pressure on the days that they travel or are away from home for fear of not

J'ai appris hier soir seulement que je serais ici aujourd'hui. Je risque donc de répéter certaines des choses mentionnées dans votre rapport. Tenez pour acquis que je considère ces points comme des points importants.

**Le sénateur Mercer :** Nous le ferons.

**Mme Langolf :** Le Council of Senior Citizens' Organizations of British Columbia, le COSCO, est un groupe de coordination de 75 organismes d'aînés, qui représentent, à leur tour, environ 80 000 Britanno-Colombiens. Nous avons des racines dans le mouvement syndical puisque les travailleurs à la retraite se regroupent afin d'obtenir de meilleures conditions de retraite pour eux-mêmes et pour leur cohorte. Nous avons ensuite élargi nos activités de façon à inclure des groupes culturels et confessionnels d'aînés, des retraités de tous les horizons, et même des associations de propriétaires de maisons préfabriquées à la retraite.

Comme vous le dites dans votre rapport, les aînés peuvent difficilement être considérés comme un groupe homogène, sauf si le seul critère dont on tient compte est l'âge. Et il ne manque pas d'enjeux auxquels sont confrontés les aînés canadiens en général. Le Canada n'est pas le seul pays au monde à devoir faire face à des changements démographiques.

Vous nous avez fait quelques propositions quand vous nous avez demandé de témoigner. Je ne vais pas les lire; je me contenterai simplement de dire que je n'arrive pas à voir ce qui peut manquer dans ce que les gens vous ont dit jusqu'à maintenant. C'est peut-être juste un problème de myopie. Il y a tout de même un oubli : on doit reconnaître l'importance d'une politique sociale globale. Une telle politique est essentielle pour la santé de notre société en général, et pas seulement pour les aînés.

Le fait que l'on tente de régler les problèmes à l'aide de solutions temporaires ou de dépannage a une incidence négative sur la société. Bon nombre des problèmes que vivent les citoyens âgés ont pris naissance quand ils étaient plus jeunes. Pensons, par exemple, à la violence à l'égard des aînés. Le remède ou le vaccin contre l'intimidation doit commencer par des services de garde de qualité et être suivi et renforcé par des doses de rappel tout au long de la vie. La première étape pour y parvenir pourrait être d'éliminer la pauvreté chez les enfants — nos petits-enfants. Si on aidait les enfants à devenir des adultes confiants et accomplis, on réussirait peut-être à prévenir la violence non seulement chez les adultes, mais aussi envers les aînés.

Selon moi, l'âgeisme est une forme de violence. Il semble que, dans notre société, on tolère encore les blagues qui attaquent deux groupes : les aînés et les avocats.

L'activité physique est un autre exemple frappant. Pour que ce soit facile de faire de l'exercice et que ça devienne une habitude, il faut prévoir des espaces verts, des jardins communautaires, des parcs, des activités physiques tout au long du parcours scolaire, des pistes cyclables appropriées et sûres — qui peuvent accueillir des tricycles, puisque certains aînés ou certaines personnes ayant une déficience physique en utilisent — des installations sanitaires qui incluent des fontaines d'eau potable et, surtout, des toilettes publiques, deux éléments très rares dans notre région. Je connais

having an accessible toilet. Nobody wants to talk about the fact that every one of us has to go pee. It just is not a sexy thing to talk about.

The other problem in our area is that there is no such thing as a comfort station in transit areas. If they exist, they are locked, for heaven's sake, and you have to try to find an attendant, who is usually nonexistent. It is a very small item, but it is a significant barrier for people to get out and about in their community. I do not think Vancouver or the Lower Mainland is unique in that, but I do not have any evidence for the others.

When I go on my bike rides, I have to design my route to include some of these health facilities. You cannot be spontaneous. In Vancouver and the Lower Mainland, we can count the public facilities on the fingers of one hand. Construction sites, Johnny-on-the-spots, and accommodating restaurants fill the void. This is not acceptable in a civil society and is a big barrier for people.

When the federal government does cost-sharing on big public transportation projects, they ought to include as a condition of giving that money — our money, actually; you know it is just another pocket — to include bathrooms and up-and-down escalators as well as other accessible ways of getting to and from stations. That ought to be the absolute minimum.

A third example is nutrition. Much of what bedevils us in our dotage may have its origin in an inadequate diet in early years. Eliminating childhood poverty and ensuring that gap families have adequate resources — money and accurate information about nutrition — provides a basic foundation for desirable health outcomes. Ensuring that seniors are able to purchase nutritious food is essential for our well-being. To that is attached food and water security. You cannot separate them out; they go hand in glove.

Agricultural land reserves and holistic, sustainable farming practices are essential for our health and the health of our economy, not just seniors. Ensuring that those engaged in farming are able to earn a decent living is part of that as well. Having access to clean water is still not universal in Canada, and much to our shame there are still too many communities that have to boil water they wish to consume. Rectifying these conditions would have a far-reaching, positive impact on the health of future generations as well as seniors. Seniors with compromised health living in these communities are at serious additional risk, as are other vulnerable individuals.

des personnes qui choisissent de ne pas prendre leurs médicaments diurétiques contre l'hypertension quand elles sont en voyage ou loin de chez elles parce qu'elles craignent de ne pas avoir accès à une toilette. Personne n'aime parler du fait que nous devons tous aller faire pipi. Ce n'est pas un sujet très sexy.

Un autre problème, dans notre région, c'est qu'il n'y a pas de toilette publique dans les lieux de transport. S'il y en a, elles sont verrouillées, bon Dieu, et il faut trouver un préposé qui, bien souvent, brille par son absence. C'est un aspect anodin, mais ça peut devenir un obstacle important et empêcher les gens de sortir et de se déplacer dans leurs collectivités. Je ne crois pas que ce soit un problème propre à Vancouver et au Lower Mainland, mais je ne possède pas d'information sur les autres régions.

Quand je vais me promener à bicyclette, je dois prévoir mon itinéraire en fonction des installations sanitaires. Je ne peux pas partir de façon spontanée. À Vancouver et dans le Lower Mainland, les installations publiques se comptent sur les doigts d'une main. On doit utiliser les chantiers de construction, les toilettes chimiques et les restaurants qui veulent bien nous accueillir pour combler cette lacune. Cette situation n'est pas acceptable au sein d'une société civile, et elle constitue un obstacle important pour bien des gens.

Quand le gouvernement fédéral accepte de payer une partie des coûts d'un grand projet de transport en commun, il doit prévoir une condition avant de donner l'argent — notre argent, soit dit en passant; il sort simplement d'une autre poche — et exiger des toilettes et des escaliers roulants qui montent et qui descendent, ainsi que d'autres façons d'accéder facilement aux stations. Ce doit être un minimum absolu.

Un troisième exemple est la nutrition. Bon nombre des éléments qui nous gênent à un âge avancé peuvent tirer leur origine d'un régime inadéquat des années auparavant. Si on pouvait éliminer la pauvreté des enfants et s'assurer que les familles démunies ont accès à des ressources adéquates — de l'argent et de l'information précise sur l'alimentation — on pourrait commencer à atteindre des résultats souhaitables en matière de santé. Des aliments nutritifs sont essentiels au bien-être des aînés; c'est pourquoi il faut s'assurer qu'ils sont capables d'en acheter. La salubrité des aliments et de l'eau constitue aussi un enjeu connexe. Vous ne pouvez les séparer : ils font la paire.

Des réserves terrestres agricoles et des pratiques agricoles holistiques et durables sont des éléments essentiels d'une économie et d'une vie saines, et pas seulement pour les aînés. Le fait de s'assurer que les personnes qui s'occupent de l'agriculture gagnent décemment leur vie fait partie aussi de tout cela. Il y a encore des gens, au Canada, qui n'ont pas accès à de l'eau propre et, à notre grande honte, un trop grand nombre de collectivités doivent encore faire bouillir l'eau avant de la consommer. Si on corrigeait ces lacunes, on pourrait avoir des répercussions positives d'une grande portée sur la santé des générations à venir et sur celle des aînés. Les aînés qui ont des problèmes de santé qui vivent dans ces collectivités courent des risques supplémentaires graves, tout comme les autres personnes vulnérables.



All the seniors I know are active, physically and mentally. Many of them are active in community institutions and facilities and help relatives and neighbours. I have heard that some seniors suffer in silence. Those are the ones we do not know. This may be because of the stiff-upper-lip conditioning or a paralyzing and perhaps irrational fear of being institutionalized against their will when they become incapacitated in some way or another.

Building age-friendly communities, the terminology of the day, will take more than lip service and will require the coordination and cooperation of municipalities and provinces. The federal government has to provide leadership and some core funding beyond the New Horizons for Seniors grants. They just will not do it.

In my neighbourhood, and this is a typical example, for over 30 years Marpole Place, a refurbished fire hall, provided an adult day centre for elders with a referral from the health authority. This was one of two on the west side of the city of Vancouver. Nine are located on the east side. It serviced about 40 to 50 vulnerable seniors and offered pickup-return service by van, a communal meal, arts, crafts, music, therapeutic services, social interactions, entertainment and outings, and much-required respite for those who care for those seniors, usually family members.

Without any consultation with the community, this service was relocated right across town to a brand new facility that provides what is now called "campus of care." Ostensibly it was relocated because there was no new money to fund both. There was a waiting list on the east side, so they figured they would fix that problem. In order to fix one problem, they created another: a deficit of service to our most vulnerable, services that allowed 40 to 50 seniors to remain in their own homes. That happens with many of the things we try to do in society when the budget is not there. You fix one problem and you create a few others.

The competition by non-profit societies for scarce and ever-shrinking funds to enable them to provide much-needed neighbourhood support is unbelievable. Most spend fruitless hours writing applications for grants, hours they should be spending on direct programs and services. Every time I go to one of these group meetings, the people are talking about how much time is eaten up by grant writing. I think it is just torture by another name.

Tous les aînés que je connais sont actifs, sur le plan tant physique que mental. Bon nombre d'entre eux sont actifs au sein d'installations et d'organisations communautaires et viennent en aide à des parents et à des voisins. J'ai entendu parler d'aînés qui souffrent en silence. Ce sont ceux que nous ne connaissons pas. C'est peut-être parce qu'ils ont été conditionnés à sauver les apparences, parce qu'ils se sentent paralysés, ou peut-être parce qu'ils ont une peur irrationnelle d'être placés en établissement contre leur gré s'ils deviennent invalides d'une façon ou d'une autre.

Pour bâtir des collectivités amies des aînés, comme on dit maintenant, il faudra plus que des vœux pieux, et les municipalités et les provinces devront travailler en collaboration et en coordination. Le gouvernement fédéral devra faire preuve de leadership et offrir du financement de base en plus de la subvention offerte dans le cadre du programme Nouveaux Horizons pour les aînés. Mais il refuse simplement de le faire.

Je vais vous donner un exemple type : dans mon quartier, il y a la Marpole Place, une ancienne caserne de pompier remise à neuf, qui offre depuis plus de 30 ans un centre de soins de jour pour les aînés aiguillés par un responsable de la santé. Il s'agissait d'un des deux centres de ce type du côté ouest de la ville de Vancouver. Le côté est compte neuf centres. Il offrait des services à environ 40 ou 50 aînés vulnérables et offrait aux aînés d'aller les chercher ou les reconduire en fourgonnette, offrait un service de repas communautaire, des services de thérapie par les arts, l'artisanat et la musique, des activités sociales, des sorties et des divertissements, en plus d'offrir un répit plus que bienvenu aux personnes qui s'occupent de ces aînés, habituellement des membres de leur famille.

Sans même qu'il y ait de consultation dans la collectivité, le service a été déménagé à l'autre bout de la ville, dans de nouvelles installations flambant neuves qui jouent le rôle de ce qu'on appelle maintenant un « complexe de soins ». Visiblement, les services ont été déplacés à un nouvel endroit parce qu'il n'y avait pas assez de financement pour les deux. Il y avait une liste d'attente du côté est, et quelqu'un a pensé que ce déménagement permettrait de régler le problème. En réglant un problème, on en a créé un autre : il n'y a maintenant plus assez de services pour les aînés les plus vulnérables puisqu'on a éliminé les services qui permettaient à de 40 à 50 aînés à continuer de vivre dans leur maison. C'est souvent ce qui se passe quand on tente de faire quelque chose dans notre société, mais que le budget n'est pas là. On règle un problème et on en crée quelques autres.

Les sociétés sans but lucratif vivent une concurrence incroyable pour tenter d'obtenir le maigre financement, de plus en plus limité, qui pourrait leur permettre d'offrir un soutien tellement nécessaire dans leur voisinage. La plupart de ces sociétés consacrent de nombreuses heures perdues à préparer des demandes de subvention, heures qu'elles ne consacrent pas directement aux programmes et services. Chaque fois que je me rends à une rencontre de l'un de ces groupes, j'entends parler de la grande quantité de temps grugé par les demandes de subvention. Je crois que c'est simplement une forme de torture à laquelle on donne un autre nom.

We need a federal housing strategy. Currently the building of residences is developer-driven. Whenever we advocate for a mix of housing that includes social housing within each project, someone is bound to raise the concern that it is too expensive and that we cannot and should not interfere with the free marketplace. We are the marketplace.

We will pay for the consequences of homelessness, not the developers. We will pay for the shoddy workmanship, or leaky condos, first in the high price of the units and then a few years down the line for remediation and, in some cases, even with tax dollars when municipalities have lost lawsuits in relation to that. It is adding insult to injury.

We want you to bring back the co-operative housing model. It was a huge mistake to eliminate it. The consequences are still reverberating around the communities.

When I served on a board of a society that helped groups develop co-operative housing, we were able to qualify bids. We happened to specify that only unionized builders' bids would be considered. To us that meant reputable companies that had a stable workforce, employed qualified trades and trained apprentices, and that they would be around when something went wrong.

In and around 1985, after I had left that sector, they were instructed that the bids could no longer be qualified that way and that they had to accept the lowest bidders, period. Enter numbered companies that dissolve after a project is finished. Lots of leaky buildings. You can see Vancouver is tarp city. It is outrageous.

One building project that I know of in 1985 cost \$3 million to build 54 units — relatively reasonable, good quality, as far as we knew then. It cost \$7 million to remediate. It is outrageous. It is money that we could have spent elsewhere.

This is only one example of an unintended consequence. While not always quite that dramatic, fixing something creates another, usually bigger, problem. Much of what we do as a society in the social realm is tinkering with stuff. That can have dire consequences. If we allowed drug companies to do that with new medicines, we would be in real trouble. Why are we reluctant to do the pilots and small projects that have relatively reasonable, measurable conditions and, if they are good programs, transfer them to a larger scale?

Nous avons besoin d'une stratégie fédérale du logement. À l'heure actuelle, se sont les promoteurs qui dirigent la construction de résidences. On a beau demander un mélange de logements qui inclurait des logements sociaux au sein de chaque projet, il y a toujours quelqu'un pour s'opposer et dire que ça coûte trop cher et qu'on ne peut ni ne doit faire obstacle au marché libre. C'est nous, le marché.

C'est nous qui paierons pour les conséquences de l'itinérance, et non les promoteurs. Nous paierons pour la mauvaise exécution des travaux ou pour des condos remplis de fuite, d'abord en achetant les unités à un prix élevé et, quelques années plus tard, en payant pour les réparations. Dans certains cas, nous paierons même par l'entremise de nos impôts quand les municipalités seront poursuivies à ce sujet et perdront. C'est un comble.

Nous souhaitons que vous rétablissiez le modèle des coopératives d'habitation. Leur élimination a été une grave erreur. On en ressent encore les conséquences dans les collectivités.

J'ai fait partie du conseil d'administration d'une société qui aidait des groupes à mettre sur pied des coopératives d'habitation, et nous pouvions prévoir des exigences pour les soumissions. Nous avons déjà mentionné que nous retiendrions seulement les soumissions de constructeurs syndiqués. Pour nous, il s'agissait de sociétés reconnues dont la main-d'œuvre était stable, qui employaient des apprentis formés et des hommes de métiers qualifiés, et qui seraient disponibles en cas de problème.

En 1985 et autour de cette date, après que j'ai quitté le secteur, on a appris que ce n'était plus permis d'assortir les soumissions de telles exigences et qu'il fallait simplement accepter le soumissionnaire le moins disant, point à la ligne. Il y a eu de nombreuses sociétés à numéros qui se sont dissoutes à la suite d'un projet. Il y a eu beaucoup d'immeubles mal construits. Vous pouvez voir que Vancouver est la ville de la bâche. C'est scandaleux.

Je pense entre autres à un projet de construction qui a eu lieu en 1985 et qui coûtait trois millions de dollars pour la construction de 54 unités, soit un prix plutôt raisonnable pour une bonne qualité — du moins, c'est ce qu'on croyait à l'époque. Il a fallu déboursier sept millions de dollars pour les réparations. C'est scandaleux. Cet argent aurait pu être dépensé pour d'autres choses.

Il s'agit là de seulement un exemple d'une conséquence involontaire. Les conséquences ne sont pas toujours aussi dramatiques, mais le fait de réparer quelque chose entraîne un autre problème, souvent plus important. Ce que nous accomplissons, à titre de société, dans le secteur social, est souvent rabiboché. Cela peut avoir de graves conséquences. Si nous permettons aux sociétés pharmaceutiques d'agir de cette façon avec les nouveaux médicaments, nous serions vraiment mal pris. Pourquoi est-ce que nous hésitons à effectuer des projets pilotes et de petits projets dans des conditions plutôt raisonnables et faciles à mesurer pour ensuite en faire de plus grands projets s'ils se révèlent des projets intéressants?

Recently in *New Scientist* I read about a program in prisons in the U.K. where they had random drug tests for inmates. They caught a whole bunch of people who were smoking weed. After a while they ended up with a whole bunch of addicts who were on heroin, and that was because it was not as detectable as weed. Here something that was relatively harmless — and I mean that advisedly — ended up being a much more harmful situation.

I am not suggesting we are doing that with seniors, with heroin. It is just an example of a well-meant, well-conceived idea, people trying it out. Things we try should be small experiments with measurable results and then applied, when they are effective, to the larger realm rather than throwing everyone into chaos or creating huge programs.

We think that some immediate actions are advisable and could alleviate some of the hardships for our seniors. As a minimum, we recommend increasing the Guaranteed Income Supplement beyond the cost-of-living increase to address rising food costs and housing and transportation costs.

We want to make sure there is secure funding for seniors' programs that focus on seniors helping seniors and build in enough support for administrative assistance. We want more support for health, literacy and prevention programs to be developed and delivered by seniors, again with administrative assistance if required.

We want the tax give-away stopped and the current surplus used to rebuild some of the programs. Axing the literacy program had dire consequences in small communities. What a hare-brained idea that was. It saved so little money and did so much harm. That is just one example.

We want public health care rebuilt and the erosion to private operators stopped. Include dental and extended health plans for services not covered by basic medical plans. It is important not to waste the recommendations of the Romanow commission.

Very important for those of us in the Lower Mainland is to eliminate the onerous 10-year waiting period for immigrant seniors to receive their pensions. It just is inhumane. It cannot be of humongous consequence money-wise to include them. We want you to help provide, fund, support and establish quality licensed day care centre spaces for both adults and children.

J'ai lu, récemment, un article dans *New Scientist* concernant un programme mis en place dans les prisons au Royaume-Uni dans le cadre duquel on effectuait des tests de dépistage de drogue au hasard chez les détenus. Le programme a permis de découvrir qu'un grand nombre d'entre eux fumaient de la marijuana. Après quelque temps, les autorités carcérales se sont retrouvées avec tout un groupe de toxicomanes qui prenaient de l'héroïne parce que cette substance était plus difficile à détecter que la marijuana. Dans ce cas, une situation relativement inoffensive — et je le dis en pesant bien mes mots — s'est transformée en une situation beaucoup plus dangereuse.

Je ne dis pas que c'est ce que nous faisons avec les aînés — avec l'héroïne. C'est simplement un exemple d'une idée bien conçue qui partait d'une bonne intention — de gens qui tentaient d'agir. Nous devrions faire d'abord des expériences limitées dont les résultats sont mesurables puis, si le projet se révèle efficace, l'appliquer à plus grande échelle, plutôt que de précipiter tout le monde dans le chaos ou de créer d'énormes programmes.

Nous pensons que des mesures immédiates seraient utiles et pourraient redresser une partie des torts causés aux aînés. Nous recommandons à tout le moins que le Supplément de revenu garanti fasse l'objet d'une augmentation supérieure à l'augmentation du coût de la vie afin de faire face à l'augmentation du coût de la nourriture, du logement et du transport.

Nous voulons nous assurer d'obtenir du financement pour les programmes destinés aux aînés qui visent l'entraide chez les aînés et qui prévoient un soutien suffisant pour l'aide administrative. Nous voulons davantage de soutien pour que des aînés soient en mesure d'élaborer et d'exécuter des programmes de santé, d'alphabétisation et de prévention, programmes qui profiteraient aussi d'une aide administrative, au besoin.

Nous voulons que les cadeaux fiscaux cessent et que l'excédent actuel soit utilisé pour rétablir certains des programmes. Le fait de mettre la hache dans le programme d'alphabétisation a eu de graves conséquences dans les petites collectivités. Quelle idée stupide! On n'a presque pas épargné d'argent et on a causé tellement de tort. Il ne s'agit que d'un exemple.

Nous voulons que les soins de santé publique soient remis sur pied et que prenne fin l'érosion au profit des exploitants privés. Il faut que les services qui ne sont pas couverts par les régimes d'assurance-maladie de base soient couverts par des régimes d'assurance-maladie et d'assurance dentaire complémentaires. Nous devons veiller à ne pas gaspiller les recommandations formulées à la suite de la Commission Romanow.

Ce qui compte beaucoup, pour nous qui vivons dans le Lower Mainland, c'est l'élimination du lourd délai d'attente de dix ans que doivent écouler les aînés immigrants avant de recevoir leurs pensions. C'est simplement inhumain. Je ne peux pas croire que cette mesure permet véritablement d'épargner beaucoup d'argent. Nous voulons que vous aidiez à fournir, financer, soutenir et mettre sur pied des centres de jour accrédités de qualité pour les adultes et les enfants.

As I said earlier, I may have reiterated many of the comments and requests made by other presenters, but the six items I listed are our suggestions for a start while we all try to sort out the environmental and social policies.

**The Chair:** Thank you for your presentation. You are right, it is an uncomfortable discussion to talk about the fact that people need washrooms. As someone with a husband who has had prostate cancer for ten years, I know intimately exactly what you are talking about. Thank you for putting that on the record.

**Cliff Boldt, Director, B.C. Retired Teachers' Association:** I am here on behalf of the B.C. Retired Teachers' Association which I will be referring to as the BCRTA. Thank you for inviting us to attend and to present today. We are an organization of approximately 13,000 retired teachers and administrators from the public school system in British Columbia. We also have membership from the post-secondary institutions in the province as well.

We appreciate the opportunity to respond to your interim report. Taking a look at the way you have structured the report, you have really covered the waterfront in terms of the issues. Your interim report provides a very good road map for the federal, provincial and territorial governments to follow. I do not think there is a need to reinvent the wheel. The time is now for good public policy and programs to implement your recommendations.

The main priorities for our organization, and I think for seniors generally, relate to health, housing and income. Those are the three major areas and they figure quite prominently in the recommendations in your interim report.

Senator Carstairs, you mentioned in your opening remarks that the government's responsibility is to ensure there are no gaps in these services. We are hearing through our contacts with other provinces and here in British Columbia that public policy and programs are creating gaps in the services for seniors — big-time, we think.

A major theme in your report is the emphasis on health promotion and disease prevention, the need for adequate nutrition, appropriate physical activity — everybody talks about physical activity and not all of it is appropriate to all people — and good mental health. When disease or illness does strike, there are some costs involved. Pharmaceuticals, for example, can be prohibitive. Some seniors in British Columbia are having to choose between filling a prescription and paying to put food on the table or a roof over their head. Forcing choices like these on seniors is not conducive to promoting a healthy senior population.

You make reference to the cost of pharmaceuticals option 34. In references 4, 6, and 7 in our appendix, we direct your attention to the issues surrounding this and the fact that the cost of

Comme je l'ai dit plus tôt, j'ai peut-être répété bon nombre des requêtes et des commentaires formulés par d'autres témoins, mais les six points que j'ai mentionnés constituent nos suggestions de départ pendant que nous tentons de voir clair dans les politiques sociales et environnementales.

**La présidente :** Merci de votre exposé. Vous avez raison, nous sommes souvent mal à l'aise quand vient le temps de discuter du fait que les gens ont besoin de toilettes. Mon mari a le cancer de la prostate depuis dix ans; je sais donc très bien ce que vous voulez dire. Merci de le souligner.

**Cliff Boldt, administrateur, B.C. Retired Teachers' Association :** Je suis ici au nom de la B.C. Retired Teachers' Association, que j'appellerai la BCRTA. Je vous remercie de nous avoir invités à assister à la rencontre et à présenter un exposé. Notre organisation compte environ 13 000 enseignants et administrateurs retraités du système scolaire public de Colombie-Britannique. Nous comptons aussi des membres d'établissements de niveau postsecondaire de la province.

Nous sommes heureux d'avoir la possibilité de réagir à votre rapport provisoire. Compte tenu de la façon dont vous avez structuré le rapport, on voit que vous avez véritablement couvert l'étendue des enjeux. Votre rapport intérimaire trace très bien le chemin pour les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux. Je ne pense pas que ce soit utile de réinventer la roue. Il est maintenant temps de mettre en œuvre vos recommandations dans le cadre de politiques et de programmes publics adéquats.

Pour notre organisation, comme pour les aînés en général, je crois, les plus grandes priorités sont la santé, le logement et le revenu. Ce sont les trois aspects principaux, et ils occupent une place de choix dans les recommandations formulées dans votre rapport provisoire.

Sénateur Carstairs, vous avez mentionné, dans votre déclaration d'ouverture, que le gouvernement a la responsabilité de s'assurer que ces services ne comportent pas de lacunes. D'après ce que nous disent nos contacts dans d'autres provinces et ici, en Colombie-Britannique, les politiques et les programmes publics créent des lacunes dans les services aux aînés — et de grosses lacunes, d'après nous.

L'un des thèmes qui prennent le plus de place dans votre rapport est l'importance accordée à la prévention de la maladie et à la promotion de la santé, à l'importance d'une bonne alimentation et à l'importance des activités physiques appropriées — tout le monde parle de l'activité physique, mais ce ne sont pas toutes les activités qui sont appropriées pour tout le monde — et l'importance d'une bonne santé mentale. Quand la maladie frappe, il y a des coûts. Le coût des médicaments, par exemple, peut être prohibitif. En Colombie-Britannique, certains aînés doivent choisir entre faire exécuter une ordonnance ou mettre de la nourriture sur la table ou avoir un toit au-dessus de la tête. Le fait d'obliger des aînés à faire de tel choix ne favorise pas une population aînée en santé.

Vous abordez la question du coût des médicaments dans l'option 34. Nous avons inclus, dans notre annexe, les documents de référence 4, 6 et 7 pour attirer votre attention sur les enjeux à ce

prescription drugs is not keeping pace with the income most seniors have. In the last 10 years, drugs have become the second largest cost in health care in Canada, second only to the cost of hospitals. That is not being recognized in government policy or government programs. You will be having round-table discussions with experts, and they will go into much more detail than I, but it is something that needs to be flagged. Suffice it to say that seniors are concerned with the reluctance of provincial governments to include more generic drugs in their formularies and that the federal government's approach to patent laws is a problem.

A current issue in the area of pharmaceuticals is Bill C-51. Should it pass the House, and I am hoping it will not, this is a good chance for you to give it a sober second look because of the significance it will have for seniors and others who depend on health food products. Bill C-51 would make it that much more difficult for seniors to obtain these products, and their costs will increase.

Another issue related to housing is the issue of home support and home care services. These have declined significantly in British Columbia in the last 10 to 15 years, creating increased pressure on families who are giving this care. We are pleased to see that you have addressed these in various recommendations, as adequate resources in this area can significantly enhance seniors' options for aging in place.

You make some sound recommendations in regard to housing generally. The debate over whether to pay for services for seniors is at an end, because the conclusion is that it is much cheaper to take care of seniors in their own home than it is to put them in a facility.

I am from the Comox Valley here on Vancouver Island. Approximately 35 per cent to 40 per cent of the acute care beds in our hospital are filled by seniors who are waiting for some place else to go, including death in some cases.

Aging in place is not a matter of a selfish desire; it is common sense. It will save provincial, federal and territorial governments money.

Over and over we hear of the benefits to society, to the community, of keeping seniors in their homes as long as possible. It is not good enough to have a homogeneous community; it is really important to have a mix of ages in your community, and keeping seniors in their homes will allow that.

One thing we have in B.C., which I think is unique in Canada, is that people over the age of 55 can defer their property taxes on their principal residence. I am taking part in that program and that has saved me about \$1,700 a year, which I find is a good break.

sujet et sur le fait que le coût des médicaments d'ordonnance augmente plus rapidement que le revenu de la plupart des aînés. Au cours des dix dernières années, les médicaments sont devenus le second poste de dépenses en soins de santé au Canada tout de suite après les hôpitaux. La politique ou les programmes gouvernementaux n'en tiennent pas compte. Vous pourrez organiser des tables rondes avec des spécialistes, et ils vous donneront beaucoup plus de détails que moi, mais je veux tout de même signaler la question. Je me contenterai de dire que le fait que les gouvernements provinciaux hésitent à inclure un plus grand nombre de médicaments génériques à leur formulaire inquiète les aînés, et que la façon dont le gouvernement fédéral aborde la question du droit des brevets constitue un problème.

L'un des problèmes actuels concernant les produits pharmaceutiques, c'est le projet de loi C-51. S'il devait être adopté par la Chambre, ce qui n'arrivera pas, je l'espère, vous aurez l'occasion de l'examiner en toute objectivité parce qu'il aura une grande incidence pour les aînés et les autres personnes qui dépendent des aliments diététiques. Si le projet de loi C-51 devait être adopté, les aînés auraient beaucoup plus de difficultés à obtenir ces produits, et leur coût augmenterait.

Un autre enjeu lié au logement est la question de l'aide à domicile et des services de soins à domicile. Ils ont beaucoup diminué en Colombie-Britannique depuis dix ou 15 ans, ce qui crée une pression de plus en plus grande sur les familles, qui doivent offrir ces soins. Nous sommes heureux de voir que vous avez abordé cette question dans diverses recommandations puisque des ressources adéquates à ce sujet pourraient grandement aider les aînés à faire le choix de vieillir chez eux.

Vous formulez quelques recommandations éclairées concernant la question du logement en général. Le débat concernant la pertinence de payer des services pour les aînés devrait bientôt être clos puisqu'on en est arrivé à la conclusion qu'il en coûte beaucoup moins cher de s'occuper des aînés dans leur propre maison que de les placer en établissement.

Je suis de la vallée Comox, ici, sur l'île de Vancouver. De 35 à 40 p. 100 des lits pour soins actifs de notre hôpital sont occupés par des aînés qui attendent de pouvoir aller ailleurs, ou qui attendent la mort, dans certains cas.

Le fait de vouloir vieillir chez soi n'est pas un désir égoïste; c'est du gros bon sens. Ça permet d'épargner l'argent des gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux.

Nous entendons sans cesse parler des avantages, pour la société et pour la collectivité, du fait que les aînés restent chez eux le plus longtemps possible. Une collectivité homogène n'est pas une collectivité idéale; c'est très important de trouver des gens de tous âges dans une collectivité, et le fait que les aînés continuent à vivre chez eux permet d'y parvenir.

Une des choses que nous avons en Colombie-Britannique et qui est, je crois, unique au Canada, c'est que les gens de plus de 55 ans peuvent reporter leur impôt foncier sur leur résidence principale. Je me prévaux de ce programme, et cela me permet d'épargner environ 1 700 \$ par année, ce qui est, à mon avis, une épargne intéressante.

This legislation was brought in by the provincial government about a generation ago, I think sometime in the 1970s. It helps in the sense that real estate prices are going nuts here on the Island and in Vancouver generally, and you are probably hearing about this all across the country. We have serious problems; in some communities in this province, seniors who want to downsize and move into something smaller, to go say from 3,000 square feet to maybe 1,300 or 1,500 square feet, is impossible, because the 1,300 to 1,500 square foot unit is not there, or if it is there it costs more than the sale of their family home. That creates a real problem. In some cases, they go into a facility.

Ms. Langolf mentioned the unintended consequences of the significant budget cuts that came out of the federal budget in 1994 and 1995. We are still feeling a major impact of those on various programs, including health care and infrastructure support for the provinces. These cuts, as well as the issue of prescriptions, need more discussion, and you will probably have this when you meet with your council of experts.

Your interim report also stressed the need for integration of services, and again Ms. Langolf referred to this. The whole integration of services, primarily at the school level, was really big in the 1970s and 1980s. Senator Carstairs will know about some of the community school projects in Winnipeg that were leaders in the province and in some cases still are.

We need integration of seniors' services, a one-stop-shopping concept. This issue has been addressed in many ways in various communities out of need; necessity has created the service. It is important for different agencies and service groups to sit down together to identify what the needs are and to see where they can provide integration of these services.

The lack of integration is due in part to turf wars among professionals. I am sure all of you have experienced or seen this in different ways in your own communities. A federal ministry of seniors would be a good operating model in order to cut through some of the existing duplication of services, whether you are speaking of veterans, for example, or health care being dealt with by different agencies. This again is a common-sense approach you are putting forward in some of your recommendations.

In discussing future policies and programs for seniors, you might want to make reference to the issue related to peak oil. This is the elephant in the room in many cases. If you have been to the grocery store recently, you will notice there has been a significant increase in the cost of your cart full of groceries that you take home. It would behoove the committee to take a look at some of

Cette disposition législative a été adoptée par le gouvernement provincial il y a de cela environ une génération, quelque part dans les années 1970, je crois. Elle est utile parce que les prix de l'immobilier sont devenus complètement fous ici, sur l'Île, et à Vancouver en général, et vous avez sûrement entendu dire que la situation était la même partout au pays. Nous avons des problèmes graves; dans certaines collectivités de la province, les aînés qui souhaitent déménager dans un logement plus petit — disons passer de 3 000 pieds carrés à 1 300 ou 1 500 pieds carrés — ne peuvent pas le faire parce qu'il n'y a pas d'unité de 1 300 ou de 1 500 pieds carrés de disponible ou, s'il y en a, elle coûte plus cher que le prix de vente de leur maison familiale. C'est un véritable problème. Dans certains cas, ces personnes vont vivre en établissement.

Mme Langolf a parlé des conséquences involontaires des importantes restrictions budgétaires effectuées à la suite du budget fédéral en 1994 et en 1995. Nous en ressentons encore les répercussions importantes sur divers programmes, y compris sur les soins de santé et sur le soutien de l'infrastructure dans les provinces. Ces restrictions, de même que la question des ordonnances, doivent faire l'objet de discussions plus poussées, ce que vous ferez probablement quand vous rencontrerez votre groupe de spécialistes.

Vous insistez, dans votre rapport provisoire, sur l'importance de l'intégration des services, que Mme Langolf a aussi mentionnée. La question générale de l'intégration des services, surtout à l'école, faisait l'objet d'un important débat dans les années 1970 et 1980. Le sénateur Carstairs connaît sûrement certains projets d'école communautaire qui ont eu lieu à Winnipeg, qui jouaient le rôle de chefs de file dans la province, et qui le font encore.

Nous devons réussir l'intégration des services aux aînés selon la formule du guichet unique. On s'en est occupé de nombreuses façons dans diverses collectivités selon les besoins : de la nécessité est né le service. Il est important que les responsables de divers organismes et groupes de services s'assoient ensemble pour cerner les besoins et déterminer les secteurs où il est possible d'intégrer les services.

L'absence d'intégration est en partie attribuable aux querelles de territoire entre les professionnels. Je suis certain que vous avez tous vécu cela de diverses façons dans vos collectivités, ou que vous en avez été témoins. Un ministère fédéral des Aînés serait un modèle de fonctionnement qui permettrait de réduire une partie des chevauchements qui existent actuellement entre les services, comme par exemple les services aux anciens combattants ou les soins de santé qui sont administrés par divers organismes. Il s'agit, encore une fois, d'une question de bon sens, que vous intégrez à certaines de vos recommandations.

Quand vous vous pencherez sur les politiques et programmes futurs destinés aux aînés, il vous faudra probablement traiter de la question du pic pétrolier, qui occupe bien souvent toute la place : c'est un peu comme un éléphant au milieu de la pièce. Si vous êtes allé à l'épicerie récemment, vous avez remarqué que le prix de votre panier d'épicerie a beaucoup augmenté. Il faudrait que le

the long-term consequences going 30 to 50 years into the future and consider what will happen with social policy generally and in relation to seniors in particular.

The cost of living is going to increase: housing, transportation, food services to seniors, both public and private. How will governments at all levels adapt? That is a question you cannot answer. However, if you initiate public debate, that would be helpful.

I want to raise one other area that has recently come to my attention. The U.S. government has published a document that details how health and other services will be rationed to seniors and the disabled in the event of a pandemic. They call it "pandemic triage." I have attached in the appendix the relevant document and included the website. You and your staff can take a look at that in more detail later on.

This document represents a significant shift away from what we currently accept as social values and attitudes toward seniors and the disabled. It suddenly puts them on the periphery. That is a debate that you can initiate to get people talking about this. What will happen, in the case of the Island, if we have a major earthquake or pandemic?

I will conclude by advocating for a federal ministry for seniors. This would provide one source of support for seniors as opposed to having to go through a number of ministries to find out exactly where it is they need to get their services. This would also help ameliorate in part what we have seen in the past of either cuts in services or the reduction in resources for services that exist for seniors.

Ms. Langolf is hinting at targeted funding for seniors. I wonder whether the tax policy of the federal government in the last 10, 15 or 20 years and the devolution of powers to the provinces are creating a situation where the federal government is no longer able to influence or even direct where it wants things to go, especially in terms of seniors' services. That is another challenge I throw back into your court.

**The Chair:** Thank you for your presentation.

Before I turn to the other senators for questions, I thought that there was symbiosis between what Ms. Langolf said and Mr. Boldt's and Mr. Miller's and my profession. We see a situation in which schools are frequently closing, particularly schools in areas in which the population is aging and moving into a suburban area, and it seems to me it is time we used some of those buildings for other resources.

Ms. Langolf talked about day programs for adults. Could you not use three or four classrooms that are not being utilized for school kids for such a day program for seniors and also develop an intergenerational link between the remaining children in that school and the seniors that are in that school? We know there is

comité se penche sur certaines des conséquences à long terme, dans 30 à 50 ans, et examine ce qu'il adviendra de la politique sociale en général et de la politique relative aux aînés en particulier.

Le coût de la vie va augmenter : que ce soit le logement, le transport, la nourriture, ou les services aux aînés, publics ou privés. Dans quelle mesure les divers ordres de gouvernement s'adapteront-ils? C'est une question à laquelle vous ne pouvez répondre. Cependant, la tenue d'un débat public serait utile.

J'aimerais soulever une autre question qui a attiré mon attention récemment. Le gouvernement américain a publié un document qui décrit comment on rationnera les soins de santé et d'autres services pour les aînés et les personnes handicapées en cas de pandémie. Dans ce document, on parle de « triage lors d'une pandémie ». J'ai joint en annexe le document en question ainsi que l'adresse du site web où vous pouvez le trouver. Vous et votre personnel pourrez l'examiner plus en détail plus tard.

Ce document constitue un changement important en ce qui concerne les attitudes et les valeurs sociales auxquelles nous adhérons actuellement en ce qui concerne les aînés et les personnes handicapées. Ces valeurs et attitudes se retrouvent tout à coup mises de côté. Vous êtes bien placé pour engager un débat afin que les gens en parlent. Qu'arrivera-t-il, sur l'Île, si nous vivons une pandémie ou un important tremblement de terre?

Pour terminer, permettez-moi de plaider en faveur de la création d'un ministère fédéral pour les aînés. Un tel ministère permettrait de regrouper en un seul point l'aide aux aînés, ce qui leur éviterait de devoir s'adresser à de nombreux ministères pour découvrir qui offre les services dont ils ont besoin. Cela permettrait aussi d'améliorer ce que nous avons vu par le passé concernant l'abolition des services ou la diminution des ressources pour les services aux aînés existants.

Mme Langolf suggère un financement ciblé pour les aînés. Je me demande si la politique fiscale du gouvernement fédéral pour les dix, 15 ou 20 dernières années et si le transfert des pouvoirs aux provinces font en sorte que le gouvernement fédéral ne peut plus décider à quoi il souhaite que l'argent serve, particulièrement en ce qui concerne les services aux aînés, et qu'il n'a plus aucune influence à ce sujet. Il s'agit d'une autre difficulté que je renvoie dans votre camp.

**La présidente :** Je vous remercie de votre exposé.

Avant de laisser les autres sénateurs poser des questions, j'aimerais souligner la symbiose qui existe, selon moi, entre les points de vue de Mme Langolf, de M. Boldt, de M. Miller et ce qui se passe dans ma profession. Nous vivons une situation où les fermetures d'école sont fréquentes, particulièrement dans le cas des écoles qui se trouvent dans des régions où la population vieillit et déménage en banlieue, et je crois qu'il serait temps, pour nous, d'utiliser ces immeubles à d'autres fins.

Mme Langolf a parlé de programmes de centre de jour pour les adultes. Ne pourrions-nous pas utiliser trois ou quatre classes qui ne sont pas utilisées par les enfants de l'école pour offrir un tel programme aux aînés, et aussi créer un lien intergénérationnel entre les enfants qui continuent à aller dans cette école et les aînés

frequently a wonderful bond between the first generation and the third generation. Sometimes the same bond does not exist with the second generation. Yet we do not seem to think outside of those boxes. Education buildings belong to the departments of education. Seniors buildings belong to the departments of seniors, if we happen to have one. We do not seem to move.

I would like to hear from you about using facilities in new ways as we are trying to develop new programs.

**Ms. Langolf:** We attended eco-density discussions at city hall in Vancouver. Everybody is thinking about how to use these facilities.

I am enthusiastic about using public buildings for a variety of uses. I am mindful that it is not a good idea to develop things for people in a prescriptive way that says you have to do something like this or like that. That is an invitation for it not to work. There has to be a different approach to developing community facilities. They may not always be schools; I was talking about an old fire hall earlier.

It is important to look at communities and what members of that community think is appropriate and what they can use and attract to those facilities. That is a longer process.

It seems to me politicians are more and more reluctant to engage in conversations because people come up with good ideas and they have to do away with their preconceived notions of what they want to do. It is a tough situation. I would not want to be a politician for anything in the world.

Your point is well-taken. We should be using these buildings for all sorts of reasons if they are available and spaces are available. We do know about the turf wars Mr. Boldt was talking about, and it has to do with the competition for scarce dollars. You are always in competition. It is unfortunate but reality.

**Mr. Boldt:** I did not dwell on it in my presentation, but it would be valuable for you to take a look at the division of powers within the federation. I am biased towards a strong central government. I am concerned that the power has shifted to the provinces. Is the federal government now competent, legally and constitutionally able to do what you are suggesting? Education and the disposal of school buildings is a provincial matter.

I often think of an armoured truck as an analogy. The federal government passes a budget and puts X number of dollars in for a seniors program, let us say. That armoured truck goes to the province, and the Ministry of Finance takes a bite because they have to administer this money. It goes to another ministry, and they take another bite. By the time the armoured truck gets to

qui s'y rendent? Comme nous le savons tous, le lien qui unit la première et la troisième générations est souvent merveilleux. Ce lien n'existe pas toujours avec la seconde génération. Nous semblons incapables de sortir des sentiers battus. Les bâtiments scolaires appartiennent aux ministères de l'éducation. Le bâtiment qui s'adresse aux aînés appartiendrait aux ministères des aînés, si nous devions en mettre sur pied. Il me semble que nous sommes immobilisés.

J'aimerais connaître votre point de vue sur la possibilité d'utiliser des installations de façon novatrice à mesure que nous tentons d'élaborer de nouveaux programmes.

**Mme Langolf :** Nous avons assisté à des discussions sur l'éco-densité qui ont eu lieu à l'hôtel de ville de Vancouver. Tout le monde cherche des façons d'utiliser ces installations.

Je suis enthousiaste à l'idée d'utiliser les bâtiments publics à diverses fins. Je doute toutefois que ce soit une bonne idée de faire les choses de façon prescriptive et de dire aux gens qu'ils doivent agir de telle ou telle façon. Cela risque de mener à un échec. Il faut aborder la question de la bonne utilisation des installations communautaires de façons différentes. Ce ne sont peut-être pas toujours des écoles; j'ai parlé plus tôt d'une ancienne caserne de pompier.

Il faut tenir compte de chaque collectivité et se demander ce que la population de ces collectivités souhaite obtenir, ce qu'elle aimerait faire de ces installations, et les gens qu'elle aimerait y attirer. C'est un très long processus.

J'ai l'impression que les politiciens hésitent de plus en plus à s'engager dans des conversations parce que les gens leur présentent de bonnes idées et qu'ils doivent alors abandonner leurs idées préconçues de ce qu'il faut faire. C'est une situation complexe. Je ne voudrais pour rien au monde être à la place d'un politicien.

Vous soulevez une idée pertinente. Nous devrions utiliser ces bâtiments à toutes sortes de fins puisqu'ils sont disponibles et que des locaux sont libres. Nous sommes conscients des querelles de territoire dont M. Boldt a parlé, et elles s'expliquent parce qu'il faut se battre pour les financements limités. On se retrouve toujours en concurrence. C'est malheureux, mais c'est comme ça.

**M. Boldt :** Je n'ai pas insisté sur cette question dans mon exposé, mais je pense qu'il serait utile que vous étudiez le partage des pouvoirs au sein de la fédération. J'ai une partialité envers un gouvernement central solide. Le fait que le pouvoir ait été transféré aux provinces me préoccupe. Le gouvernement fédéral est-il actuellement en mesure, sur les plans légal et constitutionnel, de mettre en œuvre ce que vous proposez? L'éducation et l'utilisation des bâtiments scolaires relèvent des provinces.

J'utilise souvent le camion blindé comme analogie. Le gouvernement fédéral adopte un budget et consacre, disons, un nombre X de dollars à un programme pour les aînés. Ce camion blindé se rend dans la province, et le ministère des Finances en prend une partie parce qu'il doit administrer l'argent. Il se rend ensuite jusqu'à un autre ministère, qui en prend une autre partie.



where it was supposed to go, there is not as much money on the truck as there was when it started out. That is the kind of issue you are in a position to analyze and discuss.

**The Chair:** You are correct that there has been a devolution of power. It seems to be what the provinces want. Like you, I happen to believe in a strong federation, and I think that view is shared by both senators at this table. However, the Conservative senators are not represented here today. Enough said on that.

**Reg Miller, Member of the Advocacy Committee, B.C. Retired Teachers' Association:** The coordination is the difficulty. At the provincial level, the government is putting it into the bailiwick of the school boards. The school boards need the money, so they are not willing to give the space away. It ends up being a difficulty for anyone who wants to make use of the facilities because of that.

From the standpoint of seniors, if we had both a provincial seniors ministry with someone looking after that and especially a federal ministry where there could be direction along those lines, it would really help. We do not have that direction right now; everybody is doing their own thing. School boards are doing their own thing. Here they are selling their property; the schools are now becoming condos. That is just adding to the difficulty for seniors, because they are not condos that seniors can afford. As Mr. Boldt mentioned, when you sell your home, you will not get as much as you need to buy an expensive condo in that development.

Coordination is needed at the federal level by a seniors ministry or at least a minister to direct, and it is also needed at the provincial level.

**Mr. Boldt:** This afternoon you will be hearing from Dr. Marilyn Bater from the Vancouver Island Health Authority, VIHA. It would be interesting to ask her about the role of VIHA in this area of integration of services; they are the bottom line, if you will, in British Columbia. What are they doing to integrate services to ensure there is no duplication?

**The Chair:** That is exactly why we are speaking with her.

**Senator Mercer:** Ms. Langolf, you suggested using the current surplus to fix some of the problems that you outlined. I have bad news for you. There is no surplus because of the tax cuts that have been made, the elimination of two points in the GST. I am sure you have invested your two points in the GST wisely and you will be a rich woman some day because of it. That has basically handcuffed this government and any future government.

Quand le camion blindé arrive enfin à destination, il ne contient plus autant d'argent qu'au moment de son départ. C'est ce genre de question que vous devriez analyser et dont vous devriez discuter.

**La présidente :** Vous avez raison de dire qu'il y a eu un partage des pouvoirs. Il semble que ce soit la volonté des provinces. Je suis comme vous, je crois en une fédération solide, et je crois que les deux sénateurs ici présents partagent ce point de vue. Cependant, il n'y a pas de sénateurs conservateurs à notre table aujourd'hui. Je crois que nous en avons assez dit à ce sujet.

**Reg Miller, membre du Comité de parrainage, B.C. Retired Teachers' Association :** Ce qui est difficile, c'est la coordination. À l'échelle provinciale, le gouvernement renvoie la balle dans le camp des commissions scolaires. Les commissions scolaires ont besoin de l'argent alors elles n'ont pas envie d'abandonner les locaux. Les personnes qui souhaiteraient utiliser ces installations font donc face à un obstacle.

En ce qui concerne les aînés, s'il y avait un ministère provincial des Aînés dont un des membres s'occuperait de cette question et, plus particulièrement, un ministère fédéral qui formulerait des directives en ce sens, cela serait très utile. À l'heure actuelle, nous n'avons pas ces directives; tout le monde agit en vase clos. Les commissions scolaires agissent en vase clos. Dans le coin, elles vendent leurs propriétés; les écoles deviennent des condos. C'est un autre obstacle pour les aînés puisque ce ne sont pas des condos abordables pour eux. Comme l'a dit M. Boldt, si vous vendez votre maison, vous ne la vendrez pas assez cher pour avoir suffisamment d'argent pour acheter un condo coûteux dans ce lotissement.

Il faut qu'un ministère des aînés à l'échelle fédérale s'occupe de la coordination, ou à tout le moins qu'un ministre fédéral dirige la coordination, et il y a les mêmes besoins à l'échelle provinciale.

**M. Boldt :** Vous entendrez, cet après-midi, la Dre Marilyn Bater de l'Autorité sanitaire de l'île de Vancouver, la VIHA. Ce serait intéressant de l'interroger à propos du rôle de la VIHA dans l'intégration des services. Cet organisme se trouve tout au bout de la chaîne, si vous voulez, en Colombie-Britannique. Et que fait-il pour intégrer les services et s'assurer qu'il n'y a pas de chevauchement?

**La présidente :** C'est exactement pour cette raison que nous voulons la rencontrer.

**Le sénateur Mercer :** Madame Langolf, vous avez proposé que l'on utilise l'excédent actuel pour régler certains des problèmes que vous avez décrits. J'ai de mauvaises nouvelles pour vous. Il n'y a pas d'excédent à cause des réductions fiscales qui ont été faites, de la réduction de deux points de la TPS. Je suis sûr que vous avez investi le montant épargné grâce à cette réduction de deux points de la TPS de façon intelligente et que vous serez une femme riche un jour grâce à cela. Cette mesure a essentiellement menotté le gouvernement actuel et tous les gouvernements à venir.

That goes to your point, Mr. Boldt, about the shift in the devolution of power. This is a huge concern. We have not reached a crisis yet, but we are getting close to it. We are seeing a downturn in the economy every day, in all parts of the country. It is very frustrating.

A recent article in *The Chronicle-Herald* from Halifax, my hometown newspaper, quoted the architect of some of this, Mr. Flanagan, saying how it has finally worked and they have finally shifted. He was quite gleeful. I am disgusted by the whole thing.

I was interested in the provincial program you outlined, Mr. Boldt, of deferring local property taxes. Do you know what the takeup is? In the end, when you sell your property or your children sell your property after you are gone, the taxes then need to be paid retroactively. Is there interest on the taxes?

**Mr. Boldt:** This program is hugely successful. It is used more in the wealthier parts of cities like Vancouver.

I have an application at home on my desk. I fill in a form and take it to a provincial agency in Courtenay, and they issue me a statement that says that my taxes have been paid, for an annual administration fee of \$15. I am currently paying about 3.5 per cent to 4 per cent interest on that money. When the title changes hands, if I give it to my kids, for example, then it is due and payable; or if my wife and I sell and we move into town, which is on our agenda, then they get the first bite out of the money that is paid.

I have been doing this about four years. I think I owe \$4,500 or \$5,000. It is a very simple and useful program. How rich do I want my kids to be when I die? I can use that money today.

**Senator Mercer:** How much does it cost the municipal governments who are foregoing the tax?

**Mr. Boldt:** I live in the Comox Valley Regional District. The provincial government cuts a cheque. If I defer \$1,700, for example, a cheque for \$1,700 goes to the regional district. The local governments do not miss out. That money goes to them.

**Senator Mercer:** The provincial government loses out.

**Mr. Boldt:** That is why the provincial government charges interest, to pay for the administration.

**Senator Mercer:** It is going directly to our aging in place?

**Mr. Boldt:** Yes, it is. It is a unique program in Canada. I think we are the only province that has it.

**Senator Mercer:** Like everything else in British Columbia, it is unique.

**Mr. Boldt:** We are also very humble here.

Cela me mène à ce que vous avez dit, monsieur Boldt, à propos du changement dans le partage des pouvoirs. Il s'agit d'une préoccupation importante. Nous ne vivons pas encore une crise, mais cela ne devrait pas tarder. Nous constatons chaque jour un ralentissement de l'économie partout au pays. C'est très frustrant.

Un article paru récemment dans le *Chronicle-Herald* de Halifax, un journal de l'endroit d'où je viens, citait l'un des architectes de tout cela, M. Flanagan, qui disait à quel point la mesure avait enfin porté fruit et que la transition avait finalement été faite. Il n'avait que des louanges. Tout ça me dégoûte.

Le programme provincial que vous avez décrit, monsieur Boldt, concernant la possibilité de retarder l'impôt foncier local, a retenu mon attention. Connaissez-vous le taux de participation? Au bout du compte, quand vous vendez votre propriété ou quand vos enfants vendent votre propriété à la suite de votre décès, l'impôt doit être payé de façon rétroactive. Y a-t-il de l'intérêt sur les montants imposés?

**M. Boldt :** Ce programme connaît un grand succès. Il est surtout utilisé dans les secteurs nantis des villes comme Vancouver.

J'ai une demande sur mon bureau à la maison. J'ai rempli un formulaire et je l'ai remis à un organisme provincial à Courtenay, et on m'a envoyé une déclaration selon laquelle mes impôts ont été payés en échange de frais d'administration annuels de 15 \$. Je paie actuellement de 3,5 à 4 p. 100 d'intérêt sur le montant de ces impôts. Quand le titre de propriété changera de main, si je donne ma propriété à mes enfants, par exemple, l'impôt est exigible. Si ma femme et moi vendons la maison pour déménager en ville, ce que nous prévoyons faire, ils pourront profiter de la première partie du montant qui a été versée.

Je fais cela depuis environ quatre ans. Je crois que je dois 4 500 \$ ou 5 000 \$. C'est un programme très simple et très utile. À quel point est-ce que je veux que mes enfants soient riches quand je vais mourir? Je peux utiliser cet argent aujourd'hui.

**Le sénateur Mercer :** Combien cela coûte-t-il aux administrations municipales, qui doivent se priver de l'impôt?

**M. Boldt :** Je vis dans le district régional de la vallée Comox. Le gouvernement provincial émet un chèque. Si je déduis, par exemple, 1 700 \$, un chèque de 1 700 \$ est envoyé au district régional. Les administrations locales ne subissent aucune perte. C'est à elles que va l'argent.

**Le sénateur Mercer :** Le gouvernement provincial est perdant.

**M. Boldt :** C'est pourquoi le gouvernement provincial prélève de l'intérêt : pour payer l'administration du programme.

**Le sénateur Mercer :** Le programme bénéficie directement aux aînés qui vieillissent chez eux?

**M. Boldt :** Oui, c'est bien ça. C'est un programme unique au Canada. Je crois qu'il n'y a pas que dans notre province qu'un tel programme existe.

**Le sénateur Mercer :** Il est unique, comme tout le reste en Colombie-Britannique.

**M. Boldt :** Nous sommes aussi très modestes.

**Ms. Langolf:** The provincial government does not lose out. It is a deferred payment. Although I think they are crazy, there are many seniors who do not want to take part in the program because they are concerned about there being a tax bite when they want either to leave the property to their heirs or to sell it. Obviously there are different attitudes at play as well.

**Senator Mercer:** Bringing back the co-op housing program is interesting. There are two styles of co-op programs. There is the style I think you are referring to, which would be co-op housing in a condo-apartment, and there is the other style, which Senator Cordy and I are more used to in Nova Scotia, where single family dwellings are built under a co-op program. The investment of the homeowner was provided through sweat equity; they actually did some of the work in building the home, which meant that they could repair the home later on because, unlike me, they would know how to use a hammer.

Which program were you referring to?

**Ms. Langolf:** I was talking about the one done by the Canada Mortgage and Housing Corporation. It is my belief that one size does not fit all, that we have to have a large variety of dwellings and options for people, including seniors. Some people are comfortable in apartments. I heard from the housing coordinator, Judith Graves, that some of the folks who live in the Downtown Eastside need to be able to touch their walls when they stretch their hands to feel comfortable and safe.

We need to provide different mixes of housing. Bringing back a co-op housing program would be a good step in that direction.

**Senator Mercer:** Like Senator Carstairs, I appreciate your comments about the need for public washrooms. I am a man over a certain age and I appreciate the sentiment.

I also thought you hit on an interesting point. This is not the first time we have heard the words "child care" in this Special Senate Committee on Aging. Your comment that the elimination of elder abuse begins in the day care centre is quite a bold statement, and I agree with it.

How do we address that? We have thousands and thousands of child care centres across the country, and I know you are using "child care centre" in a symbolic sense, but it seems to me that there is an opportunity, with so many children are in child care of one form or another, that we should seize on that and talk about building respect for one another and one's elders as well as younger people and one's peers. Do you have a suggestion?

**Ms. Langolf:** Your questions may be better answered by my cohorts here. Certainly none of it happens overnight. Some of the abuse happens in day care centres as well, so it is not like they are the be-all and end-all. The people who go through training for

**Mme Langolf :** Le gouvernement provincial n'est pas perdant. C'est un paiement retardé. Même si cela me semble absurde, de nombreux aînés décident de ne pas participer au programme parce qu'ils craignent une ponction fiscale quand ils voudront laisser la propriété à leurs héritiers ou la vendre. De toute évidence, les gens réagissent de diverses façons.

**Le sénateur Mercer :** La possibilité de rétablir le programme de coopérative d'habitations est intéressante. Il y a deux types de programmes coopératifs. Il y a le type auquel je pense que vous renvoyez, qui consiste en une coopérative d'habitations sous la forme de condos et d'appartements, et il y a l'autre type, auquel le sénateur Cordy et moi sommes plus habitués en Nouvelle-Écosse, selon lequel des maisons unifamiliales sont construites dans le cadre d'un programme coopératif. Ce que les propriétaires ont dû investir, ce sont des efforts : ils ont en fait participé à la construction de la maison, ce qui signifie qu'ils pourront, plus tard, effectuer eux-mêmes des réparations puisqu'ils ne seront pas, contrairement à moi, incapables d'utiliser un marteau.

À quel programme faites-vous allusion?

**Mme Langolf :** Je parlais du programme de la Société canadienne d'hypothèques et de logements. Je crois, pour ma part, qu'il n'y a pas de solution universelle et que nous devons offrir aux gens, y compris aux aînés, une gamme variée d'unités d'habitation et d'options. Certaines personnes sont à l'aise dans des appartements. Judith Graves, la coordonnatrice du logement, m'a raconté que certaines personnes qui vivent dans le Downtown Eastside doivent être en mesure de pouvoir toucher les murs de leur appartement quand ils étirent leurs bras pour se sentir à l'aise et en sécurité.

Nous devons offrir divers types de logements. Le fait de rétablir un programme de coopérative d'habitations constituerait un pas dans la bonne direction.

**Le sénateur Mercer :** Tout comme le sénateur Carstairs, j'ai été heureux de vous entendre parler du besoin en matière de toilettes publiques. Je suis un homme d'un certain âge et je comprends ce que vous voulez dire.

Je pense aussi que vous avez frappé dans le mille en ce qui concerne un point en particulier. Ce n'est pas la première fois que nous entendons les termes « garde d'enfants » au Comité sénatorial spécial sur le vieillissement. Vous avez dit que, pour éliminer la violence envers les aînés, il fallait commencer par les garderies, ce qui est plutôt audacieux, et je suis d'accord avec vous.

Comment devons-nous procéder? Il y des milliers et des milliers de garderies partout au pays, et je sais que vous utilisez le terme « garderie » dans un sens symbolique, mais il me semble qu'il y a là une occasion à saisir, puisque les garderies de toute forme accueillent un si grand nombre d'enfants, pour renforcer le respect entre les générations, de même qu'entre les aînés et entre les jeunes. Avez-vous une proposition?

**Mme Langolf :** Mes collègues ici présents pourraient probablement mieux répondre à vos questions. Une chose est sûre, les choses ne peuvent changer du jour au lendemain. Certains cas de violence surviennent aussi dans les garderies, alors

these licences, in B.C. in particular that I know of, are taught about respect for children and how to engender and receive respect in return.

Our suggestion is for quality licensed care. Does that guarantee that everybody will not be a bully? I doubt it, but the chances are smaller.

**Mr. Boldt:** I have lived long enough to have seen the wheel go around again. What was happening in the 1940s in Saskatchewan where I was born and raised is suddenly happening again. Co-ops were big in the Prairies in the 1930s and 1940s.

The issue of child care and senior care is a need for professionals and government bureaucrats to sit down and talk with each other. It is not rocket science. What we are talking about doing can be done. Sometimes you need a kick in the rear from somebody, and I am suggesting that either the province or the federal government do this, in terms of directed or targeting funding, for example, or making it a condition of receiving the money.

In North Winnipeg, your current Minister of Finance got his start in the 1970s in the community school movement, and he piloted some very interesting programs. At Britannia Secondary School in Vancouver there was an interesting combination where different cultures and different ages came together.

This has all been done before. If you talk to Greg Selinger, he will tell you about this. He is a valuable resource.

I was involved with the community school movement here in B.C. Nobody is beating down my door to get my insight into this. The wheel is there. It is just a matter of someone somewhere saying, "Get with the program, folks."

**Senator Cordy:** I love your comments about a strong federal government because I feel passionately that if we do not all work together and have a strong foundation or strong central government, it will lead to the weakening of our country.

We have heard about aging in place over and over again. We know that it is a win-win situation. Seniors want to stay in their homes, and for governments it is much cheaper.

We did hear, although I forget where because the days are all starting to blur together, a recommendation that if seniors are to stay in their homes over a certain age, perhaps there should be a federal grant for them to make it more affordable. You have talked about a provincial program where your taxes can be deferred.

What do you think about a federal plan like that to give monthly, quarterly or yearly grants to seniors who are staying in their own homes to help with the mowing of lawns, repairs and

ce n'est pas comme s'il s'agissait de la solution suprême. Les personnes qui suivent une formation pour obtenir un permis, à tout le moins en Colombie-Britannique, selon ce que je sais, reçoivent une formation sur le respect des enfants et sur la façon de susciter du respect et d'en recevoir en échange.

Ce que nous proposons, ce sont des services accrédités de qualité. Serions-nous certains, alors, qu'il n'y aurait plus de violence? Je ne pense pas, mais les risques seraient réduits.

**M. Boldt :** J'ai vécu assez longtemps pour assister au retour du balancier. Ce qui se passait dans la Saskatchewan des années 1940, où je suis né et où j'ai été élevé, surgit soudainement de nouveau. Dans les années 1930 et 1940, les coopératives jouissaient d'une très bonne réputation dans les Prairies.

La question des garderies et des soins aux aînés est une question dont les professionnels et les administrateurs du gouvernement doivent discuter en collaboration. Ce n'est pas sorcier. Ce dont nous parlons peut être mis en place. On a parfois besoin d'un coup de pied dans le derrière, et je propose que le gouvernement provincial ou le gouvernement fédéral le fasse, par exemple à l'aide d'un financement ciblé ou dirigé, ou en exigeant que les bénéficiaires de l'argent satisfassent à certaines conditions.

Votre ministre des Finances actuel a fait ses premières armes dans les années 1970 dans le nord de Winnipeg, au sein du mouvement des écoles communautaires, et il a mis à l'essai certains programmes très intéressants. À l'école secondaire Britannia de Vancouver, il y a eu un projet intéressant d'associations qui regroupaient des gens de diverses cultures et de divers âges.

Tout cela a déjà été fait. Vous pouvez parler à Greg Selinger; il vous en dira plus. C'est une personne-ressource très utile.

J'ai participé au mouvement des écoles communautaires en Colombie-Britannique. Personne ne vient frapper à ma porte pour obtenir des conseils de ma part à ce sujet. La roue tourne. Il suffit maintenant que quelqu'un, quelque part, dise : « Allez, mettez le programme en place. »

**Le sénateur Cordy :** J'ai bien aimé ce que vous avez dit à propos d'un gouvernement fédéral solide parce que je crois fermement que, si nous ne travaillons pas tous en étroite collaboration et si nous n'avons pas un fondement ou un gouvernement central solide, notre pays s'affaiblira.

La possibilité de vieillir chez soi est un sujet dont nous avons entendu parler à de multiples reprises. Nous savons que c'est une situation où tout le monde est gagnant. Les aînés souhaitent rester chez eux, et cela coûte beaucoup moins cher aux gouvernements.

On nous a fait part d'une recommandation — je ne me souviens pas, puisque je commence à confondre les jours — selon laquelle, si des aînés qui restent chez eux atteignent un certain âge, ils pourraient avoir droit à une subvention fédérale pour que cela soit plus abordable. Vous avez parlé d'un programme provincial qui permet de retarder votre impôt.

Que pensez-vous d'un programme fédéral de ce type dans le cadre duquel on offrirait, chaque mois, chaque trimestre ou chaque année, des subventions aux aînés qui restent chez eux pour

the like? Those are the things that seniors staying in their homes are finding very challenging. They cannot necessarily do all the home repairs the way they could when they were in their twenties and thirties, so they are having to hire people to do it. Have you thought about that type of a grant system?

**Ms. Langolf:** I have not thought about such a grant system, but I think it is advisable to try it in a study in significant numbers to see whether or not it is a useful activity. It would not break the bank and would be an important indicator of whether or not that kind of a program is useful to the communities.

I do not think any one suggestion about how people get the resources to pay for the everyday living things is necessarily the answer. If you took 600 to 1,000 households and made them part of a program, you would have the ability to measure success or failure; you would have good indicators about whether or not that is useful.

**The Chair:** Interestingly, we have such a program. It is called the Veterans Independence Program. It came about because there was going to be a need to build acute care beds and long-term care personal beds for veterans across the country. It was decided to try the Veterans Independence Program in lieu of that, only to discover that the veterans were so happy living within their own communities that they did not need the acute care beds and the long-term care beds. We know that it works. We have done the experiment.

**Mr. Miller:** Simply having funding is not the answer. There has to be more to it than that.

In some cultures, the family stays together and works together and lives in the same place. We have gotten away from that. We tend to want to build facilities to put seniors in rather than having them stay and age in place. There needs to be both education and coordination so that it is possible to have different age groupings in the house. It is still possible now, but we do not encourage that. Too many seniors see only the alternative, which is to go into some kind of care facility as opposed to having a way that we could have family members or non-family members living in the same place.

As seniors age and space becomes available, we need to have both education and programs to help have others in the same facility. That would help with the situation for accommodation for younger people, which is a problem right now, and it also helps with the senior being able to stay in the home. It is not taxing the government from a monetary standpoint. It is a cultural and educational change that is necessary.

les aider à payer quelqu'un pour tondre la pelouse, faire des réparations et accomplir d'autres travaux de ce type? Ce sont les travaux de ce genre qui posent le plus de difficulté pour les aînés qui restent chez eux. Ils ne peuvent pas toujours s'occuper de toutes les réparations à faire, comme ils le faisaient quand ils avaient 20 ou 30 ans, alors ils doivent embaucher quelqu'un pour le faire. Avez-vous envisagé ce type de régime de subvention?

**Mme Langolf :** Je n'ai pas pensé à un tel régime de subvention, mais je crois qu'il serait pertinent de le mettre à l'essai dans le cadre d'une étude auprès d'un grand nombre de personnes afin de déterminer s'il s'agit ou non d'un régime utile. Cela n'aurait pas d'importantes répercussions financières, mais on pourrait savoir assez précisément si ce type de programme est utile pour les collectivités.

Je ne crois pas que les suggestions qui ont été faites concernant la possibilité d'offrir aux gens des ressources pour les dépenses quotidiennes constituent tout à fait la solution. Si vous prenez 600 ou 1 000 ménages et que vous les faites participer à un programme, vous êtes en mesure de mesurer la réussite ou l'échec du programme; vous pouvez obtenir de bons indicateurs concernant les éléments utiles et ceux qui ne le sont pas.

**La présidente :** J'aimerais souligner qu'un tel programme existe. Il s'agit du Programme pour l'autonomie des anciens combattants. Ce programme a été mis sur pied parce qu'on savait qu'il faudrait créer des places pour dispenser des soins actifs et des soins personnels de longue durée aux anciens combattants partout au pays. On a donc décidé de mettre à l'essai le Programme pour l'autonomie des anciens combattants à la place, et on a découvert que les anciens combattants étaient si heureux de pouvoir vivre dans leur collectivité qu'ils n'avaient plus besoin de place en soins actifs et en soins de longue durée. Nous savons que cela fonctionne. Nous en avons fait l'expérience.

**M. Miller :** Il ne suffit pas simplement d'avoir le financement. Il y a d'autres éléments dont il faut tenir compte.

Dans certaines cultures, les familles restent unies, travaillent ensemble et vivent au même endroit. Nous nous sommes éloignés de cela. Nous avons tendance à vouloir construire des immeubles où vivront les aînés plutôt que de leur permettre de rester et de vieillir chez eux. Il faut offrir de l'éducation et de la coordination afin qu'il soit possible de regrouper des gens d'âges divers à la maison. C'est déjà une solution possible, mais nous ne la favorisons pas. Bon nombre d'aînés ne voient qu'une seule solution possible, c'est-à-dire celle d'aller s'installer dans un établissement de soins de quelque sorte, et on n'envisage pas de façon de regrouper sous un même toit des membres d'une famille ou d'autres personnes.

Puisque les aînés vieillissent et que des locaux deviennent disponibles, nous devons prévoir de l'éducation et des programmes pour aider les gens à vivre sous un même toit. Cela permettrait de régler le problème du logement chez les jeunes, qui existe actuellement, en plus d'aider les aînés à être en mesure de rester chez eux. D'un point de vue financier, cette solution ne constitue pas un fardeau pour le gouvernement. Ce qu'il faut, c'est un changement culturel et un changement dans l'éducation.

Incentives could be put in place by the government in order for that to occur. We do have the caregiver incentives now so that you can have somebody come in and give care, but that is in a business relationship rather than a family relationship. We need to look more at the family relationship so it does not cost as much money. It might also prevent abuse if we had more of the family situation.

From the care standpoint, we have day care for children. Now we need to get seniors out of the house and into programs. We need more community programs like a day care for seniors. There is nothing wrong with day care for seniors where they can go to programs. The community does provide such programs through recreation facilities, but we just do not have enough education and enough push to have seniors go out into the community and into these programs to get out from sitting in the house and wasting away.

**Mr. Boldt:** I am nervous about a grant. Historically, governments will provide a grant and then say, "We have solved the problem." That may be one part of the program.

In options 24 to 33, you have interesting ways to provide income support for seniors. As Ms. Langolf has mentioned a number of times, one size does not fit all. When you meet with your panel of experts, I would like to see the issue of creativity raised for solving some of these problems with the integration of services.

For me, it is a process more than anything else. People, especially at the local level, are encouraged to talk, to share information and to put together programs. What works in the Comox Valley on Vancouver Island will not work in the east end of Vancouver or in North Winnipeg. The process is the critical thing.

In the 1970s and 1980s, when I was involved with this kind of thing, I found that as soon as you sat down around a table with a whole bunch of people, usually over cinnamon buns or the muffins that the senator is enjoying here, all of a sudden solutions start to pop out. When you break bread with people, solutions will rise to the fore.

Process is critical, if you can get the experts to talk about this and fit it into your final report.

**Senator Cordy:** Very well said. The point about one size does not fit all is very accurate. I think the idea of flexibility and consultation really does work. Top-down decisions are not always the best.

The idea of family works if family is around. I am from Nova Scotia. Unfortunately, so many of our young people have left to go to work in Alberta. In the rural areas, the seniors are left

Le gouvernement pourrait prévoir des mesures incitatives pour que ces changements soient possibles. Nous avons actuellement les mesures incitatives pour les fournisseurs de soins, ce qui permet de faire venir à la maison une personne qui offrira les soins, mais il s'agit d'une relation d'affaires plutôt que d'une relation familiale. Nous devons plutôt favoriser la relation familiale puisqu'elle coûte moins cher. Nous pourrions aussi prévenir la violence si les familles participaient davantage.

En ce qui concerne les soins, nous avons des garderies pour les enfants. Nous devons maintenant inciter les aînés à sortir de chez eux et à prendre part aux programmes. Nous devons mettre sur pied davantage de programmes communautaires comme les soins de jour pour les aînés. Dans la mesure où les aînés peuvent se rendre aux activités organisées dans le cadre des programmes, les soins de jour ne présentent pas d'inconvénients. Les collectivités offrent des programmes de ce type dans les installations de loisirs, mais l'éducation auprès des aînés et la motivation de ceux-ci ne sont pas assez importantes pour qu'ils sortent de chez eux, où ils perdent leur temps, pour se rendre dans la collectivité afin de participer à ces programmes.

**M. Boldt :** L'idée d'une subvention m'inquiète. Par le passé, les gouvernements ont offert des subventions puis ont dit : « Nous avons réglé le problème. » Ça peut être une partie du programme.

Dans les options 24 à 33, vous mentionnez des façons pertinentes d'offrir aux aînés un soutien du revenu. Comme l'a mentionné Mme Langolf à plusieurs reprises, il n'y a pas de solution universelle. Quand vous rencontrerez votre groupe de spécialistes, j'espère que vous soulèverez la question de la créativité comme moyen de régler certains de ces problèmes liés à l'intégration de services.

Selon moi, le processus est ce qui importe le plus. On encourage les gens, particulièrement à l'échelle locale, à parler, à échanger des renseignements et à créer des programmes. Ce qui fonctionne à Comox Valley, sur l'île de Vancouver, ne fonctionnera pas nécessairement dans l'est de Vancouver ou dans le Nord de Winnipeg. Le processus est un facteur déterminant de la réussite.

Dans les années 1970 et 1980, à l'époque où je participais à ce genre de processus, j'ai constaté que le fait de s'asseoir autour d'une table avec un groupe de personnes et de manger des brioches à la cannelle ou des muffins, comme celui que le sénateur est en train de savourer, permet à des solutions de faire surface. Quand on casse la croûte avec les gens, les solutions viennent d'elles-mêmes.

Le processus est déterminant. Vous devriez demander aux spécialistes d'aborder cette question et l'inclure dans votre rapport final.

**Le sénateur Cordy :** Très bien dit. Il est vrai que les mêmes solutions ne s'appliquent pas à tout le monde. Je pense que la souplesse et les consultations donnent vraiment de bons résultats. Les décisions prises par les gens au pouvoir ne sont pas toujours les meilleures.

L'idée de faire contribuer la famille peut fonctionner si la personne âgée a effectivement de la famille. Je suis de la Nouvelle-Écosse. Malheureusement, un grand nombre de nos jeunes ont

behind. Those who have not gone to Alberta are moving to Halifax, to the city. It sounds really good, but as Mr. Boldt has said, the same solutions do not work everywhere.

I will turn now to the pharmaceuticals. You said sometimes generic drugs are not available on a province's formulary. Should we have a national drug formulary so that the same drugs are available in Nova Scotia, Prince Edward Island and British Columbia?

**Mr. Boldt:** Absolutely.

**Senator Cordy:** That was easy. You nodded your head, so I assume everyone agrees with that.

As a retired school teacher, I cannot help but comment on literacy. You are right, the insides have been taken out of the literacy programs. You also made the comment that so many of these things you can talk about in relation to seniors but they are programs that start when people are very young. If you cannot read when you are age 16 or 22 or 32, then you will not be literate when you are age 62.

**Ms. Langolf:** Then you can make the news that you have learned to read when you are 95, as I saw the other day.

**Senator Cordy:** That would be because of a literacy program that has now been cut.

When you spoke of literacy, you also talked about seniors helping seniors. As we were travelling across the country, we heard the challenges of getting volunteers. Volunteers are getting older. Mr. Boldt made reference earlier to peak oil. The cost of being a volunteer is becoming cumbersome for some people. It is great if you have a good pension plan or if you have saved some money, but if you have not, then to be a volunteer surviving on OAS is almost impossible.

How are you dealing with challenges like that, costs to volunteers, and are you having any challenges getting volunteers in this community?

**Ms. Langolf:** We are used to hearing about the baby boom tsunami coming. I want to make sure people understand that old people are not a disaster; we are not a destructive force.

I am part of the baby boom. I have been retired now for five years. Every one I know is active in the community because they still have some energy. Other folks who have been there before are burning out. You are right: it is difficult to sustain volunteer energy.

We should not expect volunteers to provide services that really ought to be provided by folks who are being paid. There are things that are not appropriate for volunteers to do or that we should not be expecting to download.

quitté la province pour aller travailler en Alberta. Dans les régions rurales, les personnes âgées ont été laissées derrière. Les gens qui ne sont pas partis en Alberta se sont installés en ville, à Halifax. En théorie, c'est une bonne idée, mais, comme M. Boldt l'a dit, certaines solutions ne peuvent pas être appliquées partout.

Je vais maintenant me pencher sur les médicaments. Vous avez dit que les médicaments génériques ne sont pas toujours disponibles dans le formulaire de la province. Devrait-on avoir un formulaire pharmaceutique national pour que les mêmes médicaments soient disponibles en Nouvelle-Écosse, à l'Île-du-Prince-Édouard et en Colombie-Britannique?

**M. Boldt :** Certainement.

**Le sénateur Cordy :** Vous n'avez pas hésité une seconde. Les autres ont hoché la tête. Je présume donc que tout le monde est d'accord avec vous.

En tant qu'enseignante à la retraite, je dois faire un commentaire sur l'alphabétisation. Vous avez raison. Les programmes d'alphabétisation ont tout perdu. Vous avez également affirmé qu'un grand nombre de ces problèmes liés aux personnes âgées commencent à un très jeune âge. Si vous n'êtes pas capable de lire à 16, 22 ou 32 ans, vous serez toujours analphabète à l'âge de 62 ans.

**Mme Langolf :** Et si vous apprenez à lire à 95 ans, vous pouvez faire les actualités. J'ai vu cela l'autre jour.

**Le sénateur Cordy :** C'était grâce à un programme d'alphabétisation qui n'existe plus.

Quand vous avez parlé de l'alphabétisation, vous avez également dit que les aînés doivent s'entraider. Pendant nos séjours dans diverses régions du pays, nous avons entendu parler du défi que constitue le recrutement des bénévoles. Les bénévoles vieillissent. Tantôt, M. Boldt a parlé du pic pétrolier. Certaines personnes ne peuvent plus se permettre de faire du bénévolat. Vous pouvez continuer d'aider les gens si vous avez un bon régime de pensions ou que vous avez mis de l'argent de côté, mais, sinon, il est presque impossible d'être bénévole seulement avec la SV.

Comment relevez-vous les défis comme ceux-là, c'est-à-dire les coûts pour les bénévoles, et avez-vous de la difficulté à recruter des bénévoles dans la collectivité?

**Mme Langolf :** Nous entendons souvent dire que le tsunami du baby-boom nous frappera bientôt. Je veux faire comprendre aux gens que les vieillards ne sont pas une catastrophe; nous ne sommes pas une force destructive.

Je fais partie du baby-boom. Je suis à la retraite depuis cinq ans. Tous les gens que je connais sont actifs dans la collectivité parce qu'elles ont encore de l'énergie. Certaines personnes l'ont déjà été, mais sont à bout de force. Vous avez raison; il est difficile pour les bénévoles de conserver leur énergie.

Nous ne pouvons pas demander aux bénévoles de fournir des services qui devraient manifestement être fournis par des salariés. Certaines activités ne sont pas appropriées pour les bénévoles, et nous ne devrions pas nous attendre à ce qu'ils le fassent.

There are no easy answers, as you probably know from what people have been telling you. Groups like COSCO put on programs provincially for trainers. Those are all done by volunteers. I suspect one of the reasons Mr. Kube could not be here today is because he is doing a lot. We are trying not to follow that example.

Programs by volunteers are very important because people can feel useful and productive in a way that they might not be able to in the workforce. You can pick and choose. Sometimes you cannot do that when you are working. Your boss may not appreciate it.

It was suggested that people get a credit for volunteering. I have a bit of a problem with that. We have not really discussed it as a group to a degree that I can say that that is something we would encourage. The difficulty with that is the whole business of charity and how one deals with charity. Is charity anonymous?

In our society, it is bizarre that people can give hundreds and thousands of dollars and get tax receipts for that, while others work their fingers to the bone and get nothing. How do you deal with that? I do not have an answer for it. However, recognizing it and discussing it is very important. Perhaps a combination of things, including making some services available free of charge to people who volunteer rather than a grant or money.

**Senator Cordy:** It is easier to write a cheque than to volunteer 20 hours a week.

**Ms. Langolf:** Some people do not have the time because they are so busy making that money. That happens, too.

**Senator Cordy:** We need both.

**Ms. Langolf:** In our organization, we have people who have relatively good resources and those who are terribly poor.

**Mr. Miller:** That is where the credit could come in to help people because of the rising gas costs and all the rest of it.

As an educator, I come back to the fact that we need to ask seniors to help seniors. There needs to be a simple asking process, and we need to educate people that helping someone else helps yourself. The volunteering process can be very beneficial for seniors in many different ways, but they need to be asked sometimes.

If not, an incentive like a credit for volunteering time could be useful. I do not look at it as payment but as a recognition of the time. It is not like you will pay for the volunteerism, but you will give them recognition. Maybe not a credit; there may be some

Il n'y a pas de réponses faciles comme vous avez probablement pu le constater quand vous avez entendu les gens parler de ce problème. Les groupes comme le COSCO mettent en œuvre des programmes provinciaux pour les formateurs. Ces programmes sont tous mis en œuvre par des bénévoles. Je soupçonne que l'une des raisons pour lesquelles M. Kube n'a pas pu comparaître aujourd'hui, c'est parce qu'il est très occupé. Nous essayons de ne pas suivre cet exemple.

Les programmes gérés par des bénévoles sont très importants parce qu'ils peuvent permettre aux gens de se sentir utiles et productifs, ce qui ne serait peut-être pas possible sur le marché du travail. Vous pouvez choisir ce que vous voulez faire. Parfois, cela n'est pas possible quand vous travaillez. Votre patron ne l'apprécierait pas.

On a suggéré que les gens obtiennent un crédit pour le bénévolat. Cette idée me pose problème. Notre groupe n'en a pas vraiment discuté suffisamment pour que je puisse dire qu'il s'agit d'une mesure que nous favorisons. Le problème est lié au domaine de la charité et à la manière dont on le perçoit. La charité est-elle anonyme?

Dans notre société, il est bizarre que les gens puissent donner des centaines et des milliers de dollars et recevoir, pour cela, des reçus aux fins de l'impôt. Pendant ce temps, il y a des gens qui travaillent d'arrache-pied et qui ne reçoivent rien. Comment règle-t-on ce problème? Je n'en ai aucune idée. Cependant, il est très important de le reconnaître et d'en discuter. Peut-être pouvons-nous adopter une combinaison de mesures, et, par exemple, rendre certains services disponibles gratuitement aux bénévoles, plutôt que leur verser une subvention ou de l'argent.

**Le sénateur Cordy :** Il est plus facile de signer un chèque que de donner 20 heures de son temps chaque semaine.

**Mme Langolf :** Certaines personnes n'ont pas le temps de faire du bénévolat parce qu'elles sont tellement occupées à faire de l'argent. Cela aussi est possible.

**Le sénateur Cordy :** Nous avons besoin des deux.

**Mme Langolf :** Dans notre organisation, il y a des gens qui sont assez aisés et d'autres qui sont très pauvres.

**M. Miller :** Dans ce cas, le crédit pourrait aider les bénévoles à assumer l'augmentation des coûts de l'essence et tout ce qui s'ensuit.

En tant que pédagogue, j'aimerais revenir sur le fait que nous devons demander aux personnes âgées de s'entraider. On doit simplement mettre en œuvre un processus simple pour leur demander cela et leur montrer qu'en venant en aide aux autres, ils s'aident eux-mêmes. Le processus de bénévolat peut être très bénéfique pour les aînés, pour diverses raisons. Néanmoins, on doit parfois leur demander d'y participer.

Sinon, une mesure incitative comme un crédit pour les heures de bénévolat pourrait être utile. Je considère ce crédit non pas comme un paiement, mais comme une manière de reconnaître que ces personnes ont donné de leur temps. Ce serait une manière non



other way you can have the recognition. A lot of it comes down to education and simply asking.

**Mr. Boldt:** If every volunteer in the Comox Valley stayed home tomorrow, the Comox Valley would grind to a halt. What would happen then?

Volunteerism is saving government money. If you take it from that perspective, then you might appeal to those interested in the bottom line, those who want to reduce the size of government as much as possible.

With peak oil in the Comox Valley at \$1.35 a litre, Meals on Wheels, for example, is having a very hard time getting drivers because the drivers do not have deep pockets and they are putting on 40, 50 or 60 kilometres in one run in one day. That is a problem.

Considering volunteerism from the point of view of the economy and the economic savings to society and government from having a strong volunteer program, let us look at ways to support volunteer programs.

**Mr. Miller:** I have to tell Mr. Boldt that the price of gas went up by 7 cents since he left yesterday; it is \$1.46.

**Mr. Boldt:** On July 1 we get to pay another 2.5 per cent on a carbon tax. I am getting a \$100 cheque from Mr. Campbell at the end of this month. I am dying to get that and spend it. That is a political shot. My apologies.

**Senator Cordy:** We made a few, too.

Ms. Langolf, you talked about the writing of grants. We have heard this over and over again. Agencies have to be accountable. We all understand that. However, it should not be that everybody is trying to put one over on the government.

How do we simplify things so it does not take a staff person two full days of the week to write a grant proposal? We heard somebody say that 50 per cent of their time is spent looking for grants that are available, because it is difficult to access what is out there, and then filling out the application forms, which we have heard are quite thick.

**Ms. Langolf:** There are times when I despair about the industries that grow up around things that are being instituted. You have the industry of fundraising, you have the industry of age, of seniors, you have all kinds of industries around poor people. I do not know how you can dismantle those, but I think they hinder the programming or services that need to be provided. It is time that government got back into the direct business rather

pas de payer les bénévoles, mais plutôt, de reconnaître leur contribution. Peut-être qu'un crédit n'est pas la meilleure solution; il y a probablement d'autres manières de montrer notre reconnaissance. En gros, il s'agit d'une question de sensibilisation, et il faut simplement demander aux gens de s'entraider.

**M. Boldt :** Si tous les bénévoles de Comox Valley restaient chez eux demain, les activités de la ville cesseraient. Que se passerait-il alors?

Le bénévolat permet au gouvernement de réduire ses dépenses. Si l'on adopte ce point de vue, on peut peut-être réussir à rallier tous ceux qui ne s'intéressent qu'à l'argent et qui veulent réduire la taille de l'appareil gouvernemental le plus possible.

En raison du pic pétrolier, l'essence se vend à 1,35 \$ le litre à Comox Valley. L'organisation Meals on Wheels, par exemple, a beaucoup de difficultés à trouver des chauffeurs parce que ces derniers n'ont pas la bourse bien garnie et doivent parcourir 40, 50 ou même 60 kilomètres par jour. C'est un problème.

Sur le plan économique, le bénévolat et les bons programmes de bénévolat permettent à la société et au gouvernement d'épargner de l'argent. Examinons donc les manières dont on peut venir en aide aux programmes de bénévolat.

**M. Miller :** J'aimerais dire à M. Boldt que le prix de l'essence a augmenté de 7 cents depuis qu'il est parti hier; le litre d'essence se vend maintenant à 1,46 \$.

**M. Boldt :** Le 1<sup>er</sup> juillet, nous paierons 2,5 p. 100 de plus sous forme d'une taxe sur les combustibles fossiles. M. Campbell remettra un chèque de 100 \$ à la fin du mois. J'ai hâte de le recevoir et de le dépenser. C'est une pointe que je lance à nos politiciens. Je suis désolé.

**Le sénateur Cordy :** Nous en avons lancé quelques-unes nous aussi.

Madame Langolf, vous avez parlé de la rédaction de demandes de subventions. C'est un sujet dont nous avons entendu parler à maintes reprises. Les organismes ont des comptes à rendre. Nous comprenons tous cela. Cependant, tout le monde n'essaie pas de tromper le gouvernement.

Comment pouvons-nous simplifier le processus pour qu'un membre du personnel n'ait pas à consacrer deux jours complets de sa semaine de travail à la rédaction d'une demande de subvention? Quelqu'un nous a dit qu'il consacrait 50 p. 100 de son temps à chercher des subventions parce qu'il est difficile d'obtenir les fonds qui sont offerts et de remplir les formulaires de demande, qui, selon ce que l'on nous a dit, sont très épais.

**Mme Langolf :** Je suis parfois découragée quand je constate que la situation a donné naissance à de nombreuses industries. Il y a l'industrie de la collecte de fonds, l'industrie du vieillissement et des services aux personnes âgées, et il y a toutes sortes d'industries liées aux pauvres. Je ne sais pas comment on pourrait s'en débarrasser, mais je pense qu'elles nuisent aux programmes et aux services qui doivent être offerts. Le gouvernement doit

than downloading it all on to societies, all these private groups that start out well-intentioned.

The other day I was talking to somebody in a seniors' group in New Westminster. I asked how many people are working in their office now, and the response was 10 people: they have grown from 1 to 10.

After a while you need to spend more time on the care and feeding of the organization, and it takes away from what you wanted to do. People are not doing this because they are nasty. It is just a natural phenomenon.

It is important for governments to get back into the direct provision of services. Right now they put on courses on how to apply for funding, for heaven's sakes. That is not helpful. That takes another day out of my week. It does not work. It does not help me. It does not help the community.

It is a double-edged sword. Yes, we want that money; yes, we need that money. Otherwise, we cannot do what the community would like to do. It is time for governments to get back in directly. It just does not work otherwise; it is inefficient.

It is like building campuses of care, for example, where they have adult day centres, assisted living and long-term care, and the one where you kick the bucket, palliative care, all four under one roof. You do not have to move very far; you can just go down the road and there they are. However, they have downloaded the inefficiencies. We all have to drive there now, including the workers and the families that visit the seniors. These facilities are usually not in the community; they are at the edge of town. If you go out on the highway here, you will see Delta View Habilitation Centre, which is a compound for people who are old and have Alzheimer's. It is difficult.

It is easy for us to think that when we consolidate things they really are much better. Governments have to get back into providing some of these services. Otherwise, we are inefficient with the way we spend our time, and it takes away from the programs.

We hear over and over again from the politicians that the cupboards are bare. I think that is the terminology they use. It depends on your priorities.

**Mr. Miller:** I agree that there needs to be government involvement. I mentioned before that we need a minister and a ministry for seniors to coordinate this so that there are not so many different programs and you have to make application to all of them.

The idea that you need to hire a professional grant-application writer to submit grant applications for you is causing the problem; you almost have to get a grant to hire somebody to

maintenant se charger lui-même de cette affaire, plutôt que de recourir à toutes ces sociétés et à tous ces groupes privés qui avaient, à l'origine, de bonnes intentions.

L'autre jour, j'ai parlé à un membre d'un groupe de personnes âgées à New Westminster. Je lui ai demandé combien de personnes travaillent actuellement dans leur bureau, et il m'a répondu qu'ils étaient dix; ils sont passés d'un employé à dix.

À un moment donné, on doit consacrer plus de temps à la préservation et à la croissance de l'organisation, ce qui fait en sorte que l'on passe moins de temps à réaliser le but premier de l'organisme. Les gens ne font pas cela parce qu'ils sont méchants. Il s'agit d'un phénomène naturel.

Il est important que les gouvernements retournent à une prestation de services plus directe. On peut maintenant suivre un cours sur les manières de demander du financement. C'est insensé. Ce n'est pas utile. C'est une autre journée de ma semaine qui y passe. Cela ne fonctionne pas. Je n'ai pas besoin de ça, et la collectivité, non plus.

C'est une arme à deux tranchants. Oui, nous voulons de l'argent; oui, nous avons besoin d'argent. Sans argent, nous ne pouvons pas réaliser tout ce que veut la collectivité. Les gouvernements doivent participer à ces efforts directement. Le système ne fonctionne tout simplement pas autrement; il est inefficace.

Les complexes de soins en sont un exemple. On y regroupe les centres de jour pour adultes, les résidences pour personnes autonomes, les soins de longue durée et les soins palliatifs, où l'on rend l'âme, sous un même toit. On n'a pas à aller très loin; on suit le chemin et on trouve. Cependant, le gouvernement s'est déchargé de cette responsabilité, et ce qui en résulte est un système inefficace. Maintenant, on ne peut s'y rendre qu'en voiture, et c'est le cas des travailleurs aussi bien que des familles qui rendent visite aux personnes âgées. Ces installations ne sont habituellement pas situées dans la collectivité; elles sont en bordure de la ville. Si vous prenez l'autoroute, vous verrez le Delta View Habilitation Centre, qui est un complexe pour les aînés atteints de la maladie d'Alzheimer. C'est difficile.

Il est facile de croire que le regroupement améliore les choses. Les gouvernements doivent recommencer à fournir certains de ces services. Sinon, nous utilisons notre temps de manière inefficace, et cela nuit aux programmes.

Les politiciens ne cessent de répéter que les placards sont vides. Je pense que c'est l'expression qu'ils utilisent. Cela dépend de nos priorités.

**M. Miller :** Je pense moi aussi que le gouvernement doit en faire davantage. J'ai mentionné que nous avons besoin d'un ministre et d'un ministère des personnes âgées, qui s'occupera de coordonner ces services afin qu'il n'y ait pas autant de programmes différents et qu'on n'ait pas à présenter des demandes auprès des responsables de chacun d'entre eux.

Le fait que vous ayez besoin d'embaucher un professionnel pour rédiger vos demandes de subventions vous pose problème; vous avez presque besoin d'une subvention pour embaucher

do the grant to help you get the grant. By the time you go through the process, you have used up quite a bit of money. You are in competition, so you want to do that. That is what is happening now with the little industries: people are setting themselves up as grant applicators, and of course they want money to do that.

The process is evolving the wrong way. Instead of less money and time spent applying for the grants, more time and more money are required to get the grants in the first place.

**Senator Mercer:** Senator Carstairs said I am not a teacher, but I have been a fundraiser all my life and that was my profession before I came to the Senate. When I became a fundraiser back in the 1970s, I did it all. I did whatever needed to be done. I am a certified fundraiser.

Now there are groups of people who are grant writers. That is what has happened to the profession. Some people specialize in that and others specialize in planned giving. The business has become much more sophisticated.

I go back to something Ms. Langolf mentioned in her presentation, that to fix one problem the government usually creates another. I made a note to myself that that is what governments do. The issue is how do we take this opportunity. Senator Cordy was speaking of integration. How do we get this integration going?

We continue to look for good examples. We have found some across the country, which we will be writing into our report on best practices. Are there any other examples of where this does work? It has to work at some point.

**Ms. Langolf:** I do not have any other brilliant examples of how that might work. It is important for us to set up some pilots. That is essential. We need to risk failing as well as succeeding. We could be getting people together from the provincial and municipal governments.

With respect to the Vancouver Gateway Program, my MLA, Stephen Owen, worked with three levels of government. It seems to work for some projects. There is no reason we cannot put our heads together and find a project or two where we can see how integration can happen and what kinds of things we might want to integrate.

I hesitate to talk about experts because I think seniors are experts. That is no disrespect to people who are in professions, but generally speaking there is a lack of looking at things comprehensively. People look at the piecemeal stuff, which is understandable because that is their area of specialty. We lose the sense of the overall and how it all works together.

quelqu'un pour remplir la demande de subventions qui vous permettra d'obtenir la subvention. Au bout du compte, quand le processus est terminé, vous avez dépensé beaucoup d'argent. Vous avez de la concurrence, alors vous n'avez pas le choix. C'est ce qui se passe maintenant avec les petites industries; les gens se proposent comme demandeurs de subventions et, bien sûr, ils veulent qu'on les paie.

Le processus n'évolue pas dans le bon sens. Au lieu de gagner du temps et de l'argent en demandant des subventions, le processus de demande nous fait perdre du temps et de l'argent.

**Le sénateur Mercer :** Le sénateur Carstairs a dit que je ne suis pas enseignant, mais j'ai été collecteur de fonds toute ma vie, et c'est ce que je faisais avant d'arriver au Sénat. Quand je suis devenu collecteur de fonds dans les années 1970, je faisais un peu de tout. Je faisais tout ce qu'il fallait. Je suis un vrai collecteur de fonds.

Maintenant, il y a des groupes de gens qui sont des demandeurs de subventions. C'est la direction qu'a prise la profession. Certaines personnes se spécialisent là-dedans, et d'autres se spécialisent dans les dons par anticipation. Le domaine s'est beaucoup spécialisé.

J'aimerais revenir sur quelque chose que Mme Langolf a dit pendant son exposé. Le gouvernement, quand il veut régler un problème, en crée habituellement un autre. J'ai moi-même remarqué que les gouvernements font ça. Le problème consiste à déterminer comment nous réglerons le problème. Le sénateur Cordy a parlé d'intégration. Comment allons-nous réaliser cette intégration?

Nous continuons de chercher de bons exemples. Nous en avons trouvé partout au pays, et nous en rendrons compte dans notre rapport sur les pratiques exemplaires. Y a-t-il d'autres exemples de réussites? Il doit y en avoir.

**Mme Langolf :** Je n'ai pas d'autres exemples percutants de la façon dont cela pourrait fonctionner. Il est important que nous mettions en œuvre des projets pilotes. Cela est essentiel. Nous devons prendre des risques si nous voulons réussir. Nous pourrions rassembler des gens des gouvernements provinciaux et des administrations municipales.

En ce qui concerne le Vancouver Gateway Program, mon député à l'assemblée législative, Stephen Owen, a travaillé de concert avec des représentants des trois ordres de gouvernement. Cela semble fonctionner pour certains projets. Il n'y a aucune raison pour laquelle nous ne pourrions pas mettre nos idées en commun et trouver un ou deux projets qui nous permettraient de déterminer comment nous réaliserons cette intégration et quels services nous voulons intégrer.

Je n'aime pas utiliser le terme « spécialistes » parce que je pense que les aînés sont les spécialistes. Je ne veux pas manquer de respect à l'égard des professionnels, mais, en général, ces derniers ont de la difficulté à voir les choses dans leur contexte. Ils s'attardent aux détails, ce qui n'est pas difficile à comprendre puisqu'ils se spécialisent dans ces détails. Toutefois, cela ne permet pas d'avoir un aperçu global de la manière dont les choses fonctionnent.

I would like to see more seniors here, although some of us probably qualify. Unfortunately, I have not looked at all of the submissions.

We should try those pilot projects. We can. We have the imagination. I do not have one right at my fingertips for you, but I would be willing to put my nose to the grindstone for it.

**The Chair:** Mr. Boldt, I know you want to get into this, but I want to ask you a question and then you can add whatever you want to that.

We have not touched this morning on the concept of flexible retirement, which has always interested me. September 1 to June 30 you are a teacher and then you retire and you are no longer a teacher. I am of the view that many teachers who retire might be burnt out but would not mind doing a less heavy teaching load, maybe 30 per cent or 40 per cent. They have real skills they could offer the next generation of teachers coming along. There is not nearly enough sharing of teaching skills from one generation to the next. It is very difficult to do when you are working full time and managing full-time classes or running schools on a full-time basis.

I would like to hear from you and Mr. Miller on the experiences you have had with retired teachers and whether some of them would have preferred to retire in a more gradual rather than an all-or-nothing way.

**Mr. Boldt:** When I talked about retirement 14 years ago, I talked about it in terms of a career change. I did not use the "R" word. I had had my fill of the classroom and working with teachers. I went on to other things and did other things.

What you are suggesting makes a lot of sense. It is happening more in the private sector than it is in the public sector. There is something to be learned there. That is one way of looking at it.

Many people define themselves by the work they did up to the date of retirement, and those people have a lot of trouble with retirement. A lot of retired teachers have gone on to other things. One friend of mine, for example, got involved with making compost bins and now he has become a consultant on recycling and the gardening related to that. He would not dream of going back into the school because he is busy doing this.

Again, flexibility matters. No one size fits all. That suggestion needs exploration. It will have to do with communication, talking with people and, as Ms. Langolf said, identifying niches and areas where something has to be done.

**Mr. Miller:** It is surprising you bring that up because that is what I did. I went through a flexible program myself and I have encouraged others to do so. I know a large number of teachers in British Columbia who have done that.

J'aurais aimé voir plus de personnes âgées ici même si certains d'entre nous faisons partie de ce groupe. Malheureusement, je n'ai pas lu tous les documents présentés.

Nous devrions essayer de mettre en œuvre des projets pilotes. Nous en sommes capables. Nous avons l'imagination nécessaire. Je ne peux pas vous en nommer un comme ça, de prime abord, mais je suis prêt à me pencher sur ce problème.

**La présidente :** Monsieur Boldt, je sais que vous voulez donner votre avis à ce sujet, et je veux vous poser une question, et vous pourrez ensuite ajouter ce que vous voulez.

Ce matin, nous n'avons pas parlé de la notion d'une retraite flexible, qui m'a toujours intéressée. Du 1<sup>er</sup> septembre au 30 juin, vous êtes un enseignant. Puis, vous prenez votre retraite et vous n'êtes plus un enseignant. Selon moi, de nombreux enseignants qui prennent leur retraite sont épuisés, mais ils aimeraient une charge d'enseignement moins lourde, ce qui pourrait équivaloir à 30 p. 100 ou à 40 p. 100 d'une charge normale. Ils ont de grandes habiletés qu'ils pourraient transmettre à la prochaine génération d'enseignants. Il n'y a pratiquement pas de transmission des techniques d'enseignement d'une génération à l'autre. Il s'agit de quelque chose qu'il est très difficile de faire quand on travaille, gère des classes ou dirige des écoles à temps plein.

J'aimerais que M. Miller et vous nous parliez de vos expériences avec des enseignants à la retraite. Certains d'entre eux auraient-ils préféré prendre leur retraite de manière plus graduelle plutôt que d'avoir à choisir entre tout ou rien?

**M. Boldt :** Il y a 14 ans, quand j'ai arrêté d'enseigner, je n'ai pas voulu parler de retraite. Pour moi, il s'agissait plutôt d'un changement de carrière. Le mot « retraite » ne me plaisait pas. J'en avais assez de la salle de classe et de travailler avec d'autres enseignants. Je suis passé à autre chose.

Ce que vous suggérez est très sensé. Cela se passe plus souvent dans le secteur privé que dans le secteur public. Nous pouvons le prendre en exemple. C'est une façon de voir les choses.

De nombreuses personnes se définissent en parlant du travail qu'elles ont fait avant leur retraite, et ces personnes ont beaucoup de difficulté à s'adapter à leur nouvelle vie. Beaucoup d'enseignants à la retraite sont passés à autre chose. L'un de mes amis, par exemple, a commencé à construire des composteurs et il est maintenant consultant en recyclage et en utilisation du compost pour le jardinage. Il ne pense jamais à retourner enseigner parce qu'il est occupé.

Je répète qu'il est important de faire preuve de souplesse. La même solution ne s'applique pas à tous. On doit toutefois envisager cette suggestion. C'est en communiquant, en parlant avec les gens, comme Mme Langolf l'a dit, qu'on pourra déterminer les domaines dans lesquels on doit agir.

**M. Miller :** Je suis étonné de vous entendre parler de ça parce que c'est ce que j'ai fait. J'ai moi-même participé à un programme flexible et j'ai encouragé d'autres personnes à le faire. Je connais beaucoup d'enseignants en Colombie-Britannique qui ont fait la même chose.

There are two ways of doing it. One is to go on a reduced load while you are still teaching. In most districts, you just have to ask for that. The difficulty is that when you do a reduced load, you are not guaranteed to go back on a full-time load. You are guaranteed for the particular load you are on, and you may not be able to go back into a full-time position if you want to. Once you take a reduced assignment, that is the assignment you are on until you decide to retire fully.

The other way it is to actually retire and then to go back substitute teaching, being a teacher on call. That is a preferred way because then you really do have the flexibility. I did it for 10 years after I retired.

I am still on the teachers on call list. This year I have done one day, so it was very flexible. Last year I did five days. The year before that, they could not find anybody to take the job, even though they advertised all across Canada; so for three years I had a contract as well as being retired. You can retire as a teacher and then go back and take contracts on in all districts, but you cannot always get on the teachers on call list. There was a problem because many districts had a policy that once you retire, you cannot teach. I took it to arbitration with the school district and now districts can no longer do that. They cannot have a policy that says that teachers who retire cannot go back and teach on an on-call basis. Teachers can ease out of it in that way.

As Mr. Boldt said, many teachers either want a break and then do something different or retire without doing anything or ease out of it because they identify themselves as teachers. I was one who identified myself as a teacher even though I am involved in 10 other companies. Still, I am a teacher. Teachers can be flexible. There are ways of easing out of it in a flexible way.

**The Chair:** It varies from division to division within the country. I have a niece who was told she had to go up to 100 per cent teaching even though she wanted to remain at 60 per cent in order to be a child care provider for her own children the other 40 per cent of the time. It was an all-or-nothing scenario.

We have to look at that, not only for education but for a wide variety of occupations, and we are concerned about how that will impact on the pension. In some pension situations, your best five years are your last five years of employment. If it is your best five years no matter when you took them, then your pension

Il y a deux manières de procéder. L'une est d'accepter une charge d'enseignement réduite. Dans la plupart des commissions scolaires, il suffit de demander. Le problème est que, si vous acceptez une charge réduite, on ne peut pas vous garantir qu'une charge d'enseignement à temps plein pourra vous être offerte à l'avenir. On peut seulement vous garantir le type de charge particulier que vous avez à ce moment précis, et il ne sera peut-être pas possible de recommencer à travailler à temps plein si vous le voulez. Quand vous avez accepté une charge d'enseignement réduite, c'est ce que vous aurez jusqu'à ce que vous décidiez de prendre votre retraite de manière définitive.

L'autre option est de véritablement prendre sa retraite et de retourner enseigner en tant que suppléant, selon la demande. C'est ce que les gens préfèrent parce que ça leur permet une grande souplesse. C'est ce que j'ai fait pendant dix ans après avoir pris ma retraite.

Je suis encore sur une liste d'appel pour enseignants. Cette année, je n'ai travaillé que pendant un seul jour. Il y a donc beaucoup de souplesse. L'année dernière, j'ai travaillé pendant cinq jours. L'année d'avant, on n'avait trouvé personne pour l'emploi même si le poste avait été annoncé dans tout le Canada; alors, pendant trois ans, j'avais un contrat, même si j'étais à la retraite. Vous pouvez prendre votre retraite en tant qu'enseignant et retourner travailler à forfait dans toutes les commissions scolaires, mais vous ne pouvez pas toujours être sur la liste d'appel des enseignants. Il y avait un problème parce que de nombreuses commissions scolaires avaient une politique selon laquelle si vous preniez votre retraite, vous ne pouviez plus enseigner. J'ai soumis l'affaire à l'arbitrage avec la commission scolaire et maintenant, les commissions ne peuvent plus avoir une telle politique. Elles ne peuvent pas avoir une politique selon laquelle les enseignants qui prennent leur retraite ne peuvent pas retourner enseigner, selon les besoins. Les enseignants peuvent donc arrêter d'enseigner graduellement de cette manière.

Comme M. Boldt l'a dit, de nombreux enseignants veulent prendre une pause, puis, faire autre chose, d'autres préfèrent prendre leur retraite et se reposer et d'autres, arrêter d'enseigner graduellement parce qu'ils se considèrent toujours comme enseignants. Je suis parmi ceux qui se considèrent comme enseignants même si je travaille avec dix autres entreprises. Je suis quand même un enseignant. Les enseignants font preuve de souplesse. Il y a des manières d'arrêter graduellement et qui permettent la souplesse.

**La présidente :** La situation n'est pas la même d'une circonscription à l'autre. J'ai une nièce à qui l'on a dit qu'elle devait accepter une charge d'enseignement complète même si elle voulait une charge équivalant à 60 p. 100 d'une charge normale. Le reste du temps, elle voulait prendre soin de ses enfants. C'était tout ou rien.

C'est un problème sur lequel nous devons nous pencher, non seulement dans le domaine de l'enseignement, mais également pour un large éventail de professions. Nous sommes préoccupés par les conséquences que cela aura sur le régime de pensions. Dans certaines situations, vos cinq meilleures années

is protected. If it is the last five years, then you cannot go on a flexible arrangement or go part-time without significantly harming the pension.

**Ms. Langolf:** One of the more difficult aspects of flexible work arrangements is that employers believe that they will be incurring more costs. Now that the workforce is shrinking somewhat and we have to import workers, the incentive to become more flexible about working arrangements will be forced upon them.

I used to work for a trade union before I retired, and I can assure you that we tried very hard to get flexible working arrangements, including working at home, with limited success. Not everybody is in the fortunate position of teachers. Many clerical workers have not yet achieved pay equity. For them to retire flexibly is probably a non-starter.

**Mr. Boldt:** One final comment in regard to regulation. Very often a government body will create a regulation to which there are unintended consequences. Your niece's position of going from 60 per cent to 100 per cent is an unintended consequence. Regulation tends to breed rigidity.

**The Chair:** Thank you for your comments. It was extremely useful to our deliberations to have you here this morning. On behalf of the other senators, I want to express to you our deep appreciation.

Honourable senators, we will now proceed with our second panel. Appearing before us on behalf of the Family Caregivers' Network Society is Ms. Barbara MacLean; representing the British Columbia Seniors Living Association is Ms. Seona Stephen; from the Saanich Peninsula Health Association is Ms. Lyne England; and representing the Vancouver Island Health Authority is Dr. Michael Cooper, accompanied by Dr. Marianne McLennan. Welcome to all of you this morning.

**Barbara MacLean, Executive Director, Family Caregivers' Network Society:** On behalf of the Family Caregivers' Network Society, I would like to thank you for all the work that you have been doing across Canada. It cannot be easy, always doing the road show.

As an opening remark, I would like to congratulate the committee on their second report, which was incredibly inclusive given the range of issues across Canada.

Our organization represents family caregivers, and those are the unpaid moms, dads, sisters and brothers who do 80 per cent of the care at home within our health care sector.

sont vos cinq dernières années d'emploi. Si l'on tient compte de vos cinq meilleures années, sans égard à l'époque, votre pension est protégée. Si l'on tient compte de vos cinq dernières années d'emploi, vous ne pouvez pas retourner travailler dans le cadre d'une entente de flexibilité ou travailler à temps partiel sans que cela influe négativement sur votre pension.

**Mme Langolf :** L'un des éléments les plus problématiques des modalités de travail flexibles est que les employeurs croient qu'une telle entente leur coûtera davantage. Maintenant que l'on manque de main-d'œuvre et que l'on doit faire venir des travailleurs de l'étranger, les employeurs n'auront plus le choix et ils devront faire preuve de plus de souplesse en ce qui concerne ces modalités de travail.

Avant de prendre ma retraite, j'ai travaillé pour une organisation syndicale. Je peux vous garantir que nous avons travaillé très fort pour obtenir des conditions de travail flexibles, y compris le droit de travailler chez soi, mais nous n'avons pas eu beaucoup de succès. Les enseignants sont chanceux, mais ce n'est pas le cas de tout le monde. Un grand nombre de commis ne sont pas encore visés par la parité salariale. Pour eux, le fait de prendre une retraite flexible n'est probablement pas concevable.

**M. Boldt :** J'aimerais faire un dernier commentaire sur la réglementation. Très souvent, un organisme d'État crée un règlement qui a des conséquences inattendues. La situation de votre nièce, qui doit accepter une charge complète d'enseignement, est l'une de ces conséquences inattendues. Les règlements ont tendance à donner lieu à la rigidité.

**La présidente :** Je vous remercie de vos commentaires. Votre présence ici ce matin et vos commentaires nous aideront beaucoup dans nos délibérations. Au nom des autres sénateurs, j'aimerais exprimer notre reconnaissance.

Mesdames et messieurs, nous commencerons maintenant notre deuxième table ronde. Les personnes suivantes comparaitront devant nous : Mme Barbara MacLean, de la Family Caregivers' Network Society, Mme Seona Stephen, de la British Columbia Seniors Living Association, Mme Lyne England, de la Saanich Peninsula Health Association, et le Dr Michael Cooper et la Dre Marianne McLennan, de l'Autorité sanitaire de l'île de Vancouver. Je vous souhaite tous la bienvenue.

**Barbara MacLean, directrice générale, Family Caregivers' Network Society :** Au nom de la Family Caregivers' Network Society, j'aimerais vous remercier de tout le travail que vous avez fait d'un bout à l'autre du pays. Ça ne doit pas être facile de toujours voyager.

Pour commencer, j'aimerais féliciter le comité pour son deuxième rapport, qui était incroyablement exhaustif vu la diversité des problèmes au Canada.

Notre organisation représente les aidants naturels, c'est-à-dire les mères, les pères, les sœurs et les frères non salariés qui dispensent 80 p. 100 des soins à domicile au sein de notre régime de soins de santé.

I will reference a number of areas in the report. Chapter 4 on healthy aging and options to combat abuse and neglect ties tightly to the realm of family caregiving. Option 37, to develop supports for caregivers and to promote education to prevent burnout, specifically says:

Respite care services and support programs that help caregivers deal with the challenges they face can contribute to preserving the health and well-being of the caregiver, improving the care offered, and delay institutional placement or instances of abuse.

That emphasizes the trend that when we have overburdened and overworked family members and friends, bad things do happen. It is quite significant that it rests here as an identifier. One of the predictors of abuse is lack of adequate supports.

With our aging population, the number and quality of home support services that exist is a huge concern. In our scope locally, our organization reaches up to almost 40,000 people. That is in the local capital regional district alone. We are one of the few organizations in Canada providing a breadth of services. I am offering only a handful. Through core funding from the Vancouver Island Health Authority — they provide just over half of our funding — we exist as an organization to support families.

When you are looking at abuse, you are looking at all of the issues that are pertinent. It is not a very good picture that we are one of a handful of organizations across Canada. We receive phone calls from across Canada, yet our service area is the capital regional district. Although we are one of the few, we are hoping that that number can grow.

Chapter 4 also references respite care and support programs, and I would like to highlight that over the last decade the research and feedback indicate that respite is the number one tool that will create a difference. Respite is the number one thing that gives people relief from their caregiving duties. It is the number one thing identified that will help stop a cycle of abuse from even beginning.

Regarding section 4.5 in your report on hospice, palliative and end-of-life care, an outstanding amount of research and work has been done over the last 10 to 15 years, and I wanted to highlight that the recommendations within 4.5 are excellent. We support them fully.

Regarding Chapter 5, “Aging in Place of Choice,” what does that shift toward staying at home longer mean? It means families are doing more and more. We are seeing increased family support

Je ferais référence à un certain nombre de choses qui sont mentionnées dans le rapport. Les thèmes abordés au chapitre 4, c'est-à-dire de vieillir en santé et les options pour lutter contre la violence et la négligence, sont étroitement liés au domaine des aidants naturels. À l'option 37, où l'on parle de manières d'élaborer des mesures de soutien des aidants et de promouvoir l'éducation afin de prévenir l'épuisement professionnel, il est dit :

Des services de soins de relève et des programmes de soutien permettant aux aidants de faire face aux problèmes auxquels ils sont confrontés peuvent contribuer à préserver leur santé et leur bien-être, à améliorer les soins offerts, à retarder le placement en établissement et à réduire les cas de mauvais traitements.

Ce passage met en évidence la tendance selon laquelle, quand les membres de la famille et les amis sont épuisés et ont trop de responsabilités, cela a des répercussions négatives. Il est intéressant que ce facteur ait été déterminé. L'une des variables explicatives de la violence est le manque de soutien adéquat.

En raison du vieillissement de la population, la disponibilité et la qualité des services de soutien à domicile est une préoccupation majeure. À l'échelle locale, notre organisation vient en aide à près de 40 000 personnes. Cela ne couvre que la région de la capitale. Nous sommes l'une des seules organisations au Canada qui offrent autant de services. Pourtant, nous ne pouvons offrir qu'une petite partie des services nécessaires. Grâce au financement de base que nous fournit l'Autorité sanitaire de l'île de Vancouver — cette organisation assure un peu plus de 50 p. 100 de notre financement — nous existons en tant qu'organisation pour venir en aide aux familles.

Quand on parle de la violence, cela touche tous les problèmes qui sont pertinents. Nous sommes parmi un petit groupe d'organisations qui offrent de tels services au Canada. Cela n'est pas suffisant. Nous recevons des appels de toutes les régions du pays. Pourtant, nous n'offrons nos services que dans la région de la capitale. Même si nous ne sommes pas nombreux à offrir ce genre de services, nous espérons que nous serons plus nombreux à l'avenir.

Au chapitre 4, on aborde également la question des soins de relève et des programmes de soutien. J'aimerais mentionner que, au cours de la dernière décennie, les recherches et les résultats indiquent que les services de relève sont l'outil le plus important pour améliorer la situation. Les services de relève sont ce qui soulage le plus les soignants naturels. Il s'agit de l'élément le plus important qui permettrait d'arrêter le cycle de la violence avant même qu'il ne commence.

En ce qui concerne la section 4.5 de votre rapport sur les soins palliatifs et de fin de vie, de nombreuses recherches et de nombreux travaux ont été réalisés au cours des dix ou 15 dernières années, et je voulais vous dire que les recommandations à la section 4.5 sont excellentes. Nous les avalisons entièrement.

En ce qui a trait au chapitre 5, « Vieillir à l'endroit de son choix », comment cela s'applique-t-il au fait de demeurer plus longtemps chez soi? Ça veut dire que les familles en font de

work and decreased ability to have home support services in place. That is a real concern.

Option 63, to provide information to caregivers, is critical. One of the key obstacles across Canada is that most people do not say, "Hey, I am a family caregiver." There is no identifier or label that we conjure up and say, "Because I am caring for my aging parent or my spouse, I am one of those people called a family caregiver." One of the battles we are facing across Canada is an identity crisis. There are services, information and support, and yet people do not know how to find them because they are not identifying themselves as family caregivers.

Since we began 19 years ago, we have been trying to increase awareness that we exist. We can do more with the resources we have, yet we lack communication and information about the service. That is true for all organizations across Canada.

Option 64 is to create a national respite program. If respite is the number one thing that will support caregivers, we need to pull together from a national perspective and create something called "the ties that bind," a linkage, a policy, so that people are not dabbling around in their own communities at a loss for what else exists. We need to pull together and create a national respite program. We support that recommendation wholeheartedly.

Option 65 is to make changes to the compassionate care benefit. We know that it has been a good start over the last few years, but it is not enough. It is simply not enough to cover the needs of somebody taking time off work to care for somebody who is chronically ill and not just dying within the allotted time frame. That is a huge concern.

Option 66 is to provide financial support to caregivers. I will talk about that in my next area.

Option 67, to introduce a Canada Pension Plan, CPP, drop-out provision for caregivers, is excellent. I will also refer to that next.

Given that so much of your report covers things that relate to family caregivers, I will focus only on a few key things there from our perspective.

In Chapter 5, option 66 talks about financial support to caregivers being one critical area:

It has been suggested that the federal government could convene an expert panel on the financial security of caregivers.

That is great. We would like to go a step further: Please do not limit the expert panel to only financial security issues. We strongly support striking a federal expert advisory panel that could encompass a full range of issues related to family caregiving.

Many of the issues, including home support, home care, abuse, Canada Labour Code, all fall under one neatly packaged area and could easily be dealt with by a panel as a whole instead of being

plus en plus. Il y a de plus en plus de travail en matière d'aide de la part de la famille et de moins en moins de possibilités de recevoir des services de soutien à domicile. C'est un véritable problème.

L'option 63, qui consiste à fournir des renseignements aux aidants naturels, est d'une grande importance. L'un des obstacles importants que nous devons surmonter au Canada est que la plupart des gens ne se déclarent pas aidants naturels, il n'y a pas de facteurs précis que les gens peuvent évoquer pour dire : « Je prends soin de mes parents âgés ou de mon conjoint. Je suis donc un aidant naturel. » L'une des luttes que nous devons mener partout au pays est une crise d'identité. Il y a des services, de l'information et un soutien, mais les gens ne savent pas comment le trouver parce qu'ils ne se déclarent pas aidants naturels.

Depuis que nous avons fondé la société il y a 19 ans, nous tentons de nous faire connaître. Nous pouvons en faire plus avec les ressources que nous avons, mais nous n'avons pas de communications et d'information sur les services. Cela est vrai pour toutes les organisations au Canada.

L'option 64 est de créer un programme national de relève. Si la relève constitue la mesure qui viendra le plus en aide aux aidants naturels, nous devons nous rassembler à l'échelle nationale et créer un réseau, une politique qui aiderait les gens à trouver les ressources disponibles dans leur collectivité. Nous devons nous mobiliser et créer un programme national de relève. Nous appuyons cette recommandation sans réserve.

L'option 65 vise à modifier la prestation de compassion. Nous savons que cette dernière était un bon début il y a quelques années, mais ce n'est pas suffisant. Elle n'est tout simplement pas suffisante pour répondre aux besoins de quelqu'un qui prend congé de son travail pour prendre soin d'un malade chronique qui ne meurt pas dans le délai prescrit. C'est un problème immense.

L'option 66 est de fournir un soutien financier aux aidants naturels. J'en parlerai dans la prochaine partie de mon exposé.

L'option 67 est excellente. Il s'agit d'offrir aux aidants naturels une clause d'exclusion du RPC. J'aborderai également cette option un peu plus tard.

Comme une grande partie de votre rapport porte sur des sujets qui touchent les aidants naturels, je ne mettrai en évidence que quelques points en les abordant de notre point de vue.

Au chapitre 5, l'option 66 aborde la question importante du soutien financier pour les aidants naturels :

Il a aussi été suggéré que le gouvernement fédéral convoque un groupe de spécialistes sur la sécurité financière des aidants naturels.

C'est merveilleux. Nous aimerions faire un pas de plus; le groupe de spécialistes ne devrait pas se limiter aux questions liées à la sécurité financière. Nous sommes largement en faveur de la création d'un groupe de spécialistes fédéral qui traiterait d'un large éventail de questions liées aux aidants naturels.

Un grand nombre de ces questions, y compris les services de soutien à domicile, les soins à domicile, la violence et le Code canadien du travail, font partie du même domaine et peuvent



reducing to financial issues only. We look at the need to address issues like the impact on Canadian labour markets and productivity, to identify areas that require further data or policy development by provincial and federal governments. But we need the glue; we need the federal expert panel to get the ball rolling.

The expert panel could also look at changes to existing federal programs. For example, let us look at the CPP drop-out provisions for caregivers — similar to the child-rearing drop-out provision — so that they could continue their contributions when they drop out; and when they re-enter the labour force, they have not lost ground.

We might want to add that it is a huge gender issue, because women are the ones losing out phenomenally on a secure future and a secure retirement because they drop out. Eighty per cent of the people most severely affected financially in Canada are women, still, in 2008.

The panel could look at the establishment of a registered caregiving savings plan. It could look at amendments to the Canada Labour Code to include provisions for workers temporarily leaving employment in order to care for a person with disability needs. It could look at an innovation fund to support the development of different caregiving practices that reflect different communities. We have learned that the cookie-cutter, one-stop-shopping approach does not work for every community, and we cannot approach it that way. Innovation funds have been shown to provide the impetus for people to think differently about how to work together, not just prescriptively.

The expert panel could also put family caregiving on the map. We have learned that Canada has no national glue; we do not have a national policy, or even really a national agenda. We are not so proud about that. We lag far behind the United Kingdom and Australia in that respect. I have to say that as a representative at national conferences, it is a little embarrassing that a great country like Canada is not on the map in that respect.

Finally, provide the opportunity to include both private and public sector and volunteer sector representatives in an expert panel. Many people have spent several years in the caregiving sector. The sector is relatively unknown and unrecognized, but there is a depth of knowledge that you could pull together, and you would have more than enough people saying “I will help” when it comes to an expert advisory panel. Thank you.

facilement être abordés par un groupe de spécialistes, ce qui serait bien mieux que de ramener son rôle à l'examen des questions financières seulement. Nous savons qu'il faut traiter des problèmes comme les répercussions sur les marchés du travail canadiens et la productivité pour déterminer les domaines qui exigent une collecte de données, ou l'élaboration de politiques par les gouvernements provinciaux et fédéral. Cependant, il nous faut un agent de liaison; nous avons besoin d'un groupe de spécialistes fédéral qui fera démarrer la machine.

Le groupe de spécialistes pourrait également envisager d'apporter des changements possibles aux programmes fédéraux existants. Par exemple, on pourrait modifier la clause d'exclusion du RPC pour les aidants naturels — qui ressemble à la clause d'exclusion pour élever des enfants — de manière à ce que les aidants naturels puissent continuer de cotiser malgré la clause d'exclusion; comme ça, quand ils réintégreront la population active, ils n'auront pas pris de retard.

On pourrait ajouter qu'il s'agit d'un problème qui touche surtout les femmes puisque ce sont elles qui en ressortent perdantes et qui sacrifient un avenir et une retraite stable quand elles se retirent du marché du travail. Encore aujourd'hui, en 2008, 80 p. 100 des gens qui ont le plus de problèmes financiers au Canada sont des femmes.

Le groupe de spécialistes pourrait envisager l'établissement d'un régime d'épargne enregistré pour les aidants naturels. Il pourrait envisager des modifications du Code canadien du travail afin que ce dernier inclue des dispositions touchant les travailleurs qui quittent le marché du travail temporairement afin de prendre soin d'une personne invalide. Il pourrait examiner la possibilité d'un fonds d'aide à l'innovation pour appuyer l'élaboration de pratiques différentes en matière de soins, qui reflètent diverses collectivités. Nous avons appris que l'approche des services universels ou à guichet unique ne fonctionne pas pour toutes les collectivités, et on ne peut pas régler tous les problèmes de cette manière. Les fonds d'aide à l'innovation se sont révélés des moyens incitatifs qui encouragent les gens à trouver de nouveaux moyens de travailler en collaboration et pas seulement de manière normative.

Le groupe de spécialistes pourrait également faire connaître l'enjeu des aidants naturels. Nous avons appris qu'au Canada, il n'y a pas de ciment qui unisse les composantes; nous n'avons pas de politique nationale, ni de véritable programme national. Nous ne sommes pas très fiers de cela. Nous sommes loin derrière le Royaume-Uni et l'Australie à cet égard. Je dois dire qu'en tant que représentante à des conférences nationales, j'estime qu'il est un peu embarrassant qu'un grand pays comme le Canada ne réussisse pas à se distinguer à cet égard.

Enfin, le groupe de spécialistes devrait comprendre des représentants des secteurs public et privé, ainsi que des bénévoles. De nombreuses personnes ont passé plusieurs années dans le secteur des soins. Il s'agit d'un secteur qui est relativement peu connu et reconnu, mais il y a un bassin de connaissances considérables dans lequel on peut puiser, et je suis certaine qu'un grand nombre de personnes seraient prêtes à participer à un groupe de spécialistes consultatif. Merci.

**Seona Stephen, Vice President, BC Seniors Living Association:** Thank you for the opportunity to respond to your second interim report.

We have done much the same as Ms. MacLean. We have taken some highlights and then we would like to respond.

In option 56 you ask whether the federal government should play a role in the communication of best practices in regulation and whether different jurisdictions get together so that they do not need to reinvent the wheel in developing a regulatory framework for supportive housing. We actually disagree with the regulating of supportive housing.

When I talk about supportive housing, it does get confusing. We are talking about independent living. "Supportive independent" is how we talk about it in British Columbia.

We disagree with the regulating of supportive and independent living because we are based on a hospitality model of best practices, not a medical model. Assisted living in British Columbia is already regulated, as I am sure you well know, by the registrar of British Columbia, specifically dealing with health and safety issues.

The report mentioned that some assisted living facilities were providing levels of care beyond basic support. In British Columbia, that is well-addressed by the Assisted Living Registrar.

The British Columbia Seniors Living Association, BCSLA, is fairly new. We are just starting our fifth year. Our goal is to act as a resource for our members to prevent reinventing the wheel. We support best practices.

As outlined in our briefing note that you received earlier, you will see three of the main issues: the billing, the notice period, and the dispute resolution. In British Columbia we are working together with an industry-wide committee. It is just wonderful to see everybody around the table, and we will address this so that everybody is feeling comfortable and we need not necessarily go to the government-regulated model.

Option 41 is about increasing the number of geriatric and gerontology training programs. We strongly support the need for additional gerontologists. They truly understand the complex health care needs, particularly relating to falls and medication. We find that our general practitioners do not have the same depth of knowledge that these specialists have. The specialists provide outstanding service in the acute care hospitals, particularly in the geriatric rehabilitation programs that we have here in Victoria.

**Seona Stephen, vice-présidente, BC Seniors Living Association :** Je vous remercie de l'occasion qui m'est offerte de réagir à votre deuxième rapport intérimaire.

Nous avons fait un peu comme Mme MacLean. Nous avons mis en évidence certains points de votre rapport et nous aimerions ensuite y réagir.

À l'option 56, il est question de déterminer si le gouvernement fédéral devrait jouer un rôle dans la communication des pratiques exemplaires en matière de réglementation et si les diverses régions travaillent en collaboration afin d'éviter que chacune « réinvente la roue » lorsqu'elle élabore un cadre de réglementation de logements supervisés. En fait, nous ne croyons pas que les logements supervisés devraient être réglementés.

Le terme « logements supervisés » porte à confusion. Il s'agit de logements pour personnes autonomes. En Colombie-Britannique, nous utilisons le terme « logements supervisés favorisant l'autonomie ».

Nous ne pensons pas que les logements supervisés et favorisant l'autonomie devraient être réglementés parce que nous nous appuyons sur un modèle de pratiques exemplaires axé sur l'accueil et non sur l'aspect médical. Comme je suis certaine que vous le savez déjà, en Colombie-Britannique, l'aide à la vie autonome est déjà réglementée par le registraire, qui s'occupe particulièrement des questions liées à la santé et à la sécurité.

Dans votre rapport, vous avez mentionné que certains établissements d'aide à la vie autonome fournissent des soins qui vont au-delà de l'aide de base. En Colombie-Britannique, cette question relève du registraire, aide à la vie autonome.

La British Columbia Seniors Living Association, ou BCSLA, est assez jeune. Nous venons d'entamer notre cinquième année. Notre objectif est d'agir en tant que ressource pour que nos membres n'aient pas à réinventer la roue. Nous appuyons les pratiques exemplaires.

Comme on l'explique dans notre note d'information que vous avez reçue un peu plus tôt, il y a trois problèmes principaux : la facturation, la période de préavis et la résolution de conflits. En Colombie-Britannique, nous sommes en train de travailler en collaboration avec un comité formé de plusieurs représentants de l'industrie. Il est tout simplement merveilleux de voir tous ces gens assis autour de la même table, et nous aborderons cette question d'une manière qui ne mettra personne mal à l'aise. Nous n'avons pas nécessairement besoin de recourir au modèle gouvernemental.

L'option 41 vise à augmenter le nombre de programmes de formation en gériatrie et en gérontologie. Nous sommes parfaitement d'accord avec vous. Il faut plus de gérontologues. Ils comprennent vraiment les besoins complexes des aînés en matière de soins de santé, particulièrement en ce qui concerne les chutes et les médicaments. Nous avons constaté que les médecins généralistes n'ont pas les mêmes connaissances que ces spécialistes. Les spécialistes fournissent des services exceptionnels dans les établissements de soins de courte durée, particulièrement dans les programmes de réadaptation pour les personnes âgées que nous avons ici, à Victoria.

The sad thing is that there is a movement afoot to remove the gerontologists from geriatric rehabilitation programs. Hopefully Dr. Cooper can comment, because we would like clarification on that. Our industry affectionately calls these programs “the geriatric jump-start programs” because that is truly what they do. The geriatric rehabilitation programs do an outstanding job of preparing patients for discharge either to the family home or to the retirement communities.

Problem arise when seniors return home and the appropriate follow-up therapies are either nonexistent or difficult to access, or there is a requirement that the individual senior pays.

We would recommend that the gerontologists should be the clinical and administrative leaders in these geriatric programs. We stress the importance of a seamless continuum of service to seniors in order to capitalize on the progress made during the rehabilitation stage. This will prevent readmission. If we do not have the supports in the community, the seniors go back into the hospital, which is a cost to the health care system.

Another item is healthy diets for seniors. There are some excellent programs controlled by the community available to seniors, such as the Meals on Wheels program. I presume that Meals on Wheels would be governed by a dietician or Canada’s Food Guide so that the seniors would be getting well-balanced meals.

Within the retirement communities, best practices are once again used. A dietician is always consulted when we are developing our five-week rotations, which are seasonal — spring, summer, autumn, winter. We work with Canada’s Food Guide.

British Columbia has also come up with *Healthy Eating for Seniors*, an outstanding booklet that anybody can have and that we are using. It contains lots of information. I work with my chefs to make sure that we incorporate their really good ideas. There are some supports out there.

Certainly in independent and assisted living and even in the long-term care facilities, we do involve dieticians. I think we would be hard-pressed to say those seniors are not getting well-balanced diets.

Option 57 is to facilitate access to information about housing options across the country. Truly that is a concern. I would say probably the majority of us have websites well-established. In the last five years, probably a third of my inquiries have been coming

Il est triste de constater qu’il y a actuellement un mouvement, dans le milieu, qui est formé de gens qui aimeraient retirer les gérontologues des programmes de réadaptation gériatrique. Nous espérons que le Dr Cooper pourra commenter cette tendance parce que nous aimerions beaucoup qu’on éclaircisse cette question pour nous. Dans notre industrie, on appelle affectueusement ces programmes « les programmes de redémarrage gériatrique » parce que c’est véritablement ce qu’ils font. Les programmes de réadaptation gériatrique sont merveilleux, car ils permettent de préparer les patients à sortir de l’hôpital pour retourner au foyer familial ou à la collectivité de retraités.

Des problèmes font surface quand les personnes âgées retournent chez elles, et que les thérapies de suivi sont inexistantes, qu’il est difficile d’y accéder ou que la personne âgée doit en déboursier les frais.

Nous recommandons que les gérontologues soient les directeurs cliniques et administratifs de ces programmes gériatriques. Nous soulignons l’importance d’un continuum transparent de services pour les aînés qui permettra de prendre appui sur les progrès réalisés pendant la réadaptation. Ainsi, on pourra prévenir la réadmission. Si les services de soutien ne sont pas disponibles dans la collectivité, les personnes âgées retournent à l’hôpital, ce qui coûte cher au régime de soins de santé.

L’alimentation des personnes âgées constitue un autre problème. Il y a d’excellents programmes gérés par la collectivité pour les personnes âgées, comme le programme Meals on Wheels. Je présume que ce programme est régi par un diététicien ou est fondé sur le Guide alimentaire canadien et que l’on s’assure que les personnes âgées reçoivent des repas bien équilibrés.

Au adopte également des pratiques exemplaires au sein des collectivités de retraités. Un diététicien est toujours consulté pour l’élaboration des menus de cinq semaines, qui sont saisonniers, printemps, été, automne et hiver. Nous nous appuyons sur le Guide alimentaire canadien.

La province de la Colombie-Britannique a également rédigé la merveilleuse brochure *Healthy Eating for Seniors*, qui peut être utilisée par n’importe qui et que nous-mêmes utilisons. Ce livret contient beaucoup d’information. Je travaille en collaboration avec mes chefs afin de m’assurer que nous incorporons les très bonnes idées qui sont contenues dans ces documents. Il y a des mesures de soutien qui existent.

Dans les logements favorisant la vie autonome et même dans les établissements de soins de longue durée, des diététiciens sont toujours consultés. Je pense qu’il serait difficile d’affirmer que ces personnes âgées ne mangent pas de manière équilibrée.

L’option 57 consiste à faciliter l’accès aux renseignements au sujet des possibilités de logement au Canada. Cela est une préoccupation majeure. Je dirais que la majorité d’entre nous avons probablement des sites web bien établis. Au cours des

through the website from across Canada. Our company is doing something good, because I am certainly getting lots of inquiries.

I am sure you are familiar with *The Care Guide*. It is in all jurisdictions across Canada. It outlines all the places available. It is free to seniors. Perhaps my particular retirement residence is not appropriate for some seniors. I would share this with them so that they are not lost. I would make some recommendations to them. I am sure you are aware that these items are available.

Senators from Ontario will be familiar with the Ontario Retirement Communities Association, ORCA, which has a 1-800 number that seniors can phone to get information. They are a well-established organization that we model after in British Columbia. We are exploring the thought that we, as an association, could have the 1-800 number that seniors in British Columbia could phone for advice.

Some communities in the province have established a seniors' hotline and reference centre staffed by individual seniors in the local community. How powerful is that? They are sharing their information with seniors. Sidney is a particularly good example of that.

Section 5.1 of your report is on housing. You state that 93 per cent of seniors "live in private homes, and have a strong preference for staying in their own homes."

Since I moved from acute care into retirement living, I have been fascinated by this. Within six months I do an interview with each resident that comes through my doors. I would say that I am not sure that that number is correct. What I hear from the seniors and from many of my colleagues in the association is that seniors often find that they are so overwhelmed by the thought of moving and the fear of losing control of decision making that they choose what they consider to be the easier, less daunting option, which is to remain in their home. This can create an environment of social isolation. It is also a loss of an opportunity for some seniors to live in a community, such as a retirement residence, where they could become more active, more connected and less reliant on community care.

Family relationships that were previously centered on caregiving, which Ms. MacLean mentioned, can be reinvented to a relationship of mother-daughter instead of mother-caregiver, for example.

We would like to see enhanced information and accessibility to community professionals that specialize in relocating seniors. Many seniors just do not know where to go. There are some excellent companies coming up. Some company officials have been nurses in the past so they have a caring sensitivity to that and they can actually take the resident through downsizing to moving into a retirement residence with as little disruption as possible.

cinq dernières années, environ un tiers des demandes d'information que je reçois me parviennent de partout au Canada par l'entremise du site web. Notre entreprise doit faire quelque chose de bien parce que je reçois beaucoup de demandes d'information.

Je suis certaine que vous connaissez *The Care Guide*. C'est une ressource qui est disponible dans toutes les régions du Canada. L'ouvrage indique tous les établissements disponibles. C'est une ressource qui est gratuite pour les personnes âgées. Ma résidence de retraités n'est peut-être pas appropriée pour certains aînés. Je leur ferai savoir afin qu'ils ne se perdent pas. Je leur ferai certaines recommandations. Je suis certaine que vous savez que ces renseignements sont disponibles.

Les sénateurs de l'Ontario connaissent sûrement l'Ontario Retirement Communities Association, l'ORCA, qui a un numéro sans frais que les personnes âgées peuvent composer pour obtenir de l'information. Il s'agit d'une organisation bien établie qui nous sert de modèle en Colombie-Britannique. En tant qu'association, nous explorons la possibilité d'obtenir un numéro sans frais que les aînés de la Colombie-Britannique pourraient composer pour obtenir des conseils.

Certaines collectivités dans la province ont établi un service téléphonique et un centre de référence où travaillent des aînés de la collectivité locale. C'est merveilleux, n'est-ce pas? Ils partagent l'information dont ils disposent avec d'autres personnes âgées. Sidney est un excellent exemple.

La section 5.1 de votre rapport porte sur le logement. Vous affirmez que 93 p. 100 des aînés « habitent dans des résidences privées et souhaitent vivement rester chez eux ».

Depuis que j'ai quitté le domaine des soins de courte durée pour le domaine des résidences de retraités, je suis fascinée par ce concept. Depuis six mois, j'interroge chaque résidant qui vient me voir. Je ne suis pas certaine que votre chiffre est exact. Ce que me disent les aînés et ce que pensent un grand nombre de mes collègues dans l'association, c'est que les personnes âgées sont souvent si dépassées par l'idée de déménager et la peur de perdre le pouvoir de prendre leurs propres décisions qu'elles choisissent l'option qu'elles considèrent comme la plus facile et la moins déconcertante, c'est-à-dire de rester chez elles. Cette décision peut donner lieu à l'isolement social. Certains aînés perdent également une occasion de vivre dans une communauté, comme celle que fournissent les résidences de retraités, au sein de laquelle ils peuvent être plus actifs, plus entourés et moins dépendants des soins communautaires.

Les relations familiales, qui, auparavant, s'articulaient autour des soins peuvent, comme Mme MacLean l'a mentionné, être réinventées afin qu'une relation mère/fille, par exemple, prenne la place d'une relation mère/soignante.

Nous aimerions qu'il y ait plus d'information et un meilleur accès aux professionnels de la collectivité qui se spécialisent dans le relogement des personnes âgées. De nombreuses personnes âgées ne savent tout simplement pas où aller. Il y a d'excellentes entreprises qui voient le jour. Les représentants de certaines entreprises ont été infirmiers, par le passé. Ils sont particulièrement sensibles à ce problème et ils peuvent

Many of the residents I deal with in Victoria have no family. They may have the money to move into a private facility, but they do not have the wherewithal to deal with it. We need more communication on that.

The other thing is to connect families to support groups in their community, like the Family Caregivers' Network Society. The health authorities must be cognizant of the pressure they place on family members to augment the community care in the homes. We hear that a lot.

I will not discuss the briefing note because we are going to the table on Friday in Vancouver to start the discussion around these issues.

**Dr. Marianne McLennan, Director, Seniors, End of Life and Spiritual Health, Vancouver Island Health Authority:** We gave you some handouts and tried to make them succinct. I would echo many of the things that have already been said.

The health authority is challenged by the pressures and the requests for service. I will point out that half of our population is in the little southern tip of the map I provided you. The rest of our population is spread out remotely and rurally and difficult to service. That is a challenge, as is the challenge of aging, as everyone is aware. We have given you a snapshot of our context.

The prevalence of chronic conditions in the population of seniors, gaps in care and the fact the workforce is declining and we are having difficulty selecting and finding appropriate people to do the work are all pressures that point to the need for having ongoing innovation and excellence. What we have done in the past will not serve us in the future.

I have shared with you some planning models that have been developed in B.C. You may be aware of them. They put the person in the centre of our thinking on how we are going to approach health care planning. The thinking focuses on that person's journey through life in terms of staying healthy. We see things provincially that are supporting that, like ActNow BC.

It also considers the times when we have acute issues that come back that we need to get better at addressing. How do we build confidence in people's ability to get recovery? How do we give them competency and make sure they are able to make reasonable decisions? How do we connect them in their communities to support them on an ongoing basis?

accompagner le résidant dans le processus qui l'amènera à accepter de vivre dans un logement plus petit et à s'installer dans une résidence de retraite le plus en douceur possible.

Un grand nombre des aînés avec lesquels je fais affaire à Victoria n'ont pas de famille. Ils ont peut-être l'argent pour s'installer dans un établissement privé, mais ils ne savent pas comment s'y prendre. Nous avons besoin de plus de communications à cet égard.

L'autre problème consiste à mettre les familles en communication avec des groupes de soutien dans leur collectivité, comme la Family Caregivers' Network Society. Les autorités sanitaires doivent reconnaître qu'elles mettent de la pression sur les membres de la famille pour augmenter la prestation des soins communautaires à domicile. Nous entendons souvent parler de ce problème.

Je ne discuterai pas de la note d'information parce que nous allons la déposer à Vancouver vendredi pour engager la discussion sur ces problèmes.

**Dre Marianne McLennan, directrice, aînés, Fin de la vie et santé spirituelle, Autorité sanitaire de l'île de Vancouver :** Nous avons distribué des documents dans lesquels nous avons tenté d'être brefs. Je ferai allusion à plusieurs des questions qui ont déjà été soulevées.

Les demandes de services constituent un défi pour l'autorité sanitaire. J'aimerais souligner que la moitié de notre population habite sur la petite pointe du sud que vous pouvez voir sur la carte que je vous ai remise. Le reste de la population habite dans des régions éloignées et rurales, et il est donc difficile de leur offrir des services. Leur isolement est un défi. Le vieillissement est également un défi, comme tout le monde le sait. Nous vous avons donné un aperçu du contexte dans lequel nous évoluons.

La prévalence des maladies chroniques chez les personnes âgées, les lacunes en matière de soins et le fait que la population active est en décroissance, de sorte que nous avons de la difficulté à trouver des gens qui peuvent faire le travail de manière appropriée, constituent autant de défis qui mettent en évidence la nécessité de faire continuellement preuve d'innovation et d'excellence. Ce que nous avons fait par le passé ne nous servira pas à l'avenir.

Je vous ai distribué certains modèles de planification qui ont été élaborés en Colombie-Britannique. Vous les connaissez peut-être. Le client est au centre de notre approche à adopter en matière de planification des soins de santé. Cette réflexion est axée sur le parcours de vie de la personne en ce qui concerne la préservation de sa santé. À l'échelle provinciale, nous voyons naître des mesures qui appuient cette approche, comme ActNow BC.

Cette approche nous permet également d'affronter les problèmes graves qui sont récurrents et que nous devons apprendre à régler de manière plus efficace. Comment pouvons-nous rendre les gens plus confiants envers leur capacité de se rétablir? Comment allons-nous leur transmettre des compétences et nous assurer qu'ils sont en mesure de prendre des décisions

The chronic disease issues and the disability issues require us to consider the whole person and what the seniors' values and goals are, and we have to optimize their independence in managing those challenges. Of course, we need to consider what it is like to cope with the end of life, and we want to help them plan in advance, think about what is important and valuable to them, and prepare for a good death.

When we take that to the level of action, to look at how we will actually approach it, we consider those aspects of the person and we think about the things that he or she can do in that phase of life, what the professional and informal caregivers need to know and do, what the agency or our organization as a regional health authority has a responsibility to do, and what is the greater social policy that we have both provincially and federally and have a responsibility to address.

I want to share with you the fact that the Vancouver Island Health Authority does have as a strategic priority the development of a seniors' centre of excellence. Partly that is a vision; it is also a strategy. We see ourselves as a virtual network of stakeholders, and you are hearing from many of them today about their interest, the resources they bring and the activities we can share to address these challenges.

We see ourselves as using geographical hubs. You heard that not all our communities will need the same kinds of approaches, and we need to be flexible in how we will orchestrate and meet those needs in our various geographies.

We will be looking at our interactive actions, what we actually do in the basic functions of caregiving and what education is required by our professionals, by the families, by the communities and by the future health care providers.

I would really like to stress the research requirement. As I said before, we know we cannot meet our challenges using the same strategies. We need to know what works. We need to have evidence to apply our new ways of addressing these issues, and those policy issues are another piece.

We have a partnership with the Centre on Aging at the University of Victoria. We are both generating new findings as well as making sure we get those findings into our practice. Partnership with the researchers is critical.

raisonnables? Comment allons-nous les mettre en rapport avec des ressources dans leurs collectivités qui pourront les appuyer en permanence?

Les problèmes liés aux maladies chroniques et à l'invalidité nous obligent à tenir compte de la personne en tant que tout et de ce que sont les valeurs et les objectifs des personnes âgées. Nous devons optimiser leur autonomie dans la gestion de ces défis. Nous devons bien sûr tenir compte de ce qu'ils vivent quand la mort approche. Nous voulons les aider à prévoir les choses à l'avance, à réfléchir à ce qui est important et a de la valeur pour eux et les préparer à une belle mort.

Sur le plan pratique, quand nous envisageons comment nous affronterons ce problème dans les faits, nous tenons compte de ces éléments, de ce que la personne peut faire à cette étape de la vie, de ce que doivent savoir et faire les soignants professionnels et non officiels, de ce que notre organisation en tant qu'autorité régionale en matière de santé a la responsabilité de faire et de la politique sociale globale, à l'échelle provinciale et fédérale, que nous devons respecter.

J'aimerais que vous sachiez que la priorité stratégique de l'Autorité sanitaire de l'île de Vancouver est la création d'un centre d'excellence pour les personnes âgées. Cette priorité est, en partie, également une vision; c'est aussi une stratégie. Nous nous considérons comme un réseau virtuel de parties intéressées, et vous avez entendu un grand nombre d'entre elles aujourd'hui. Elles vous ont parlé de leurs intérêts, des ressources qu'elles offrent et des activités que nous pouvons réaliser pour relever ces défis.

En tant qu'organisations, nous représentons diverses régions. Vous avez entendu dire que les mêmes approches ne pourront pas être adoptées dans toutes nos collectivités, et nous devons faire preuve de souplesse dans la manière dont nous répondrons à ces besoins et dont nous organiserons ces services dans nos diverses régions.

Nous examinerons nos mesures interactives, notre véritable rôle en ce qui concerne la raison d'être fondamentale des soignants et les formations que doivent suivre nos professionnels, les familles, les collectivités et les futurs fournisseurs de soins de santé.

J'aimerais souligner l'importance de la recherche. Comme je l'ai déjà dit, nous savons que nous ne pouvons pas relever les défis en adoptant les mêmes stratégies. Nous devons savoir ce qui fonctionne. Nous avons besoin de données probantes sur les nouvelles manières de régler ces problèmes, particulièrement les problèmes stratégiques.

Nous avons un partenariat avec le centre sur le vieillissement de l'Université de Victoria. Nos deux organisations sont en train de générer de nouveaux résultats et de s'assurer que ces résultats sont intégrés dans nos programmes. Les partenariats avec les chercheurs sont essentiels.

**Dr. Michael Cooper, Division Head of Geriatric Psychiatry, Vancouver Island Health Authority:** My focus is on the geriatric psychiatry side of things. We are looking at a number of priority issues and are working closely with the geriatric medicine side that Dr. McLennan represents.

Frailty is one of our key defining conditions. The frail elders are those who come to our attention. Falls prevention, medication issues, and chronic disease management are the key medical issues, and then there are a number of significant psychosocial issues around decision making. As Ms. Stephen mentioned, social isolation is another key area.

Let me talk for a minute about the mental health issues. I was looking at section 4.6 in the interim report and thought a little more data might be helpful in that area.

The population health model is helpful in understanding and approaching the problem. I rely heavily on a federal government website that provides the Population Health Template. A lot of work has been done over the past 10 or 15 years on that model.

A useful way of starting with that model is to break down the population we serve in the mental health field into four sub-populations, each of which has unique key health determinants, unique needs, and unique plans that have to be developed. The first group is the individuals with dementia. The second group is people who have had lifelong mental disorders who then develop age-related issues, such as the start of dementia and the development of complex comorbid medical problems. The third group is individuals who develop mental illnesses, most commonly depression, in later years. The second most common one is a group of paranoid disorders that can be quite challenging to manage. The fourth group is older adults with addiction issues. With the current cohort of seniors, those are primarily alcohol-related issues, but there is also prescription drug abuse; we have a lot of concerns around overuse of tranquilizer medications — the benzodiazepines or Valium-type tranquilizers. I will talk about each of these four groups.

More than any other of the four groups, the dementia group will challenge our society the most. The city of Victoria gives us a bit of a snapshot of what Canada will be like because we have a higher percentage of the elderly currently in our population, and I can tell you that in Victoria and throughout Vancouver Island our resources are being strained to the limit by this population group.

We know that as people get older the prevalence of dementia increases, and the unfortunate reality is that by the time people reach 85, most will have dementia. That figure is not likely to change until we have a cure for dementia. We can only hope that

**Dr Michael Cooper, chef de division de la psychiatrie gériatrique, Autorité sanitaire de l'île de Vancouver :** Ma spécialisation est la psychiatrie gériatrique. Nous étudions un certain nombre d'enjeux prioritaires et travaillons en étroite collaboration avec les professionnels spécialisés en médecine gériatrique, que la Dre McLennan représente.

La faiblesse est l'un des problèmes qui touche le plus notre clientèle. Les aînés qui sont faibles sont ceux qui nous préoccupent le plus. La prévention des chutes, les problèmes liés aux médicaments et la gestion des maladies chroniques sont des problèmes médicaux de la plus grande importance. De plus, il y a un certain nombre de problèmes psychosociaux considérables relatifs à la prise de décisions. Comme Mme Stephen l'a mentionné, l'isolement social est un autre problème important.

Permettez-moi un instant de parler des problèmes de santé mentale. Je lisais la section 4.6 du rapport provisoire et je pense qu'il serait utile de disposer de plus de données dans ce domaine.

Le modèle de santé de la population nous aide à comprendre et à aborder le problème. Je consulte souvent un site web du gouvernement fédéral qui fournit le modèle de la promotion de la santé de la population. Au cours des dix ou 15 dernières années, on a beaucoup travaillé à ce modèle.

Il est utile d'aborder ce modèle en divisant la population que nous servons dans le domaine de la santé mentale en quatre sous-populations, dont chacune a des déterminants de la santé et des besoins uniques, auxquels il faut répondre en élaborant des plans appropriés. Le premier sous-groupe est formé des personnes qui sont atteintes de démence. Le deuxième sous-groupe est celui des personnes qui ont souffert de troubles mentaux toute leur vie et qui ont maintenant d'autres problèmes en raison de leur âge, comme des débuts de démence et l'apparition de problèmes de santé comorbides complexes. Le troisième groupe est composé de gens qui sont atteints de maladie mentale, et plus souvent qu'autrement de dépression, à mesure qu'ils vieillissent. La maladie mentale qui est au deuxième rang en importance parmi ce groupe comprend les troubles paranoïaques, qui peuvent être très difficiles à traiter. Le quatrième groupe est composé d'adultes d'un certain âge qui ont des problèmes de dépendance. Parmi la cohorte actuelle de personnes âgées, il s'agit principalement de problèmes liés à l'alcoolisme, mais il y a également des gens qui ont une dépendance aux médicaments prescrits; nous sommes très préoccupés par la surutilisation des tranquillisants, comme les benzodiazépines ou les tranquillisants qui ressemblent au valium. Je parlerai de chacun de ces quatre sous-groupes.

Parmi les quatre groupes, celui formé des gens qui souffrent de démence représentera le plus grand défi pour notre société. La ville de Victoria nous donne un aperçu de ce que sera la situation au Canada à l'avenir parce que notre population compte un plus grand nombre de personnes âgées. Je peux vous dire que, à Victoria et partout sur l'île de Vancouver, nous sommes en train d'épuiser nos ressources en raison de ce groupe.

Nous savons que, à mesure que les gens vieillissent, la prévalence de la démence augmente. Malheureusement, la plupart des gens qui vivent jusqu'à l'âge de 85 ans seront atteints de démence. Ce chiffre ne changera pas jusqu'à ce que

that cure is around the corner, because without it, it is hard to imagine how our society will cope with the aging population and the boomer generation once they hit age 85.

We know that 1 in 13 Canadians over age 65 have dementia. There is a high preponderance of psychiatric complications among that population. Probably 80 per cent to 90 per cent of people with dementia will develop psychiatric complications, and ultimately dementia is a disorder characterized by psychiatric problems. We need to look at how to plan for that.

We need to look at a range of options. Certainly having innovative programs that can provide prompt and timely assessment is key. We are looking at a number of exciting initiatives for Vancouver Island. We think reaching out to the family physicians and developing a shared care model will greatly help to address that early assessment piece. Dr. McLennan will talk about our Integrated Health Network for At-Risk Seniors project in a moment. That will be a showcase model of how we can approach that.

We are developing increased liaison and consultation with our key partners in home care programs and residential care programs. All of the geriatric psychiatrists on Vancouver Island visit all of the nursing homes across the Island in order to identify problems before they become a crisis in the residential care facilities. At the same time we are trying to deal with a growing number of individuals in the community who present similar challenges.

Through our mental health program in Victoria we have developed the capacity to respond on an urgent basis. We have developed a centralized intake process that I think will provide a model in terms of being a single point of contact to try to make manoeuvring through this sometimes confusing system of care a little bit easier both for seniors and for all of the health professionals out there.

We are also very proud of the program we have developed for the most severe population. With the closing down of the provincial mental health facility, Riverview Hospital, we have developed services on Vancouver Island to replace what was previously offered, and we have done it in a distributed fashion so that we have as a hub the in-patient programs located in Victoria and then satellite residential facilities located in Victoria, Ladysmith, and Campbell River. The last two opened just this year and are proving to be valued additions to the services. Individuals who previously would have been sent across to Vancouver for long periods of time can now reside closer to home and get the care that they need in a complex way. We have linked all four of these units in a dynamic, integrated way to ensure maximum utilization.

nous trouvons un traitement contre la démence. Nous pouvons seulement espérer qu'on trouvera ce remède bientôt parce que, sinon, il est difficile d'imaginer comment notre société fera face à la population vieillissante et à la génération des baby-boomers quand ses membres atteindront l'âge de 85 ans.

Nous savons qu'un Canadien âgé d'au plus de 65 ans sur 13 est atteint de démence. Il y a un taux élevé de complications psychiatriques parmi cette population. Dans environ 80 à 90 p. 100 des cas, les gens qui sont atteints de démence présenteront des complications psychiatriques, et, au bout du compte, la démence est un trouble caractérisé par des problèmes psychiatriques. Nous devons réfléchir à la façon dont nous nous préparerons à cette éventualité.

Nous devons examiner un large éventail d'options. Il est évident que des programmes novateurs pouvant fournir rapidement une évaluation sont essentiels. Nous sommes en train d'envisager un certain nombre d'initiatives intéressantes pour l'île de Vancouver. Nous pensons que le fait de faire appel aux médecins de famille et d'élaborer un modèle de soins commun nous aidera beaucoup à effectuer des évaluations en temps opportun. Dans un instant, la Dre McLennan vous parlera de notre projet d'établir un réseau de la santé intégré pour les personnes âgées à risque. Il s'agira d'un modèle de la manière dont nous pouvons régler ce problème.

Nous sommes en train d'établir des liens et de tenir des consultations avec nos partenaires clés dans des programmes de soins à domicile et en établissement. Tous les psychiatres gériatriques sur l'île de Vancouver visitent tous les foyers pour personnes âgées sur l'île afin de constater les problèmes avant qu'ils ne prennent des proportions de crise dans les établissements de soins. Parallèlement, nous tentons de gérer le nombre croissant de personnes dans la collectivité qui présentent des défis semblables.

Grâce à notre programme de santé mentale à Victoria, nous sommes maintenant en mesure de réagir à toute urgence. Nous avons créé un processus d'accueil centralisé qui, selon moi, servira de modèle en tant que point d'accès unique. Il permettra aux personnes âgées et à tous les professionnels de la santé de s'orienter plus facilement dans ce régime de soins, parfois compliqué.

Nous sommes également très fiers du programme que nous avons établi pour la population dont les besoins sont les plus grands. L'établissement psychiatrique provincial, l'hôpital Riverview, a fermé ses portes. Nous avons donc mis sur pied, à l'île de Vancouver, des services qui remplaceront ce qui était offert par le passé. Nous avons adopté une approche de répartition, et nos programmes pour les patients en établissement à Victoria sont au centre de ce système. Les établissements résidentiels à Victoria, à Ladysmith et à Campbell River gravitent autour de ces programmes. Les établissements résidentiels de Ladysmith et de Campbell River ont ouvert leurs portes cette année et se sont révélés des ajouts importants aux services. Les personnes qui, par le passé, auraient été obligées de demeurer à Vancouver pendant de longues périodes peuvent maintenant habiter plus près de chez



We are also very proud of our addictions program. In Victoria we have VISTA, the Victoria Innovative Seniors' Treatment Approach, which has been in existence for I believe about 15 years. It is modelled after some of the best programs in the world, and it follows an outreach model.

When it comes to meeting the needs of frail elderly with addiction issues, I would emphasize that an outreach model is the standard of care. This group is hard to engage in treatment programs. They do not fit into the usual kinds of adult addiction programs, and being able to offer them a specialized approach, going into their homes, their residences or nursing homes and addressing their needs has been very effective.

We are also very excited about future developments for Greater Victoria with the development of a new in-patient unit. This patient care centre will replace some of the aging facilities at Royal Jubilee Hospital providing medical and surgical treatment. It will also house their geriatric psychiatry unit, and it will follow the principle of an elder-friendly hospital. I believe it may be among the first in Canada to do so. It will be exciting to be a part of that.

**Dr. McLennan:** In North Island, we are also trying a blended team of geropsychiatry and seniors health, using the same team of individuals with those two specialties. We are finding that we are able to increase the primary health care capacity of family physicians and the families to manage challenging cases, and we are seeing less acute care admissions as a result.

I will highlight one or two more key innovative things we are doing. One is a system we put in place in South Island to connect our in-patient unit and expand our outpatient unit so that we have a whole system of care for our seniors who have the most complex medical issues. There is some information in there about what we needed to rethink and the assumptions we changed to put the service in place. Our results indicate that we saved probably about 18 bed-days annually with a resource injection into that strategy.

We also do not have a wait list for our geriatric unit. We can actually get people in within a day or two. This rethinking of how we deliver care and having the comprehensive system in place are critical for moving ahead with the challenges we are facing.

Dr. Cooper mentioned the Integrated Health Network for At-Risk Seniors project that we are working on. This is a health innovation demonstrated project, and I will highlight the fact that

elle et obtenir les soins complexes dont elles ont besoin. Nous avons relié ces quatre unités de manière dynamique et intégrée afin d'en garantir une utilisation maximale.

Nous sommes également très fiers de notre programme de désintoxication. À Victoria, nous avons VISTA, c'est-à-dire la Victoria Innovative Seniors' Treatment Approach, qui, je crois, existe depuis 15 ans. Cette approche s'inspire des meilleurs programmes de par le monde, et elle suit un modèle d'intervention.

J'aimerais souligner que, quand il s'agit de répondre aux besoins d'ânés faibles qui ont des problèmes de dépendance, un modèle d'intervention est la norme en matière de soins. Il est difficile de faire participer ce groupe à des programmes de traitement. Il ne s'intègre pas aux programmes de désintoxication pour adultes réguliers. Le fait d'être capable de leur offrir une approche spécialisée, d'aller les chercher chez eux, dans leur résidence ou dans leur foyer, et de répondre à leurs besoins s'est révélé très efficace.

Nous sommes également très enthousiasmés par les nouveaux projets pour la grande région de Victoria, ce qui comprend une nouvelle unité d'hospitalisation. Ce centre de soins remplacera certains des établissements vieillissants du Royal Jubilee Hospital en fournissant des traitements médicaux et opératoires. Il accueillera également son unité de psychiatrie gériatrique, et il suivra le principe d'un hôpital adapté aux personnes âgées. Je crois qu'il s'agit d'un des premiers centres de ce genre au Canada. Il sera très excitant de faire partie de cette initiative.

**Dr McLennan :** Dans le nord de l'île, nous mettons également à l'essai une équipe composée de professionnels qui ont deux spécialités : la psychiatrie gériatrique et la santé des personnes âgées. Nous avons constaté que nous pouvons améliorer la capacité des médecins généralistes et des familles en matière de soins de santé primaires et de gestion des cas lourds. En conséquence, le nombre d'admissions dans les unités de soins de courte durée a diminué.

J'aimerais mettre en évidence une ou deux autres mesures novatrices que nous sommes en train d'adopter. L'une d'entre elles est un système que nous avons établi dans le sud de l'île pour relier notre unité de soins en établissement et de soins en clinique externe, ainsi que pour agrandir cette dernière, de manière à disposer d'un système global de soins pour les ânés qui ont des problèmes de santé très complexes. Vous avez de l'information sur les facteurs auxquels nous avons dû repenser et les hypothèses que nous avons dû modifier pour mettre le service en place. Nos résultats indiquent que les ressources que nous avons investies dans cette stratégie nous ont probablement permis de faire l'économie d'environ 18 jours-lits par année.

Nous n'avons également pas de liste d'attente pour notre unité gériatrique. Les gens peuvent être admis dans un jour ou deux. Cette nouvelle réflexion sur la manière dont nous fournissons des soins et le fait d'établir un système global sont essentiels si nous voulons commencer à relever les défis auxquels il faut faire face.

Le Dr Cooper a mentionné le projet du réseau de santé intégré pour les personnes âgées à risque auquel nous travaillons. C'est un projet novateur dans le domaine de la santé, et j'aimerais

we do need seed money. We must try new things and evaluate them strongly to know if they will make a difference. This is an example.

We have 15 networked physician offices. We have a model, which I have given you in the handout, that connects each of those physicians with a home care nurse. Usually home care nurses are geographically assigned to their cases. In this case, the nurse and the physician share the same caseload regardless of where people live, and that communication, planning and working together is powerful. We are using that in our model.

We are also adding additional disciplines, like nutritionists and pharmacists, to that physician's office and to those families to support them. They will be linked to that comprehensive geriatric unit, so if they need an in-patient unit or surgery, for example, we will have that transition of information and knowledge about this person's ability to be managed in the home.

The evaluation has 30 performance indicators, and one thing they will be looking at is a return on the investment of resources that have been put into this from a decreased acute care utilization perspective. We are really excited about that.

The strategy is around improving and increasing the capacity of the resources already in the community to do more and better work with our seniors with more knowledge and to have good access and quick access for those issues where a specialist is needed.

I will not go through the medication management work that we have been doing, but we are part of the Safer Healthcare Now! initiative, part of the national work that is going on. We have developed locally a tool in home care for some of the medication reconciliation and the review process and assessing risk, and that work is being shared with that national group. We are seeing that this is a huge issue in the community, and I think we heard the other day some local results of some emergency department visits and the problems we are having with medication, so it is a really important area.

The last thing I will highlight is a couple of opportunities I think we need to explore. One is that we need to work in partnerships with municipalities and First Nations and other community groups because we really need to think about what it is like to have an age-friendly community. We are fostering some work there.

You heard about the physical design issues in our new hospital tower here in South Island at the Royal Jubilee. I think we need to make sure those building adjustments and needs are happening across the board. We are looking at technology as a way to deal with getting service closer to where people live and using in the best way our professionals who may be in South Island for

souligner que nous avons besoin d'un capital de départ. Nous devons essayer de nouvelles choses et les évaluer de manière rigoureuse afin de déterminer si elles permettent des changements. Il s'agit d'un exemple.

Le réseau compte 15 cabinets de médecin. Il y a un modèle, que je vous ai distribué avec le document, qui relie chacun de ces médecins à une infirmière à domicile. Habituellement, les infirmières à domicile se voient assigner des patients selon une région géographique particulière. Dans le cadre du projet, l'infirmière et le médecin partagent les mêmes cas, quel que soit l'endroit où ces gens habitent, et cette manière de communiquer, de prévoir les interventions et de travailler de concert est très efficace. Nous nous en servons dans notre modèle.

Nous joignons également, à ces bureaux de médecin, d'autres professionnels, comme des nutritionnistes et des pharmaciens, pour venir en aide à ces médecins et à ces familles. Ces professionnels sont liés à l'unité de gériatrie globale. Ainsi, si un patient a besoin d'être hospitalisé ou de subir une opération, par exemple, nous aurons toute l'information nécessaire sur cette personne et pourrions déterminer s'il est possible qu'il soit traité à la maison.

L'évaluation comprend 30 indicateurs de rendement. L'un des aspects qui seront évalués est le rendement du capital investi dans ce projet, selon la réduction du nombre de personnes qui reçoivent des soins de courte durée. Nous sommes très enthousiasmés par ce projet.

La stratégie vise à améliorer et à augmenter la capacité des ressources dont dispose déjà la collectivité afin que nous fassions du meilleur travail auprès de nos personnes âgées, que nos connaissances soient améliorées et que les personnes âgées aient plus facilement accès à un spécialiste quand elles en ont besoin.

Je ne parlerai pas du travail que nous avons fait dans le domaine de la gestion des médicaments, mais nous participons à l'initiative Safer Healthcare Now!, qui est mise en œuvre à l'échelle nationale. À l'échelle locale, nous avons élaboré un outil, pour les soins à domicile, qui nous permet de travailler au bilan comparatif des médicaments, au processus d'examen et à l'évaluation des risques. Nous partageons, avec le groupe national, le travail que nous avons fait à cet égard. Nous avons constaté qu'il s'agit d'un problème de taille dans la collectivité, et, l'autre jour, nous avons entendu parler de certains incidents qui ont eu lieu dans les salles d'urgence locales et des problèmes liés aux médicaments. Il s'agit donc d'un problème très important.

La dernière chose dont j'aimerais parler concerne des occasions que, selon moi, nous devons explorer. Premièrement, nous devons travailler en partenariats avec les municipalités et les Premières nations, ainsi que d'autres groupes communautaires, afin de réfléchir à la notion de collectivités adaptées aux personnes âgées. Nous sommes en train de parrainer les travaux dans ce domaine.

Vous avez entendu parler des problèmes liés à la conception de la nouvelle tour du Royal Jubilee, ici, dans le sud de l'île. Je pense que nous devons nous assurer que ces modifications structurales, qui permettent de répondre aux besoins de la collectivité, sont réalisées partout où c'est nécessaire. Nous considérons la technologie comme une manière d'offrir des services plus près

patients in the North Island. We are looking at video conferencing and telephone transition support groups, and we are looking at innovative education approaches to keep our staff up to date on the latest information.

B.C. is doing some great work on collaborative provincial planning, which you may already have heard about. We have four provincial dementia projects on board this year as well as projects on stroke, and we are doing some work in the end-of-life area.

I would like to make two comments in conclusion. Our seniors' health strategy is evolving. We have started a seniors' forum in both South Island and Central Island to create a learning network that bridges between health and the community and our health authority leaders so that we can start to understand the issues and start to work in partnership. That will be key for us. We know we need to have creative solutions. We are getting some early experience about the aging population demands, and we are trying to be creative in our approach to meeting those demands.

**Lyne England, Chair, Saanich Peninsula Health Association:** Honourable senators and distinguished panel members, thank you for the opportunity to speak here today about this very important topic of aging.

I have read with interest other presenters' comments as your Senate committee has travelled across this great land of ours. I am heartened by some of the new perspectives and possible solutions that have been brought forward for consideration. Some of the possible options are enticing. Perhaps these suggestions will stimulate more dialogue that will lead to implemented solutions.

Roy Romanow concluded our health care system is "as sustainable as we want it to be." However, we continue to hear voices pushing for reform and increased privatization despite challenges from many quarters. There are many learned people who contend that as long as the economy continues to grow, our health care system is in fact sustainable.

We appreciate that as the aging population increases, their needs and wants will put an even greater demand on the resources available. We all know that. I hear this at various committees I participate in and at visits to many long-term care facilities.

As a registered nurse, teacher and personal care provider for family members, I have witnessed the demise of dignity in long-term care facilities. For this reason, we must consider the situation all residents in long-term care facilities are currently facing, for

des lieux où habitent les gens et de faire en sorte que nos professionnels qui travaillent dans le sud de l'île puissent traiter des patients qui habitent dans le nord de l'île. Nous sommes en train d'envisager les vidéoconférences et les groupes téléphoniques de soutien à la transition. Nous sommes également en train d'examiner des approches de formation novatrices qui nous permettront de tenir notre personnel au courant des dernières informations.

La Colombie-Britannique fait un travail exceptionnel dans le domaine de la planification provinciale collaborative. Vous en avez peut-être déjà entendu parler. Cette année, il y a quatre projets provinciaux sur la démence qui ont été lancés, ainsi que des projets sur les AVC. Nous sommes également en train de faire du travail dans le domaine de la fin de vie.

Pour conclure, j'aimerais faire deux commentaires. Notre stratégie sur la santé des personnes âgées évolue. Nous avons mis sur pied un groupe de discussion formé de personnes âgées dans le sud et la partie centrale de l'île afin de créer un réseau d'apprentissage qui établit des liens entre la collectivité et nos dirigeants en matière de santé afin que nous puissions commencer à comprendre les enjeux et à travailler en partenariat. Cela est essentiel pour nous. Nous savons que nous devons trouver des solutions novatrices. Nous tentons de tirer profit de nos expériences précoces relatives aux demandes de la population vieillissante, et nous tentons d'être innovateurs dans notre approche pour répondre à ces demandes.

**Lyne England, présidente, Saanich Peninsula Health Association :** Mesdames et messieurs, je vous remercie de m'avoir donné l'occasion de m'adresser à vous ici aujourd'hui sur ce sujet très important qu'est le vieillissement.

J'ai lu avec intérêt les commentaires des autres intervenants qui ont comparu devant votre comité sénatorial dans d'autres régions de notre merveilleux pays. Je suis très intéressée par certaines des nouvelles perspectives et des solutions possibles qui ont été soulevées. Certaines de ces options sont encourageantes. Ces suggestions permettront peut-être d'ouvrir un dialogue qui mènera à la mise en œuvre de solutions.

Roy Romanow a affirmé que « la viabilité de notre système ne dépend que de nous ». Cependant, de nombreuses voix continuent à promouvoir la réforme et une privatisation plus étendue malgré les contestations qui fusent de toutes parts. Un grand nombre de savants allèguent que, si l'économie continue de se renforcer, notre système de soins de santé est, en fait, viable.

Nous savons que, à mesure que la population vieillit, ses besoins et ses souhaits mettent de plus en plus de pression sur les ressources disponibles. Nous savons tous cela. J'entends ce commentaire à divers comités auxquels je siège et pendant mes visites dans de nombreux établissements de soins de longue durée.

En tant qu'infirmière autorisée, enseignante et fournisseuse de soins personnels pour membres de la famille, j'ai été témoin de la disparition de la dignité dans les établissements de soins de longue durée. Pour cette raison, nous devons tenir compte de la situation

unless the challenges of today can be managed, how can we possibly hope to manage in the future?

Since federal transfer payments were decreased in 1995, we have witnessed a correlation in the decline of care provision. This is not news. It is a fact that funding and staff shortages affect standards of care.

If there is adequate, consistent funding, there should be consistent staffing, which should also lead to consistent care. Residents should be activated regularly, repositioned and changed as frequently as required. Residents should be assistively fed in a calm, relaxed manner and responded to when they call for assistance in a timely and respectful manner. Residents should also be appropriately placed.

However, we do not witness this consistent quality care provision. Instead, we see and hear the residents' despair, the families' frustration, and the low staff morale.

Health care providers at all levels in Victoria are commended for doing their best under very difficult circumstances. Negotiated contracts have not been honoured, many registered nurses have been replaced by licensed practical nurses, and health care workers are choosing to work on a casual basis because of untenable workloads in long-term care. For these and many other reasons, all people working within the health care field should be saluted for their dedication, flexibility, compassion and caring for those they tend to daily.

We know residents entering long-term care are more fragile, with increased acuity of complex care needs, and we also know that we all strive for success and we should all be able to age successfully and fully to our potential wherever we are on the age scale or medical scale in residential care. This requires that residents' autonomy in long-term care be encouraged, not discouraged. It means aging holistically on all levels. It means nurturing residents as the unique individuals that are. It means continuity and comprehensive provision of care, not the minimum provision of care.

The new model of care implemented by the Vancouver Island Health Authority touts standardization of care, but we know uniformity provides continuity only if it is consistent, and that is not what occurs.

Before this model was introduced, long-term care facilities were chronically short-staffed. Now that the new model of care has been implemented, that has not changed. Further, one size does

dans laquelle se trouvent tous les résidants dans des établissements de soins de longue durée parce que, à moins que nous apprenions à gérer les défis actuels, comment pourrions-nous les gérer à l'avenir?

Depuis que les paiements de transfert fédéraux ont été diminués en 1995, il y a eu régression en ce qui concerne les soins fournis. Cela n'est pas nouveau. Il est prouvé que le manque de financement et les pénuries de personnel ont des répercussions sur les normes en matière de soins.

Un financement adéquat et régulier donne lieu à un personnel régulier, ce qui mène à des soins uniformes. On devrait permettre régulièrement aux résidants d'être actifs, et les repositionner et les changer aussi souvent que nécessaire. On devrait les aider à manger dans le calme et la tranquillité et leur répondre rapidement et avec respect quand ils demandent de l'aide. Les résidants devraient également être placés de manière appropriée.

Toutefois, cette prestation uniforme de soins de qualité n'est pas actuellement la norme. Nous sommes plutôt les témoins du désespoir des résidants, de la frustration des familles et du mauvais moral du personnel.

On félicite toutefois les fournisseurs de soins de santé de tous les échelons à Victoria, car ils font tout ce qu'ils peuvent dans des circonstances très difficiles. Les contrats qui ont été négociés ne sont pas respectés, de nombreuses infirmières autorisées ont été remplacées par des infirmières auxiliaires autorisées, et des travailleurs de la santé choisissent de travailler à titre occasionnel en raison des charges de travail insoutenables dans le domaine des soins de longue durée. Pour ces raisons et bien d'autres, toutes les personnes qui travaillent dans le domaine de la santé devraient être saluées pour leur conscience professionnelle, leur souplesse, leur compassion et les soins qu'ils dispensent quotidiennement aux patients.

Nous savons que les résidants qui sont admis dans les établissements de soins de longue durée sont plus frêles et ont des besoins plus grands en matière de soins complexes et de courte durée. Nous savons également que nous visons tous la réussite et que nous devrions pouvoir vieillir dans les meilleures conditions possibles et avoir accès à des soins appropriés en établissement, quel que soit notre âge ou notre état de santé. Pour cela, il faut que l'autonomie des résidants dans les établissements de soins de longue durée soit favorisée, et non le contraire. Il faut que le vieillissement se fasse de manière holistique. Il faut que l'individualité des résidants soit prise en considération quand ces derniers sont soignés. Il faut que les soins soient fournis régulièrement et de manière complète.

Le nouveau modèle de soins, mis en œuvre par l'Autorité sanitaire de l'île de Vancouver vise la normalisation des soins, mais nous savons que l'uniformité donne lieu à la continuité seulement si elle est régulière, et ce n'était malheureusement pas le cas.

Avant que ce modèle soit mis en œuvre, les établissements de soins de longue durée manquaient régulièrement de personnel. Le nouveau modèle de soins a été mis en œuvre, et cela n'a

not fit all when we are speaking of individuals with different needs.

What can be done to improve aging in facilities aside from bringing staff levels up to an acceptable staff-to-resident ratio?

Reinstatement of the transfer payments by the federal government to acceptable levels would be a start. Then resources should be allocated for specific outcomes. There must be clear protocols put in place with follow-up and standards of care that are monitored.

Whistle-blower protection should be put in place for residents, friends, family members and staff, for until the pervasive fear of retribution in long-term care is eliminated, these people are unlikely to speak out.

Further, there should be accountability and more transparency in health care, and every facility should have a family council in place to advocate for those in care.

We know that wrapping up a solid solution to health care is not an easy task. One cannot wrap every individual in the same sized package with the same amount of string to hold it together. It simply will not work.

We sincerely hope the results of hearings such as this will lead to more comprehensive and equitable funding for the residents who call long-term care their home.

**The Chair:** Thank you.

Dr. McLennan, you said that you had some seed funding. Is that on a temporary basis or on a permanent basis? Can you explain how you are able to move to this integrated care model?

**Dr. McLennan:** Last year the province had some health innovation funding. It was a competitive process. Some of the funding was for one year, which made it very challenging to put together the service to be able to demonstrate the effects. We were better-positioned in South Island where we had more comprehensive geriatric services to work with and we were able to show that we saved a lot of in-patient bed-days. We do not yet have our budget this year, but we have hope that that will be solid funding going forward.

In our Nanaimo area, at the centre of the island, we had no services to build on, so we really just got started. We hope we will be able to lay the foundation there to grow.

Part of what we need to do is evaluate and be clear about how all our resources are being used and be able to shift them internally. Some of this work will happen that way.

malheureusement pas changé. Par ailleurs, on ne peut répondre aux divers besoins de la population en mettant en œuvre une solution unique.

Que pouvons-nous faire pour améliorer les soins aux personnes âgées dans les établissements, outre le fait d'augmenter l'effectif pour qu'il présente un ratio employé-résident acceptable?

Le rétablissement des paiements de transfert fédéraux à des montants satisfaisants serait un début. Dès lors, les ressources devraient être consacrées à l'atteinte de résultats précis. On doit mettre en place des protocoles clairs, assortis d'un suivi et de normes de soins qui font l'objet de contrôles.

On devrait adopter des mesures visant à protéger les dénonciateurs, soit les résidents, les amis, les membres de la famille et le personnel, car, tant que ces personnes craindront des représailles, elles hésiteront à dénoncer les abus qui surviennent dans les établissements de soins de longue durée.

En outre, il faudrait accroître la responsabilisation et la transparence dans le domaine des soins de santé, et chaque établissement devrait avoir un conseil de famille qui défendrait les intérêts des résidents.

Nous savons qu'il n'est pas facile de parvenir à une solution solide pour régler les problèmes dans le domaine des soins de santé. En effet, on ne peut appliquer la même solution à tous, car tous les gens n'entrent pas dans le même moule. Une approche universelle ne fonctionnerait tout simplement pas.

Nous espérons sincèrement que les audiences comme celle-ci donneront lieu à un financement plus global et équitable des services destinés aux résidents qui vivent dans des établissements de soins de longue durée.

**La présidente :** Je vous remercie.

Docteure McLennan, vous dites que vous avez reçu du financement de démarrage. S'agit-il d'un financement temporaire ou permanent? Pouvez-vous nous expliquer comment vous pouvez passer à un modèle de soins intégrés?

**Dre McLennan :** L'an dernier, le gouvernement provincial a offert des fonds pour encourager l'innovation dans le domaine de la santé. Il s'agissait d'un processus concurrentiel. Certains des fonds étaient versés pendant une année, de sorte qu'il était très difficile de mettre le service sur pied en vue d'en montrer les effets. Dans le sud de l'île, nous étions mieux placés pour y parvenir, car nous pouvions nous appuyer sur une gamme plus étendue de services gériatriques et montrer que nous avons réduit le nombre de jours-patient. Nous n'avons pas encore fait notre budget, mais nous croyons que ces fonds constitueront un financement solide pour l'avenir.

Dans la région de Nanaimo, au centre de l'île, nous ne pouvions prendre appui sur aucun service, de sorte que nous n'en sommes qu'aux prémices. Nous espérons être en mesure de jeter les assises sur lesquelles nous appuyer.

Nous devons notamment évaluer et décrire clairement comment toutes nos ressources sont utilisées et être capables de les réaffecter à l'interne. Une partie de ce travail se produira de cette façon.

The primary integrated network that I spoke about is a three-year project, so there is a lot more rigour going forward in that.

There is probably not enough research. Many components will not get that high-level indicator measurement where we could concentrate on learning. For example, we are doing work in the residential care area with the family physicians to make sure that they are supported in end-of-life and good care. From that work, we will learn a lot about what is needed and required. It is hard to make a difference with short-term funding. Long-term funding is needed.

**The Chair:** When you mention health innovation funding, I assume you are talking about federal dollars.

**Dr. McLennan:** Those are provincial dollars. I believe the national dollars are gone, and that is a shame.

**The Chair:** Dr. Cooper, you mentioned the fact that geriatric psychiatrists visit all nursing homes and long-term care facilities in order to provide assistance. Does that include First Nations facilities here on the Island?

**Dr. Cooper:** I moved to Vancouver Island a couple of years ago from the Okanagan, so I have not been to all the facilities on Vancouver Island. I believe there are some First Nations-oriented facilities in Port Alberni, and indeed our geriatric psychiatrist does go out to those facilities in Port Alberni. There may be others up Island that I am not aware of.

**Dr. McLennan:** They do outreach to people up Island, so it would be wherever they are.

**The Chair:** Earlier this week our committee visited a facility in rural Manitoba, in Ste. Anne, which was beautifully developed. The plant facility was really quite magnificent. The next morning we went to visit a similar long-term care facility, this time on a First Nations community, and I have to tell you that the contrast in terms of physical plant was pretty dramatic.

First of all, let me say very openly that we saw the same kind of care being given to all patients, but quite frankly the physical facility was just totally unacceptable at Sagkeeng First Nation. They do not have visits from geriatric psychiatrists, and they are still playing a game of who has jurisdiction over this particular area.

Your premier has clearly made the statement that all people of British Columbia are citizens of British Columbia whether they are Aboriginal or non-Aboriginal. In my view, that statement needs to be made by nine other premiers in this country.

Le réseau intégré primaire dont j'ai parlé est un projet de trois ans; sa mise en œuvre requiert donc beaucoup plus de rigueur.

Il n'y a probablement pas suffisamment de recherches. Nombre de composantes n'obtiendront pas la mesure des indicateurs de haut niveau qui nous permettrait de nous concentrer sur l'apprentissage. Par exemple, nous collaborons avec les médecins de famille dans le domaine des soins en établissement pour qu'ils reçoivent un soutien adéquat dans la prestation de soins de fin de vie et de soins de qualité. Grâce à ce travail, nous pourrions cerner les besoins dans le domaine. Il est difficile d'obtenir des résultats quand on ne dispose que d'un financement à court terme. Il faut du financement à long terme.

**La présidente :** Lorsque vous parlez des fonds visant à encourager l'innovation dans le domaine des soins de santé, je présume qu'il s'agit de fonds fédéraux.

**Dre McLennan :** Ce sont des fonds provinciaux. Je crois qu'il n'y a plus de fonds fédéraux, et c'est déplorable.

**La présidente :** Docteur Cooper, vous avez mentionné le fait que les gérontopsychiatres visitent tous les foyers de soins et établissements de soins de longue durée pour offrir leur aide. Se rendent-ils également dans les établissements des Premières nations qui sont sur l'île?

**Dr Cooper :** Il y a deux ou trois ans, j'ai quitté la vallée de l'Okanagan pour venir m'établir sur l'île de Vancouver; je n'ai donc pas visité tous les établissements qui s'y trouvent. Je crois qu'il y a des établissements servant les Premières nations à Port Alberni, et, effectivement, nos gérontopsychiatres les visitent. Peut-être qu'il y a d'autres établissements dont je n'ai pas entendu parler dans le nord de l'île.

**Dre McLennan :** Ils visitent également les établissements situés dans le Nord de l'Île; ils vont donc partout.

**La présidente :** En début de semaine, les membres du comité ont visité un établissement situé dans une région rurale du Manitoba, plus précisément à Ste. Anne, qui était magnifiquement aménagé. Les installations étaient vraiment remarquables. Le lendemain, nous avons visité un établissement de soins de longue durée qui se comparait au premier et qui était situé dans une collectivité de Premières nations, et je dois vous dire que le contraste entre les deux sur le plan de l'aménagement physique était assez frappant.

D'abord, permettez-moi de dire très ouvertement que les soins offerts aux patients des deux établissements sont comparables, mais que, bien franchement, les installations dont dispose la collectivité de la Première nation des Sagkeeng sont tout simplement inacceptables. L'établissement ne reçoit pas la visite de gérontopsychiatres, et on joue encore à chercher de quelle compétence relève le service.

Votre premier ministre a clairement énoncé que tous les habitants de la Colombie-Britannique étaient des citoyens de cette province, qu'ils soient autochtones ou non. Selon moi, une telle déclaration devrait sortir de la bouche des neuf autres premiers ministres dans le pays.

**Senator Mercer:** Dr. Cooper, with respect to the new facility, you said that it was an elder-friendly hospital. Can you give me a snapshot of what is different about this facility as opposed to another facility I might visit?

**Dr. Cooper:** I am involved in planning our geriatric psychiatry unit, which will be half of one floor of this building. It is gratifying to know that all of the units will take elder-friendly considerations into the planning process. As to exactly what that looks like, I cannot give you a clear answer. However, I am getting a nudge from my colleague, so I will let Dr. McLennan give you a better picture.

**Dr. McLennan:** We are building on some research that was done by Belinda Parke at the University of Victoria. A complete manual has been developed based on that research about what it means to be elder-friendly, everything from the type of paint, the type of wall coverings, the railings. Rather than create a unit that is elder-friendly, the whole hospital will be built and designed and considered in terms of what elderly people need in visual cueing and other kinds of cueing to make them safe.

**Ms. MacLean:** I understand that there is also a component of elder-friendly that has to do with approach, philosophy and staff training. It is not just physical plant. Physical plant obviously has minimum standards, such as the lettering and font size of particular things like washroom labelling for the visually impaired. People as they are aging do not see so well.

Another component is the approach that teams take to work together in an integrated manner to treat somebody who might have a cognitive impairment at that late stage or a visual or auditory impairment. They might include family members in the planning model. An inclusive model involves planning well together as teams of professionals and community supports.

**Dr. McLennan:** That is a good point. I would note that a huge need across this country is education of our health care professionals about elder issues. We tend to want to move seniors off medical units because they are older, but that is the population. We are trying to work with nursing schools and other disciplines to get that message out there, and we are trying to work with our staff. That is a huge requirement for the health care system.

**Senator Mercer:** Dr. McLennan, you stated that there is no waiting list in the geriatric unit. That sort of shocked me. I am from Halifax. I have had occasion to talk to a lot of people. Waiting is what they do.

**Le sénateur Mercer :** Docteur Cooper, en ce qui concerne le nouvel établissement, vous avez dit qu'il s'agissait d'un hôpital adapté aux aînés. Pourriez-vous me donner un aperçu des caractéristiques de cet établissement qui font qu'il se distingue d'un autre que je pourrais avoir à visiter?

**Dr Cooper :** Je participe à la mise sur pied de notre service de gérontopsychiatrie, qui occupera la moitié d'un étage de l'établissement en question. Il est gratifiant de savoir que l'organisation de tous les services tiendra compte des besoins des aînés. Quant aux particularités d'un établissement semblable, je ne peux vous fournir de réponse précise. Toutefois, ma collègue me fait signe, alors je vais laisser le soin à la Dre McLennan de vous brosser un portrait plus précis.

**Dre McLennan :** Nous nous inspirons de recherches qui ont été réalisées par Mme Belinda Parke, de l'Université de Victoria. Un guide complet a été conçu à partir de ces recherches, qui définissent les caractéristiques d'un établissement adapté aux aînés, que ce soit le type de peinture, de revêtements muraux ou de rampes. Plutôt que de seulement créer un service adapté aux aînés, on aménagera l'ensemble de l'hôpital en prenant en considération les besoins des aînés en matière de repères visuels et d'autres types de repères rendant le milieu sécuritaire.

**Mme MacLean :** Je crois comprendre qu'il y a aussi une composante des établissements adaptés aux aînés qui se rapporte aux méthodes, à la philosophie de gestion et à la formation du personnel. Il n'y a pas que l'aménagement physique. Évidemment, l'aménagement physique doit se conformer à un minimum de normes, comme la taille des caractères servant à indiquer l'emplacement des toilettes aux personnes ayant une déficience visuelle. À mesure qu'on vieillit, la vue diminue.

Une autre composante concerne les méthodes dont se servent les équipes pour travailler ensemble d'une façon intégrée quand vient le temps de traiter une personne pouvant présenter une déficience intellectuelle à un stade avancé ou une déficience visuelle ou auditive. Le modèle de planification pourrait tenir compte des membres de la famille. Un modèle inclusif se caractérise par une planification conjointe entre les équipes de professionnels et les groupes de soutien communautaires.

**Dre McLennan :** Vous avez souligné un bon point. J'aimerais faire remarquer que, partout dans le pays, il est primordial de sensibiliser les professionnels de la santé aux questions touchant les aînés. On a tendance à vouloir retirer les aînés des services de médecine générale parce qu'on les considère comme trop vieux, mais c'est la population en général qui vieillit. Nous essayons de collaborer avec les établissements offrant une formation en soins infirmiers et dans d'autres disciplines connexes pour que le message atteigne sa cible, et nous essayons de collaborer avec notre personnel. Il s'agit d'une exigence énorme pour le réseau des soins de santé.

**Le sénateur Mercer :** Docteur McLennan, vous avez affirmé qu'il n'y avait aucune liste d'attente dans le service de gériatrie. Cette déclaration m'a quelque peu ébranlé. Je viens de Halifax. J'ai eu l'occasion de discuter avec bon nombre de personnes. Elles n'ont d'autre choix que d'attendre.

**Dr. McLennan:** I wish I could tell you we do not have a waiting list in the outpatient area we have opened.

We try very hard to get those urgent cases there first, and we are able to get immediate access to our diagnostic and testing area; they get the same level of service in the outpatient clinic that they would get in an emergency department so that doctors can make a good medical determination of what is going on.

We have had people who would have been in for a good week's length of stay managed during the day in that service.

**Senator Mercer:** How have you managed to do that? Are your patient-to-staff ratios different than what we will find elsewhere? Has British Columbia invested more in this field, or is the hospital in Victoria just lucky?

**Dr. McLennan:** No, the hospital in Victoria is as challenged as any hospital in the country. I am only talking about my one geriatric rehabilitation specialty, geriatrician-managed program. By having a comprehensive set of services, being able to move people from an acute unit directly into this intensive outpatient area for a short period of time while they get their rehabilitation and some education and support, we have been able to make a tremendous difference in our flow of patients. It is critical.

Elderly people should have a hard look at their need for hospitalization. We know they lose 5 per cent of their muscle strength every day they are in bed. You can imagine, if they are sitting in an emergency room and then in a bed for a week because somebody does not have time to get them up, they are in trouble.

We have a geriatric team that can visit any acute care unit and make sure there is an elder-friendly plan in place. We have an aide that can go and do the activities with that senior so that they are not waiting for the unit staff to do it. We have been able to target and provide some service based on those needs wherever they are in our hospital system in South Island.

**Senator Mercer:** It would seem to me that these measures fall under the category of best practices. We are very interested in that. As you notice, in our report we talked about best practices. We will steal some of your ideas.

**Dr. McLennan:** I hope so. We need new ideas.

**Senator Mercer:** Imitation is flattery, as you know.

**Dre McLennan :** J'aimerais également pouvoir vous dire qu'il n'y a pas de liste d'attente dans le service de consultation externe que nous venons d'ouvrir.

Nous faisons de notre mieux pour diriger les cas urgents vers le service de consultation externe en premier, et nous pouvons obtenir un accès immédiat à nos services de diagnostic et d'examen. Le service de consultation externe offre la même qualité de services que le service des urgences, de sorte que les médecins peuvent réaliser une évaluation médicale appropriée.

Dans ce service, nous avons traité en une seule journée des personnes qui autrement auraient pu passer jusqu'à une semaine à l'hôpital.

**Le sénateur Mercer :** Comment avez-vous réussi à accomplir cela? Vos ratios patients-employé sont-ils différents de ceux que l'on trouve dans d'autres régions? La Colombie-Britannique a-t-elle investi davantage dans ces services ou l'hôpital situé à Victoria jouit-il tout simplement d'une situation privilégiée?

**Dre McLennan :** Non, l'hôpital à Victoria se voit imposer autant de contraintes que tout autre hôpital dans le pays. Je ne parle que de ma spécialité dans le domaine de la réadaptation gériatrique, c'est-à-dire de notre programme chapeauté par des gérologues. Étant donné que nous offrons une gamme complète de services et que nous sommes en mesure de diriger les personnes ayant besoin de soins actifs directement vers ce service de consultation externe pour qu'elles y passent une courte période où elles peuvent se rétablir et recevoir de l'information et du soutien, nous avons été en mesure d'améliorer grandement les déplacements des patients. C'est fondamental.

Les personnes âgées devraient, le cas échéant, évaluer sérieusement si leur état requiert vraiment une hospitalisation. Nous savons qu'elles perdent 5 p. 100 de leur force musculaire chaque jour qu'elles sont alitées. On peut facilement imaginer que, si elles sont assises dans la salle d'attente de l'urgence et passent ensuite une semaine alitées parce que personne n'a le temps de les faire marcher, elles auront des problèmes de santé.

Nous avons une équipe de gériatrie qui peut visiter chaque service de soins actifs pour vérifier s'il a mis en place un programme axé sur les besoins des aînés. Nous avons un assistant qui peut se rendre sur place et faire participer la personne âgée aux activités, de sorte que celle-ci n'a pas à attendre que le personnel du service soit disponible. Nous sommes en mesure de définir les besoins des patients et d'y répondre par des services appropriés, peu importe où ces patients sont traités dans le réseau hospitalier du sud de l'île.

**Le sénateur Mercer :** Il me semble que ces mesures figurent dans la catégorie des pratiques exemplaires. Nous sommes très intéressés par cet aspect. Comme vous l'avez remarqué, nous parlons des pratiques exemplaires dans notre rapport. Nous allons voler certaines de vos idées.

**Dre McLennan :** Je l'espère bien. Nous avons besoin de nouvelles idées.

**Le sénateur Mercer :** On dit qu'il n'y a pas de plus beau compliment que l'imitation.



**Ms. England:** I have heard that report from you previously, Dr. McLennan, and it is wonderful that you do have that continuum of care for those people from acute care.

However, the muscle mass loss, the 5 per cent, becomes even more acute and critical when you do not have enough staff in long-term care to ambulate and mobilize these residents or even to turn them as required.

**Senator Mercer:** Ms. MacLean, you made a suggestion of a Registered Caregivers Savings Plan. I wrote it down but I did not understand it. What do you visualize in that?

**Ms. MacLean:** When people opt out of employment, guess what they also do? They are not contributing to their RSP plan and they do not have a vehicle with which to do it. Perhaps their employer, who was matching, no longer does that.

Imagine all of the ways that you actually plan for your future. I do not know that it is done anywhere else. For example, the U.K. and Australia have some pretty neat innovations, but the financial piece in terms of contributing is not there either. This would be a first-in-the-world approach; you will have to make it up. How might that look and under what policy provision would that work? It is simply a labelled retirement vehicle that is specialized so that caregivers are able to do it. I am no expert in that area.

**Senator Mercer:** I guess I am having difficulty. If a caregiver has opted out of whatever their other occupation is, how do they contribute to this? Or are you talking about perhaps having this plan early in life in anticipation of being a caregiver?

**Ms. MacLean:** No. Most people will say that this does not concern them now. They will not buy into that idea. Most of us respond when it becomes a looming issue in front of us. At what age do we start contributing anyway?

It would perhaps be a way to avoid having somebody cash in their RRSPs in order to care for a person. It could be a matching scenario through the government when we are looking at those people who are most at risk of financial instability and then going into another social service system. That is the trend: lack of contribution to your RSP, dropping out of the workforce, not contributing to your future or planning for it very well financially. Those are the people on social assistance.

**Senator Mercer:** They are perpetuating the problem.

**Ms. MacLean:** The policy development folks who have far greater knowledge than we do about those areas could look into it. How could it happen? Whose responsibility could it be? Whose shared responsibility? Could people be coached to not let go of

**Mme England :** Docteure McLennan, vous m'avez déjà fait mention de ce rapport, et il est extraordinaire que vous puissiez offrir cette gamme de services aux patients qui reçoivent des soins actifs.

Toutefois, la perte de masse musculaire, qui est de 5 p. 100, s'aggrave lorsqu'il n'y a pas assez de personnel dans les établissements de soins de longue durée pour aider les résidents à se déplacer ou même pour les tourner au besoin.

**Le sénateur Mercer :** Madame MacLean, vous avez proposé de créer un régime d'épargne pour les aidants naturels. J'ai noté votre idée, mais je ne l'ai pas très bien comprise. Qu'entendez-vous par cela?

**Mme MacLean :** Lorsqu'une personne se retire du marché du travail, qu'arrive-t-il? Elle ne cotise plus à son régime d'épargne-retraite et elle ne dispose d'aucun autre instrument pour épargner. Peut-être que son employeur cotisait à parts égales, mais qu'il ne le fait plus.

Imaginez toutes les façons qu'on utilise pour planifier son avenir. Je ne sais pas si on le fait ailleurs. Par exemple, le Royaume-Uni et l'Australie ont adopté des modèles assez novateurs, mais la dimension financière de la cotisation est absente. Il s'agirait d'une première dans le monde; vous devriez l'inventer de toutes pièces. À quoi ressemblerait ce régime et quelles dispositions régiraient son application? Il s'agit simplement d'un instrument d'épargne-retraite qui est spécialisé pour que les aidants naturels puissent cotiser à un régime de retraite. Je ne suis pas une experte dans ce domaine.

**Le sénateur Mercer :** Je crois que je ne saisis pas bien votre idée. Si un aidant naturel cesse d'exercer un emploi quelconque, comment peut-il cotiser à ce régime? Ou peut-être que vous voulez dire que cette personne commencerait à cotiser assez tôt à ce genre de régime en vue de devenir un jour un aidant naturel?

**Mme MacLean :** Non. La plupart des gens diront que cette situation ne les concerne pas pour l'instant. Ils ne souscriront pas à cette idée. La plupart d'entre nous ne réagissons que lorsque nous sommes acculés au pied du mur. De toute façon, à quel âge commençons-nous à cotiser?

Il s'agirait plutôt d'un moyen d'empêcher une personne de toucher à son REER pour s'occuper d'une autre personne. Le gouvernement pourrait cotiser en contrepartie, si l'on pense aux personnes les plus susceptibles de se retrouver dans une situation financière instable et qui finissent par dépendre d'un autre programme d'aide sociale. C'est la tendance qui se dessine : la personne ne cotise pas à un régime d'épargne-retraite, elle quitte le marché du travail, elle n'épargne pas pour son avenir ou elle ne planifie pas très bien son avenir sur le plan financier. C'est ce genre de personnes qui se retrouvent sur l'aide sociale.

**Le sénateur Mercer :** Elles perpétuent le problème.

**Mme MacLean :** Les responsables de l'élaboration des politiques, qui ont une connaissance beaucoup plus approfondie de ce domaine, pourraient se pencher sur cette question. Comment pourrait-on mettre un tel mécanisme en place? Qui en

that? Maybe the impetus is an awareness of what will happen to you if you do not have planning in place. Those financial issues are not even discussed.

**Senator Cordy:** Dr. Cooper, I was interested in your comments about addiction issues. When I hear about seniors with addictions, prescription drugs is what I think of.

When you said that the number one addiction was alcohol, I should not have been surprised, because I was on Senator Kirby's committee on mental health and mental illness. When we talk about addictions, we hear about the hard drugs, but the reality is that it is alcohol. Still, it did surprise me because I had not heard of alcoholism being a major addiction among seniors.

Have you done any research on alcoholism among seniors? Have they carried alcoholism with them through their life, or is it comorbidity, where the seniors have another illness but are dealing with it through alcohol? Are they self-medicating with alcohol because they have either a physical illness or touches of dementia?

**Dr. Cooper:** Looking at our statistics, the majority of cases coming to our VISTA program are alcohol-related. A much smaller percentage have the tranquilizer problem.

We are not doing research. I work mostly in the mental health side of things; I do not do the addictions side.

You are right: it is complex and there are multiple determinants. Alcoholism in the elderly is not a single entity by any means.

The biggest chunk I see, which I think the public is largely unaware of, is brain damage due to alcohol. A small but significant percentage of people drink for many years. Some people can drink for many years and not get brain damage, but a certain percentage get Korsakoff's syndrome. If you asked the general public what Korsakoff's syndrome is, you would get a blank stare. People are unaware of the huge impact it has.

Korsakoff's syndrome is incompatible with living independently because it affects short-term memory and frontal lobe function, that part of the brain function that gives us judgment and the capacity to solve problems. These people are in the community. They wind up in our emergency rooms in acute care; they go through alcohol withdrawal, and then they wind up

serait responsable? Qui en partagerait la responsabilité? Pourrait-on enseigner aux gens de ne pas renoncer à cela? Peut-être que les gens seront incités à épargner s'ils prennent conscience du sort qui les attend s'ils ne font pas de planification financière. On ne discute jamais de ces questions de nature financière.

**Le sénateur Cordy :** Docteur Cooper, vos commentaires sur les problèmes de dépendance ont piqué ma curiosité. Lorsque j'entends parler de personnes âgées aux prises avec des problèmes de dépendance, ce sont les médicaments d'ordonnance qui me viennent en tête.

Lorsque vous avez précisé que l'alcoolisme était la dépendance la plus commune, je n'aurais pas dû m'en étonner, parce que j'ai fait partie du comité responsable de l'étude sur la santé mentale et la maladie mentale, qui était sous la présidence du sénateur Kirby. Lorsqu'on parle de dépendances, on fait souvent allusion aux drogues dures, mais, en réalité, il est plus souvent question d'alcoolisme. J'ai tout de même été surpris, car je ne savais que l'alcoolisme était la principale forme de dépendance chez les aînés.

Avez-vous réalisé une recherche sur l'alcoolisme chez les aînés? Les personnes âgées aux prises avec cette forme de dépendance, ont-elles abusé de l'alcool tout au long de leur vie ou s'agit-il d'une comorbidité, en ce sens que leur consommation d'alcool est attribuable à la présence d'une autre maladie? Ces aînés tentent-ils de se soigner eux-mêmes avec de l'alcool parce qu'ils ont une maladie physique ou un début de démence?

**Dr Cooper :** Selon nos statistiques, la majorité des personnes qui participent au programme VISTA veulent traiter leur alcoolisme. Une proportion beaucoup plus faible de participants présente une dépendance aux tranquillisants.

Nous ne faisons pas de recherche. Mon travail s'articule surtout autour de la dimension de la santé mentale; je n'examine pas la question des dépendances.

Vous avez raison : c'est un phénomène complexe auquel participe une multiplicité de déterminants. L'alcoolisme chez les aînés n'apparaît jamais de façon isolée.

À cet égard, l'aspect le plus préoccupant, qui est en grande partie inconnu de la population, concerne les lésions cérébrales attribuables à la surconsommation d'alcool. Un pourcentage faible, mais tout de même significatif, de personnes consomment de l'alcool depuis nombre d'années. Certaines personnes peuvent boire pendant de nombreuses années sans que cela n'entraîne de lésions cérébrales, mais un certain pourcentage d'alcooliques finissent par être atteints du syndrome de Korsakoff. Si vous demandiez à la population en général ce qu'est le syndrome de Korsakoff, on vous regarderait d'un air ébahi. Les gens ignorent à quel point les conséquences de cette maladie sont importantes.

Le syndrome de Korsakoff empêche la personne atteinte de mener une vie autonome parce qu'il nuit à la mémoire à court terme et au fonctionnement du lobe frontal, partie du cerveau qui intervient dans le jugement et la résolution de problèmes. Ces personnes vivent dans la collectivité. Elles finissent par se retrouver dans les salles d'urgence des établissements de soins

going to nursing homes. I do not have statistics off the top of my head on that one.

In other groups, we are looking for depression as an underlying common cause, some people with chronic anxiety disorders who are using alcohol. Clearly, programs like VISTA play a key role in trying to address the many psychiatric and social determinants, including grief and loneliness, that might trigger alcohol problems in seniors. There is a large underinvestment in this area, but I do think our VISTA program could serve as a model throughout the country.

**Senator Cordy:** Ms. Stephen, do you see that in the work that you do?

**Ms. Stephen:** Yes, I do. One of our challenges is that these people come into retirement living and we actually do not know. Sometimes it is triggered by the death of a spouse.

The beauty of Victoria is that there is an avenue. Even in the private retirement assisted living or in the independent living that I operate, we can actually access one of the programs that Dr. Cooper looks after. Dr. Cooper and his colleagues do come in.

Our goal in retirement and assisted living is to maintain seniors in their home regardless of whether they have mental health issues. My experience from some quite challenging cases, and I still have them in independent living, is that these seniors work well in routines.

I am a nurse, not a geriatric specialist, but I am learning from the gerontologists the key alert signs, and then if I need intervention, I can access the health authority and get support coming in. It is often just a matter of adjusting medication. I learned how to deal with them in a counselling fashion and then we get over the hurdle.

In the independent living in B.C. I certainly get a lot of support, which I have never experienced in any other province I have worked in. That is why I am so supportive. I get more support from gerontologists than I do from general practitioners.

**The Chair:** I am a little confused with your definitions. You seem to distinguish clearly between supportive housing, which you define as independent, and assisted living. In many of the places I am familiar with, for example in Ottawa, the two are combined in the same building.

**Ms. Stephen:** We can be combined in the same building, but we are very clear in our definitions.

actifs, elles se soumettent à un sevrage alcoolique et aboutissent dans des foyers de soins. Je n'ai pas les statistiques en tête à ce chapitre.

Pour d'autres groupes de personnes, nous pensons que la dépression serait une cause sous-jacente commune, tandis que d'autres consomment de l'alcool en raison de troubles anxieux chroniques. À l'évidence, des programmes comme VISTA jouent un rôle essentiel dans le traitement de l'alcoolisme, car ils permettent de cerner les nombreux déterminants psychiatriques et sociaux, dont le deuil et la solitude, qui pourraient mener à l'alcoolisme chez les aînés. Il y a un sous-investissement important dans ce domaine, mais je crois que notre programme, VISTA, pourrait servir de modèle dans tout le pays.

**Le sénateur Cordy :** Madame Stephen, êtes-vous témoin de cas semblables dans le cadre de vos activités professionnelles?

**Mme Stephen :** Oui, en effet. L'une des difficultés, c'est que ces personnes emménagent dans des résidences pour retraités, et nous ne sommes pas au courant de leur situation. Parfois, le problème survient après la mort de l'époux.

Or, ce qui est merveilleux à Victoria, c'est qu'il y a des ressources. Même dans les établissements privés d'aide à la vie autonome ou dans les centres de vie autonome que j'exploite, les résidents peuvent accéder à l'un des programmes que chapeaute le Dr Cooper. Le Dr Cooper et ses collègues visitent ces établissements.

Les résidences pour retraités et les établissements d'aide à la vie autonome visent à permettre aux aînés de continuer à vivre à la maison, qu'ils aient ou non des problèmes de santé mentale. J'ai retenu de mon expérience avec des personnes dont le cas était particulièrement exigeant — et ces personnes demeurent toujours dans des centres de vie autonome — que ces aînés ont besoin d'une routine de vie.

Je suis infirmière, non une gérontologue, mais les gérontologues m'ont appris à reconnaître les principes signaux d'alarme, et si j'ai besoin de l'intervention de spécialistes, je peux communiquer avec l'autorité de la santé qui m'enverra de l'aide. Souvent, un simple rajustement de la dose des médicaments suffit. J'ai appris à me servir de méthodes de counselling pour traiter avec eux, puis nous passons à autre chose.

En Colombie-Britannique, dans les centres de vie autonome, j'obtiens beaucoup de soutien, ce qui n'était pas le cas dans les autres provinces où j'ai travaillé. Voilà pourquoi je me montre aussi coopérative. J'obtiens plus de soutien de la part des gérontologues que j'en reçois des omnipraticiens.

**La présidente :** Vos définitions me rendent quelque peu confuse. Vous semblez faire une nette distinction entre les logements supervisés, que vous considérez comme favorisant l'autonomie, et les établissements d'aide à la vie autonome. Nombre des endroits que je connais, par exemple ceux qui se trouvent à Ottawa, réunissent les deux types d'établissement sous un même toit.

**Mme Stephen :** Un même établissement peut offrir à la fois des logements supervisés et des services d'aide à la vie autonome, mais nos définitions sont très claires.

I do not know whether you have talked to the Assisted Living Registrar in British Columbia. I noticed she was not on the witness list, and I think she is a key person. We in the industry are clear, but I do not think the public is clear. As one involved in independent and supportive living, I know well the level that I can go to. After that, when residents come in, if they are not appropriate for independent living, they need to go to assisted living. We have many facilities.

The association widened our membership to include assisted living because many places are being built with assisted living on the ground floor and independent and supportive on the other floors. You have to be very clear or you will end up with the comment you had in your report saying that many places are doing more than assisted living; they are almost into the complex care.

In British Columbia we have very clear definitions, which we had to get because all of a sudden the Assisted Living Registrar descended on us. None of us in the industry knew that was going to happen. Our association has worked closely with the registrar to be clear. Our job is to go out and educate our members.

I also work as a peer reviewer for the registrar. If facilities are having some difficulties, then she will delegate authority to me to go in, review the situation and come back with recommendations.

For me, it is very clear delineation.

**The Chair:** I am glad it is clear for you because I am not sure it is clear for many other people.

What concerns me is your statement that you do not feel that you need to be regulated. When somebody comes to me and says, "We do not need to be regulated," I must say that my ears go up.

**Ms. Stephen:** I understand that. I am not talking about assisted living or complex care, I am talking about independent support where the people are cognitively intact. They can make their own decisions. All we do is support optional meal service, housekeeping once a week and laundry service once a week. Other than that, they live totally independently. Many of them are volunteers in the community. Some of them even have part-time jobs. I am talking only about the hospitality model of independence. We already have regulation in assisted living in the health and safety here in B.C.

Je ne sais pas si vous avez communiqué avec le registraire de la Colombie-Britannique. J'ai remarqué qu'aucun de ses représentants ne figurait sur votre liste de témoins, et je crois qu'il s'agit d'un organisme clé. Les gens de notre milieu s'appuient sur des définitions précises, mais je ne crois pas que la population en général en fasse autant. Comme j'évolue dans le milieu des logements supervisés favorisant l'autonomie, je sais jusqu'où je peux aller. Ainsi, lorsque de nouveaux résidents ne sont pas de bons candidats aux logements supervisés, ils doivent se tourner vers l'aide à la vie autonome. Nous comptons de nombreux établissements.

L'association compte maintenant au nombre de ses membres les établissements d'aide à la vie autonome, car bon nombre d'endroits ont des logements avec services d'aide à la vie autonome au rez-de-chaussée et des logements supervisés favorisant la vie autonome aux étages supérieurs. Vous devez être très clair; autrement, vous recevrez des commentaires semblables à ceux que contient votre rapport et selon lesquels bon nombre d'établissements offrent plus que des logements supervisés, dans la mesure où ils dispensent presque des soins complexes.

En Colombie-Britannique, nous pouvons nous appuyer sur des définitions très claires, que nous avons dû mettre en place parce que le registraire nous a pris de court. Aucun de nous dans le milieu ne savait qu'une telle situation allait se produire. Notre association a collaboré étroitement avec le registraire pour mettre les choses au clair. Notre travail consiste à renseigner nos membres.

Je travaille également comme pair examinateur pour le registraire. Si un établissement est aux prises avec des difficultés, le registraire m'autorise à aller visiter l'établissement en question, à examiner la situation et à lui fournir des recommandations.

Pour moi, la distinction est très claire.

**La présidente :** Je suis heureuse que cela soit clair pour vous parce que je suis persuadée que ça ne l'est pas pour bien d'autres personnes.

Votre déclaration selon laquelle vous n'avez pas l'impression que vous avez besoin de faire l'objet d'une réglementation me préoccupe. Lorsqu'une personne me dit : « Nous n'avons pas besoin d'être soumis à une réglementation », je dois vous avouer que cela pique ma curiosité.

**Mme Stephen :** Je comprends. Je ne parle pas des établissements d'aide à la vie autonome ou de soins complexes, je parle des logements supervisés occupés par des résidents dont les facultés cognitives sont intactes. Ils peuvent prendre leurs propres décisions. Tout ce que nous faisons, c'est d'offrir des services optionnels : services de repas et services d'entretien ménager et de buanderie hebdomadaires. À part cela, ils vivent de façon totalement autonome. Bon nombre d'entre eux sont des bénévoles dans la collectivité. Certains ont même un travail à temps partiel. Je ne parle ici que du modèle d'autonomie axé sur l'accueil. En Colombie-Britannique, il y a déjà une réglementation en matière de santé et de sécurité qui s'applique aux établissements d'aide à la vie autonome.

I have just come back from the ORCA conference in Ontario. When I heard about what is going on there, I thought, wow, this is really complicated. Our definition is much cleaner. We are up against a hurdle. This government, and we have met with the minister, is wanting us to explore this because this government does not want more regulation and more government interference, but we have to protect our seniors.

**Senator Cordy:** I will get back to the addiction issues. I am wondering about your outreach service for adults with addictions and how that works and who makes the decision that they will get the outreach services. Do you get referrals from family members? Does the person come to you? If the person does not want help, you are banging your head against the wall.

**Dr. Cooper:** Referrals come from all of those sources plus many from family physicians and many from the home and community care programs where a home care nurse might identify a problem. Indeed, many of the patients or clients are quite reluctant to be engaged in the process.

One difference with the outreach model is that our team will persist in their efforts to engage that person, within certain limitations obviously, but they are very skilled at engaging these people, working with families where families are available. In many cases these seniors are quite isolated, and that becomes a difficulty. It is, again, a strength of our program.

**Senator Cordy:** You also recognize, as you said earlier, the possibility of comorbidity, so all of those things are taken into account.

**Dr. Cooper:** Yes.

**Senator Cordy:** Ms. England, I am interested in your comment about dealing with abuse of seniors and the need for whistle-blower legislation. We heard about abuse yesterday in Vancouver and also from other people across the country and when we were in Ottawa. We have heard of situations where family members go in to complain or to raise an issue and they are told, "If you keep complaining, your mother or father or sister will be removed from the home."

How do you feel whistle-blower protection would solve the problem? On paper, it sounds terrific. In reality, how would it work?

**Ms. England:** It is sad to hear that you have heard this elsewhere, although I know it is prevalent across Canada and in other countries as well.

Je viens tout juste de participer à la conférence de l'ORCA qui s'est tenue en Ontario. Lorsque j'ai appris comment les choses se passaient là-bas, je me suis dit qu'ils se compliquaient vraiment la vie. Notre définition est beaucoup plus précise. Nous sommes face à un obstacle. Le gouvernement actuel, et nous avons rencontré le ministre, veut que nous nous penchions sur la question parce qu'il ne tient pas à réglementer et à s'ingérer davantage, mais nous devons protéger les aînés.

**Le sénateur Cordy :** Je vais revenir sur la question des dépendances. Je m'interrogeais au sujet du service d'approche destiné aux adultes aux prises avec des problèmes de dépendance. Comment ce service fonctionne-t-il et qui oriente la personne alcoolique ou toxicomane vers le service d'approche? Est-ce que ce sont des membres de la famille qui dirigent cette personne vers vous? Est-ce que c'est la personne elle-même qui communique avec vous? Si la personne ne veut pas être aidée, vous frappez un mur.

**Le Dr Cooper :** Toutes les sources que vous avez mentionnées peuvent guider la personne vers notre service, mais elle peut également être dirigée par des médecins de famille et par des programmes de soins à domicile et en milieu communautaire si une infirmière remarque que la personne en question a un problème de dépendance. Bien entendu, nombre de patients ou de clients hésitent beaucoup à participer à cette démarche.

Le modèle d'approche se distingue des autres modèles dans la mesure où les membres de notre équipe persévéreront dans leurs efforts pour faire participer la personne, à l'intérieur de certaines limites, à l'évidence, mais ils sont très doués pour motiver la personne à s'engager dans cette démarche, et ils collaborent avec la famille si celle-ci est disponible. Dans bien des cas, les aînés qui présentent ce genre de problèmes sont assez isolés, ce qui rend la tâche difficile. Encore une fois, c'est l'une des forces de notre programme.

**Le sénateur Cordy :** Vous reconnaissez également, comme vous l'avez dit plus tôt, qu'il peut y avoir une comorbidité, de sorte que tous ces éléments doivent être pris en considération.

**Le Dr Cooper :** En effet.

**Le sénateur Cordy :** Madame England, vos propos sur la violence envers les aînés et sur le besoin de mesures législatives visant à protéger les dénonciateurs ont piqué mon intérêt. Des gens ont abordé la question de la violence, hier, à Vancouver, tout comme l'ont fait d'autres personnes dans le pays, dont celles que nous avons entendues à Ottawa. Nous avons entendu parler de situations où les membres de la famille portent plainte ou font part de leurs inquiétudes et où on leur dit : « Si vous continuez de vous plaindre, votre mère ou votre père ou votre sœur devront quitter la résidence. »

Selon vous, en quoi la protection des dénonciateurs réglerait-elle le problème? Sur papier, l'idée semble formidable, mais, en réalité, comment pourrions-nous la mettre en pratique?

**Mme England :** Cela m'attriste d'apprendre que vous ayez entendu des témoignages semblables ailleurs dans le pays, quoique des abus de cette nature arrivent fréquemment au Canada et dans d'autres pays.

The fear that people experience not speaking up allows this to continue. If people do speak up, there is a certain amount of protection there. It is incumbent upon us to make everyone in long-term care feel comfortable enough to speak up if a wrong is being done. Whether it be a social or emotional issue or a physical issue, we must know about it before we can make it right.

**Senator Cordy:** There is financial abuse, also.

**Ms. England:** Financial as well, yes.

I would like to comment on Dr. Cooper's program. I know that alcohol abuse and drug abuse occur in long-term care settings, and I would be very interested to know how quickly his team can access those problems in long-term care. Oftentimes inappropriate placements come into long-term care with these very problems, and I see it taking many, many weeks, with staff that are ill-qualified to deal with these specific issues having to cope with that along with all of the other pressures they are under.

**Ms. Stephen:** Could I make a comment on the whistle-blowing statement? Many of our organizations have such a policy. I do not know whether the Vancouver Island Health Authority has that, but certainly my organizations and many of my member associations do have whistle-blower policies in place to allow staff to come forward if there is an issue and not be penalized for it. That is a proactive measure.

**The Chair:** The reality is that while those provisions may exist, we know that whistle-blowing does not happen. It is not just with the care of the elderly. You can have it with the care of a child in a child care centre or even in a school, where parents are reluctant to complain because perhaps the teacher or the child care worker will take that out on the child who is vulnerable.

The same thing happens with seniors, and the fear is that if I complain about my mom's care, they will not take it out on me: they will listen politely but then take it out on my mother after I leave.

I think that is the issue Ms. England was trying to address. By having some form of legislation, then you put in some protection for those individuals that is not presently there, although there may be goodwill in terms of policy to have it there.

I will end with a question to all of you. Most, if not all of you, have read our report. If you were in our shoes and had to make one overall, overarching recommendation, what would it be?

**Ms. MacLean:** Can we have a top 10?

Puisque les gens ont peur de dénoncer ces actes, la situation ne s'améliore pas. Si les gens décident de parler, ils peuvent compter sur une certaine forme de protection. Il nous appartient de faire en sorte que toutes les personnes évoluant dans le milieu des soins de longue durée se sentent assez en sécurité pour dénoncer des actes semblables. Qu'il s'agisse de violence de nature sociale, émotionnelle ou physique, nous devons le savoir pour corriger la situation.

**Le sénateur Cordy :** Il y a également des cas d'exploitation financière.

**Mme England :** Oui, en effet.

J'aimerais faire des observations concernant le programme du Dr Cooper. Je sais que l'alcoolisme et la toxicomanie sont présents dans le milieu des soins de longue durée, et je serais très curieuse de savoir dans quel délai son équipe peut traiter les cas de dépendance. Souvent, dans les établissements de soins de longue durée, on place à tort des personnes aux prises avec ce genre de problèmes, et elles attendent pendant de très nombreuses semaines pour être traitées par un personnel qui n'est pas assez compétent pour régler ce genre de situation, car il doit également composer avec diverses autres contraintes.

**Mme Stephen :** Pourrais-je commenter la déclaration concernant la protection des dénonciateurs? Bon nombre de nos organisations ont mis en place une politique à cet égard. Je ne sais pas si c'est le cas de l'Autorité sanitaire de l'île de Vancouver, mais nos organisations et nombre de nos associations membres ont adopté une politique relative à la protection des dénonciateurs pour permettre aux membres du personnel de ne pas être pénalisés s'ils dénoncent des cas de violence. Il s'agit d'une mesure proactive.

**La présidente :** En réalité, même si ces dispositions existent, nous savons que les gens ne dénoncent pas de tels actes. Ce phénomène ne se produit pas seulement dans le milieu des soins aux aînés. Il peut se produire dans les centres de la petite enfance ou dans les écoles, où les parents hésitent à se plaindre, car ils craignent que l'enseignant ou l'éducateur ne se venge sur l'enfant qui est vulnérable.

La même chose se produit avec les aînés : les gens craignent que, s'ils se plaignent des soins que reçoivent leur mère, le personnel ne s'en prendra pas à eux; il les écouterait poliment, puis il s'en prendra à leur mère une fois qu'ils seront partis.

Je crois que c'est la question que tentait de soulever Mme England. Il faudrait d'abord adopter des mesures législatives, puis mettre en place une certaine forme de protection pour ces personnes si elles n'en ont pas, quoiqu'il pourrait y avoir une volonté de mettre en place une politique semblable.

J'aimerais terminer par une question. La plupart, sinon la totalité d'entre vous, avez lu notre rapport. Si vous étiez à notre place et que vous deviez faire une seule recommandation globale, quelle serait-elle?

**Mme MacLean :** Pourrait-on donner les dix principales?

**The Chair:** Yes, you can. What would you want in the top 10? That is probably easier.

**Ms. MacLean:** Certainly we need a national framework that encompasses seniors' issues, something that a federal body stands behind where these issues can come together in a collaborative and cross-functional way. That does not exist. We have great pockets; we do not have a glue.

For example, our request would be to have a federal expert advisory panel on caregiving. I will even concede a federal expert advisory panel on all things to do with the aging population, and that would encompass that piece for us if nothing else happened. One function would be to give national scope to some of the issues that are not quite so prevalent and that people are not talking about. It would shine a light on them and they would become something that we can all work on together.

**Ms. Stephen:** I tend to go in the same direction. Our association does support the non-regulatory model, but I have learned from this that the definitions are not clear. I have a document that British Columbia is working on — I will send it to the clerk just for interest's sake — because there is a way that we can do it and still protect our seniors.

Again, I want to be very clear, I am not talking about the licensed care; I am not talking about the people who come under the Vancouver Island Health Authority.

In looking at gerontology and the programs that the doctors have talked about, we need to enable support into these retirement residences, where we can keep seniors in their homes without putting them into an acute care sector.

**Dr. Cooper:** Having national benchmarks that would set a standard for all areas of Canada to strive towards and to bring Canada up to the same standard of care that is being achieved in many other countries, especially Scandinavian countries, the U.K., and Australia. I believe Canada is currently falling behind in many areas where standards are available. We are especially falling behind in the area of our complex care residential facilities, and we need to invest considerably more in providing a full range of residential care facilities for that population of seniors that is the most vulnerable and the most complex medically and also has the highest rate of mental health issues.

**Dr. McLennan:** We need to support some knowledge networks between research and practice, and we actually need to challenge some of our assumptions. We have been challenging assumptions around seniors' abilities as opposed to their medical problems.

**La présidente :** Oui, vous le pouvez. Quelles seraient les dix principales recommandations? L'exercice serait probablement plus facile.

**Mme MacLean :** Nous avons certainement besoin d'un cadre national qui regroupe toutes les questions relatives aux aînés, une initiative chapeauté par un organisme fédéral pour que ces questions soient examinées au moyen d'une approche collaborative et intersectorielle. Un tel cadre n'existe pas. Nous avons des pierres importantes de l'édifice, mais nous n'avons pas le ciment qui les unit.

Par exemple, nous aimerions que le gouvernement fédéral crée un comité consultatif de spécialistes chargés d'examiner la question de la prestation des soins. Je serais même satisfaite si le gouvernement fédéral formait un comité consultatif d'experts qui se pencherait sur tous les aspects liés au vieillissement de la population, de sorte qu'on ne serait pas laissé en plan si aucune autre initiative n'est mise en œuvre. Le comité aurait entre autres pour mandat d'envisager dans une optique nationale les problèmes qui ne sont pas très courants et dont on ne parle pas. On pourrait donc les mettre en lumière et travailler ensemble à la recherche de solutions.

**Mme Stephen :** J'aurais tendance à aller dans la même direction. Notre association prône un modèle non réglementé, mais j'ai appris qu'un tel modèle rendait les définitions confuses. J'ai un document sur lequel travaille le gouvernement de la Colombie-Britannique — je vais le faire parvenir à la greffière dans l'éventualité où quelqu'un voudrait le consulter — parce qu'il y a une façon d'y parvenir tout en protégeant les aînés.

Encore une fois, je veux être très claire : je ne parle pas des services accrédités ni des gens qui relèvent de l'Autorité sanitaire de l'île de Vancouver.

Si on considère le domaine de la gérontologie et les programmes dont les médecins ont parlé, nous devons offrir des services de soutien dans ces résidences pour retraités où les aînés peuvent continuer à vivre à la maison plutôt que d'être placés dans des établissements de soins actifs.

**Dr Cooper :** Il faudrait mettre en place des balises nationales qui fixeraient les normes à respecter dans toutes les régions du Canada pour que la qualité des soins au pays soit comparable à celle que l'on retrouve dans de nombreux pays, particulièrement les pays scandinaves, le Royaume-Uni et l'Australie. Je crois que le Canada traîne actuellement de l'arrière dans de nombreux secteurs où des normes existent. Nous accusons particulièrement un retard dans le domaine des résidences de soins complexes, et nous devons faire des investissements considérables pour être en mesure d'offrir une gamme complète d'établissements de soins aux personnes âgées qui sont les plus vulnérables, dont l'état de santé requiert des soins particuliers et qui présentent le taux le plus élevé de troubles mentaux.

**Dre McLennan :** Nous devons soutenir des réseaux de savoir entre la richesse et la pratique, et nous devons en fait remettre en question certaines de nos idées préconçues. Nous tentons de réexaminer nos hypothèses concernant les capacités des aînés

We need new frames for looking at things, so we need a way to have evidence, informed practice, and practice-informed research that is tightly linked.

**Ms. England:** I would like to see an independent watchdog for seniors in place; legislated whistle-blower protection, which I have already mentioned; appropriate staff ratios; and family councils in each and every facility that would liaise effectively with the Vancouver Island Health Authority.

Dr. Cooper, I stand behind what you said about the standards.

Professor Ruggeri, the economics professor from the University of New Brunswick, presented an intriguing and provocative idea: his proportional-based transfer of money to provinces that have faster-growing aging populations than those that do not, it being a transitory thing.

**Ms. MacLean:** I will definitely get back to the committee on the registered caregiving savings plan. I will do a little homework with my colleagues and give you some more information on that.

**The Chair:** Excellent. I will end with a quote that Ms. England provided because it is extremely important for the work that we are doing. It is by Martin Luther King, Jr.: “Our lives begin to end the day we become silent about things that matter.”

With that, I would like to thank each and every one of you.

The committee adjourned.

---

VICTORIA, BRITISH COLUMBIA, Thursday, June 5, 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 senator, as our first witnesses this afternoon, I would invite Carol Pickup, Dale Perkins, Judith Cameron and Elfreda Schneider to the table, please.

**Carol Pickup, South Island Health Coalition, as an individual:** I am very pleased to appear before you. I must say, however, that your appearance was not well-advertized, so my presentation is very much off-the-cuff.

I currently serve as co-chair of the South Island Health Coalition. Most recently we have been focusing on seniors' health issues, so certainly your panel is of great interest to us. I also serve as a seniors' advocate with the Greater Victoria Seniors.

plutôt que de nous pencher sur leurs problèmes de santé. Nous devons considérer les choses sous des angles nouveaux, de sorte que nous avons besoin de données probantes, de pratiques éclairées et de recherches fondées sur la pratique, aspects qui sont tous étroitement liés.

**Mme England :** J'aimerais qu'il y ait un organisme de surveillance indépendant pour les aînés; des mesures législatives garantissant la protection des dénonciateurs, comme je l'ai déjà mentionné; des ratios employés-résidents appropriés; et des conseils de famille dans chaque établissement qui communiqueraient efficacement avec l'Autorité sanitaire de l'île de Vancouver.

Docteur Cooper, j'appuie vos propos concernant l'adoption de normes.

M. Ruggeri, professeur d'économie à l'Université du Nouveau-Brunswick, a soumis une idée intrigante et controversée : des paiements de transfert proportionnels aux provinces dont la population vieillit le plus rapidement, mesure qui serait transitoire.

**Mme MacLean :** Je vais fournir de plus amples détails au comité au sujet du régime d'épargne-retraite enregistré pour les aidants naturels. Je vais travailler là-dessus avec mes collègues et je vous en reparlerai.

**La présidente :** Excellent. Je vais conclure par une citation que Mme England nous a fournie parce qu'elle sied parfaitement au travail que nous faisons. C'est une citation de Martin Luther King Jr : « Le jour où nous cessons de nous prononcer sur des sujets importants marque le début de la fin de notre vie. »

Cela dit, j'aimerais tous vous remercier.

La séance est levée.

---

VICTORIA, COLOMBIE-BRITANNIQUE, le jeudi 5 juin 2008

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

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

[*Traduction*]

**La présidente :** Honorables sénateurs, comme premiers témoins cet après-midi, j'invite Carol Pickup, Dale Perkins, Judith Cameron et Elfreda Schneider à la table, si vous voulez bien.

**Carol Pickup, South Island Health Coalition, à titre personnel :** Je suis très heureuse de comparaître devant vous. Je dois dire, cependant, que votre venue n'a pas fait l'objet de beaucoup de publicité, alors ma présentation sera plutôt improvisée.

Je suis actuellement coprésidente de la South Island Health Coalition. Ces derniers temps, nous nous sommes concentrés sur les enjeux de la santé des personnes âgées, et c'est la raison de l'intérêt que nous portons à vos délibérations. Je suis aussi un porte-parole des aînés de l'organisme Greater Victoria Elders.



I totally support the comments made by Lyne England. I work with Ms. England, and she knows firsthand what is happening particularly in residential facilities right now.

I would like to emphasize to the committee the need for much more accountability in the system as a whole and with seniors in particular.

I am sure you have seen the reports of the Health Council of Canada. One of the comments they make in their 2007 report is that they are quite concerned about the issue of accountability and transparency in health care. They make the point, as well, that it is troubling that the first ministers have not reported this year on comparable health indicators as agreed in the 2003 accord and that the federal-provincial-territorial committee that oversees the work has been disbanded. That is regrettable. I wonder if the committee understands that that has happened. I think there was great promise in the Health Council of Canada to establish more accountability and transparency in terms of health issues, particularly vis-à-vis monies that come from the federal government to the provinces and territories. It is disturbing that those bodies did not report in to the Health Council of Canada as to how they spent those monies. They have literally not been accountable.

I would also like to point to the fact that the 2008 report from the Health Council of Canada talks specifically about primary health care and home care renewal. Those are two extremely important topics as far as I am concerned.

You will recall that we had a commission on health in the early 1990s in British Columbia, the theme of which was "Closer to Home." Many more services are needed for seniors closer to home, for example, home care. Seniors need access to dental and eye care, services not covered under the Canada Health Act. Poor dental care in particular can severely impede seniors' ability to achieve health, whether they are at home or wherever, and I am not sure that those services are provided within the institutional setting. It is something we need to think about.

Vis-à-vis Ms. England's remarks, we are very unhappy with the privatization of food services within British Columbia in our residential care facilities. Meals are prepackaged — some come from as far away as Winnipeg — frozen and then reheated. Residents and families are very dissatisfied with the privatization of food services in facilities.

Dr. Patricia Baird from University of British Columbia chaired the Premier's Council on Aging and Seniors' Issues for the province. She was appointed by the premier of the province and reported in November 2006.

J'appuie sans réserve les propos de Lyne England. Je travaille avec Mme England, et elle sait de première main ce qui se passe particulièrement dans les centres d'accueil actuellement.

Je voudrais insister auprès du Comité sur la nécessité d'une bien plus grande responsabilisation dans le système dans son ensemble, et relativement aux aînés en particulier.

Je suis sûre que vous avez vu les rapports du Conseil canadien de la santé. L'un des commentaires qu'il a faits dans son rapport de 2007 est qu'il se préoccupe beaucoup de l'aspect de la responsabilisation et de la transparence en matière de santé. Il fait ressortir, aussi, qu'il est troublant que les premiers ministres n'aient pas fait de rapport cette année sur des indicateurs comparables de la santé comme il en avait été convenu dans l'accord de 2003, et que le comité fédéral-provincial-territorial qui supervise ce travail ait été démantelé. C'est regrettable. Je me demande si le comité sait que c'est arrivé. Je pense que l'on comptait grandement sur le Conseil canadien de la santé pour établir plus fermement la responsabilité et la transparence en ce qui a trait aux enjeux de la santé, particulièrement au plan des fonds que verse le gouvernement fédéral aux provinces et territoires. Il est troublant que ces organes n'aient pas rendu compte au Conseil canadien de la santé de la manière dont ils ont dépensé ces fonds. Ils ont, littéralement, manqué de responsabilité.

J'aimerais aussi souligner le fait que le rapport de 2008 du Conseil canadien de la santé traite précisément de renouvellement des soins de santé primaires et des soins à domicile. Ce sont là, en ce qui me concerne, des sujets d'une extrême importance.

Vous vous souvenez certainement que nous avons eu une commission sur la santé au début des années 1990 en Colombie-Britannique, dont le thème était « Closer to Home », « Plus près de chez soi ». Il faut encore bien plus de services pour les aînés, plus près de chez eux comme, par exemple, les soins à domicile. Les aînés ont besoin d'accès aux soins dentaires et ophtalmologiques, lesquels ne sont pas couverts sous le régime de la Loi canadienne sur la santé. Le manque de soins dentaires, particulièrement, peut gravement entraver la capacité des aînés de veiller sur leur santé, que ce soit chez eux ou ailleurs, et je ne sais pas vraiment si ces services sont offerts en milieu institutionnel. C'est quelque chose à quoi nous devons réfléchir.

En ce qui concerne les observations de Mme England, nous sommes très mécontents de la privatisation des services alimentaires en Colombie-Britannique, dans nos établissements de soins pour bénéficiaires internes. Les repas sont préemballés — certains viennent d'aussi loin que Winnipeg — congelés puis réchauffés. Les résidents et les familles sont très mécontents de la privatisation des services alimentaires offerts dans les établissements.

La Dre Patricia Baird, de l'Université de la Colombie-Britannique, a été présidente du conseil du premier ministre sur le vieillissement et les enjeux des aînés pour la province. Elle a été nommée à ce poste par le premier ministre de la province et a présenté un rapport en novembre 2006.

I would like to commend and recommend her report as being very insightful. She talks about the positive aspects of seniors in the community as opposed to simply the deficit side of seniors in the community. She points out that seniors are more active than they have ever been, form a large part of the volunteer base that is out there and that many more seniors are contributing than receiving a lot of services. I liked the thrust of her report. Dr. Baird's recommendation is to provide as many services as possible to keep seniors as close to home as possible for as long as possible. I think you will agree with me on that.

In B.C., equal access is not being afforded to seniors — or to anyone right now, in my opinion. The federal minister needs to be looking at the Canada Health Act and enforcing it to a much greater degree. All sorts of infractions of the original principles of the Canada Health Act are occurring, particularly with the issue of equal access, and I would strongly urge that this panel make that point.

You heard from people who are providing health care through independent living. They talked about supportive living and also assisted living. Assisted living, in my opinion, is not accountable. A registrar only acts on complaints. No inspection of the facility is done.

As a seniors' advocate, I am aware that many people in assisted living facilities should not be there at all. They need a higher level of care. Because of the insufficient number of residential care beds in our community, seniors are in assisted living facilities, and some families are sending in caregivers to help them. Unfortunately, assisted living has become the solution to everything, as far as I am concerned and as far as this government is concerned in British Columbia. They closed thousands of residential care beds when they first got in; some of them needed to be closed because they were antiquated. They have replaced them primarily with assisted living and largely for-profit, not non-profit. I think that is a problem too.

In conclusion, I certainly hope that we all support the principles of the Canada Health Act and that we will act to ensure that they are adhered to. The federal government needs to play a larger role in ensuring that there are benchmarks, accountability and access. Thank you.

**Judith Cameron, Executive Director, Fairfield Activity Centre, as an individual:** This morning we heard with interest the different opinions of how retired persons are living. Some of our seniors are living on very limited incomes, many on an old age pension, OAP, and Guaranteed Income Supplement, GIS, of approximately \$1,169 a month.

Je tiens à faire l'éloge de ce rapport et à vous le recommander parce qu'il est très perspicace. Elle y parle des aspects positifs de la présence des aînés dans la communauté par opposition à l'aspect seulement déficitaire de cette présence. Elle souligne que les aînés sont plus actifs que jamais, qu'ils forment une large part de la base de bénévoles qui existe actuellement et que bien plus d'aînés contribuent à la société qu'il n'y en a qui reçoivent des tas de services. J'ai apprécié le ton général de son rapport. Ce que recommande la Dre Baird, c'est de fournir autant de services que possible pour garder les aînés aussi près que possible de chez eux, aussi longtemps que c'est possible. Je pense que vous partagez cet avis.

En Colombie-Britannique, l'accès équitable n'est pas pour les aînés — ni d'ailleurs pour personne d'autre, à mon avis. Il faudrait que le ministre fédéral réfléchisse à la Loi canadienne sur la santé et au moyen de beaucoup mieux la faire respecter. Toutes sortes de violations des principes fondamentaux de la Loi canadienne sur la santé surviennent, particulièrement au plan de l'accès équitable, et j'insiste vivement auprès de ce comité pour qu'il le fasse comprendre.

Vous avez entendu les témoignages de personnes qui fournissent des soins de santé en favorisant l'autonomie. Ces gens ont parlé de soutien et aussi d'aide à la vie autonome. Les résidences-services, à mon avis, ne rendent pas suffisamment de comptes. Un registraire n'agit que s'il y a des plaintes. Il n'y a aucune inspection des établissements.

En ma qualité de porte-parole des aînés, je sais que bien des gens qui vivent dans des résidences-services ne devraient même pas s'y trouver. Ils ont besoin de soins plus pointus. En raison du manque de places dans les établissements de soins pour bénéficiaires internes dans notre communauté, les aînés doivent vivre dans des résidences-services, et certaines familles y envoient des soignants pour les aider. Malheureusement, les résidences-services sont devenues la solution à tout, à ce que je peux voir, et en ce qui concerne le gouvernement de la Colombie-Britannique. Il a fermé des milliers de places en établissement de soins pour bénéficiaires internes dès qu'il a pris le pouvoir; certains établissements ont dû être fermés en raison de leur désuétude. Ils ont été remplacés surtout par des résidences-services, dont la plupart sont des organismes à but lucratif plutôt que sans but lucratif. Je crois que c'est une part du problème.

Pour terminer, j'espère vivement que nous appuyons tous les principes de la Loi canadienne sur la santé et que nous agissons pour nous assurer qu'ils soient respectés. Le gouvernement fédéral devra jouer un rôle plus ferme pour qu'il y ait des points de référence, et assurer l'accessibilité et la reddition des comptes. Je vous remercie.

**Judith Cameron, directrice générale, Fairfield Activity Centre, à titre personnel :** Ce matin, nous avons écouté avec intérêt les divers points de vue sur la manière dont vivent les retraités. Certains de nos aînés vivent avec un revenu très limité, beaucoup avec la pension de la sécurité de la vieillesse, la PSV, et avec le Supplément de revenu garanti, le SRG, ce qui fait environ 1 169 \$ par mois.

The seniors' activity centres, the New Horizons, received funding to start our programming in the early 1970s. Since then we have received no core funding with the exception of the City of Victoria annual recreation grant for a total of \$36,000. Our facilities are city-owned.

We are the frontline workers. We see our members on good days and bad days. We see them before they get to assisted living and land in hospital. We make referrals and advocate for health care services, doctor referrals, home care, housing, and mental health. We offer several programs that promote health and wellness, and by doing this we are able to promote independence. We do promote seniors helping seniors in that we have 160 volunteers at any given seniors' centre. Without them, we would have to employ eight other full-time staff.

As we have a membership-driven organization of 800 to 900 senior adults and only three full-time staff, we are now forced to consider reducing our staff. At the same time our workload has increased significantly.

We are not seen as a health and wellness centre; we are largely seen as a social club, and that could not be further from the truth. It might have been the case 50 years ago, but it is not now.

Most of the staff working at the seniors' activity centre are sophisticated, organized adults trained in gerontology, many of us with nursing backgrounds. We work from the side of our desk helping our members because many of them do not have their families here in Victoria. We have the highest percentage of seniors per capita, and so that really creates a struggle. We see the folks day-to-day whereas their families do not.

Core funding is an issue. Money is available through the New Horizons granting procedure. However, that is very laborious to apply for and is always project-driven. We need core funding. We keep people healthy and well before they go on to that next step.

We are representing over 5,000 seniors in four seniors' centres just in the Greater Victoria area. It really is a shame that as a seven-day-a-week operation, we are reducing staff, not increasing staff. We really would like to see an indication that some value is given to the work done by our seniors' centres. Nothing is mentioned here as a recommendation for them. I find that quite interesting because we are the grassroots.

We keep our folks from being dependent and being pushed into isolation where they may become depressed. We keep them active, well and carrying on with very limited resources. The staff are not adequately paid, and receive no benefits whatsoever. We are there

Les centres d'activités pour aînés New Horizons ont reçu un financement pour commencer à offrir des programmes au début des années 1970. Depuis lors, nous n'avons reçu aucun financement de base, à l'exception de la subvention annuelle de la Ville de Victoria pour un total de 36 000 \$. Nos installations appartiennent à la ville.

Nous sommes des travailleurs de première ligne. Nous voyons nos membres les bons jours comme les mauvais. Nous les voyons avant qu'ils entrent en résidence-services et se retrouvent à l'hôpital. Nous les acheminons vers d'autres services et exerçons des pressions pour obtenir des services de santé, des renvois des médecins, des soins à domicile, du logement, et des soins de santé mentale. Nous offrons divers programmes qui favorisent la santé et le bien-être, et ce faisant, nous pouvons favoriser l'autonomie. Nous aidons les aînés à aider les aînés, en ce sens que nous avons au moins 160 bénévoles dans chacun des centres d'activités pour personnes âgées. Sans eux, nous devrions avoir huit employés de plus à temps plein.

Bien que nous soyons une organisation axée sur la clientèle, qui est de 800 à 900 adultes âgés et avec seulement trois employés à temps plein, nous sommes maintenant forcés d'envisager de réduire notre personnel, alors que notre charge de travail a beaucoup augmenté.

Nous ne sommes pas considérés comme un centre de santé et bien-être; nous sommes généralement considérés comme un club social, et rien ne pourrait être plus loin de la vérité. Peut-être était-ce le cas il y a 50 ans, mais plus maintenant.

La plupart des employés qui travaillent aux centres d'activités pour les aînés sont des adultes expérimentés et organisés qui ont une formation en gérontologie, et nous sommes nombreux à avoir des antécédents en soins infirmiers. Nous travaillons de notre bureau à aider nos membres parce qu'ils sont nombreux à ne pas avoir de proches ici, à Victoria. Nous avons le plus haut pourcentage de personnes âgées par habitant, alors c'est source de difficultés. Nous voyons ces gens tous les jours, ce que ne font pas leurs proches.

Le financement de base est un problème. On peut avoir accès à des fonds au moyen de la procédure de subvention du programme Nouveaux Horizons, mais la procédure est très complexe et toujours axée sur des projets. Nous avons besoin de financement de base. Nous maintenons les gens en santé et autonomes avant qu'ils passent à cette autre étape.

Nous représentons plus de 5 000 aînés de quatre centres pour personnes âgées rien que dans la région métropolitaine de Victoria. Il est vraiment lamentable qu'en tant qu'établissement offrant des services sept jours sur sept, nous devions réduire plutôt qu'augmenter notre effectif. Nous aimerions vraiment voir une indication qu'on accorde de la valeur au travail que font nos centres pour personnes âgées. Aucune recommandation n'est faite à leur sujet. Je trouve cela plutôt curieux, parce que nous sommes la base.

Nous empêchons des gens de devenir dépendants et d'être poussés dans l'isolement où ils pourraient devenir déprimés. Nous les gardons actifs, vifs et occupés, avec des ressources très restreintes. Le personnel n'est pas suffisamment payé, et ne

in the field because someone has to do it and because we are seniors aging ourselves, whether we like to think of that or not. If we do not help our loved ones and our seniors, no one will help us.

I really would like some focus on seniors' activity centres, and I would like the senators to have the opportunity to know about the valuable work that we do. Thank you.

**Dale Perkins, Minister, United Church of Canada, Victoria Presbytery, as an individual:** I am an ordained minister of the United Church of Canada. I come out of the regional organization called Victoria Presbytery. I also sit on the board of the Victoria Multifaith Society, which represents eight different religious organizations in the region.

I have had experience in providing care, support and advocacy as well as counselling to family members with seniors and to seniors themselves since 1988. I have had quite a bit of on-the-ground experience with what is happening for seniors. I am approaching that age myself, having retired a year and a half ago, so I am feeling it at a number of levels.

I am here not to give you statistics or facts but just impressions, anecdotal but also very clearly representative of the facts of the situation.

We are in an alarming situation, and your committee would do us, the public, a great service if you would highlight the alarming deterioration in seniors' care, residential and health care, in this province. In this region in 2002, one of the first acts of the new government after taking power was to bring in five health authorities to replace the 52 that were in place at the time. We have one health authority for the entire Vancouver Island responsible for all the health care services that the public purse is involved in for this region. We have nine directors who are responsible. All appointed, however, not elected, all people who meet the approval of the British Columbia Ministry of Health before they are allowed to become directors of the health authority.

I have seen, particularly in the last five or six years, a phenomenal deterioration in health care and in residential care for seniors in this province. It is alarming. If you visit someone who does not have a family member close at hand, you become their primary hope to try to address or redress some of the terrible situations that they are facing. Staff are no longer available to do basic cleaning in facilities. The rate of homes being quarantined is alarming. At any one time, you may find that you cannot visit a place because it is under quarantine, and that is primarily because of the lack of cleanliness and care of those facilities.

It is not the fault, I might add, of the particular employee who does the cleaning. They are called to handle a phenomenal increase in the number of rooms they look after and the number

bénéficie pas des moindres avantages sociaux. Nous sommes là sur le terrain parce quelqu'un doit le faire et parce que nous sommes nous-mêmes des aînés en devenir, que nous l'apprécions ou non. Si nous n'aïdons pas nos proches et nos aînés, personne ne nous aidera.

J'aimerais vraiment qu'on se concentre un peu sur les centres d'activités pour personnes âgées, et que les sénateurs aient la possibilité de comprendre la valeur du travail que nous faisons. Je vous remercie.

**Dale Perkins, ministre du culte, Église Unie du Canada, presbytère de Victoria, à titre personnel :** Je suis ministre du culte ordonné de L'Église Unie du Canada. Je suis membre de l'organisation régionale appelée presbytère de Victoria. Je siège aussi au conseil d'administration de la Victoria Multifaith Society, qui représente huit organisations religieuses différentes de la région.

J'ai l'expérience de l'offre de soins et de soutien, ainsi que de la défense et du counselling des proches des personnes âgées et des aînés eux-mêmes depuis 1988. J'ai largement vécu sur le terrain l'expérience de ce que vivent les aînés. J'approche moi-même de cet âge, puisque j'ai pris ma retraite il y a un an et demi, alors cette question me touche à divers niveaux.

Je ne suis pas venu ici vous donner des statistiques ou énoncer des faits, mais plutôt pour décrire des impressions, anecdotiques, mais néanmoins clairement représentatives de la réalité.

La situation est des plus alarmantes, et votre comité nous rendrait, au public, un énorme service si vous pouviez tourner les projecteurs sur l'inquiétante détérioration des soins aux aînés, des soins de santé et en établissement pour bénéficiaires internes dans cette province. Dans notre région, en 2002, l'une des premières choses qu'a faites le nouveau gouvernement après qu'il soit entré au pouvoir a été de créer cinq autorités sanitaires pour remplacer les 52 qui existaient à l'époque. Nous avons une autorité sanitaire pour l'intégralité de l'île de Vancouver, qui assume la responsabilité de tous les services de santé financés par les deniers publics pour la région. Nous avons neuf administrateurs responsables. Tous, toutefois, ont été nommés et non élus, et tous ont été approuvés par le ministère de la Santé de la Colombie-Britannique avant de pouvoir devenir des administrateurs de l'autorité sanitaire.

J'ai constaté, surtout depuis cinq ou six ans, une détérioration phénoménale des soins de santé et des soins en établissement fournis aux personnes âgées dans cette province. C'est inquiétant. Si vous allez voir quelqu'un qui n'a pas un proche facile d'accès, vous devenez leur plus grand espoir pour corriger ou régler certaines des terribles situations qu'ils vivent. Il n'y a plus de personnel pour faire le ménage de base dans les établissements. Le taux de foyers mis en quarantaine est alarmant. À n'importe quel moment, on peut se faire dire qu'on ne peut entrer dans un établissement parce qu'il est en quarantaine, et c'est principalement à cause du manque d'hygiène et de soins dans ces établissements.

Ce n'est pas la faute, je m'empresse de l'ajouter, de l'employé particulier qui est chargé du ménage. Ils sont appelés à faire face à une augmentation phénoménale du nombre de chambres à

of people they care for. They are doing the very best they can with what they have. They are not being given the resources, the training or the opportunity to provide the level of services that these people really need.

As Ms. Pickup mentioned, food, we have found out, comes in frozen form, I would guess, as far as Toronto. We are subject to the political whim that decides that they have to contract out food services to a company called Compass Group Canada. Their subsidiaries, Morrison Foods and Crothall Services Group for housekeeping are providing all the services in their facilities. They encourage all of their contracted, independent providers to do the same.

We have found from family members of residents that they are alarmed at the quality of food that is being provided. Diets are being ignored by and large. They systematize it to the point where it is all computerized. If there is someone in that home who has an intolerance for a particular product, the computer does not designate which patients do not receive that product anymore; rather, the whole facility does not receive that product. It standardizes it. Of course, they make more money that way.

Compass Groups' bottom line is not service, their bottom line is profit. This United Kingdom corporation, with thousands of facilities in North America and other parts of the world, are in charge of the food. That is all the resources. Family members who see their loved one refusing to eat and getting very sick as a result are forced then to bring in the food that their loved one will eat. That is intolerable.

We need the Senate to sound the alarm that the situation in this province and in this region has deteriorated to the point of almost being at the threshold of being liable for elder abuse. Do you understand what I am saying? It is that serious.

All of my colleagues in the church and in the religious communities are alarmed at what is happening.

I put it to you that someone has to carry the ball on this one to try to awaken those in charge to say, "This is not good enough. You must do better for a variety of reasons. Just on a plain humanitarian level, you must do better." We need you, senators, to do that.

**Elfreda Schneider, as an individual:** Good afternoon, members of the panel and senators.

I am speaking from my own perspective in terms of being on the cusp of becoming a senior and because of the fact that I have had a chronic illness all my life. I have lived in Victoria for six years and have, on my own lack of access to a physician's care and continuity of care, slowly deteriorated. It shocks me that I am not yet a senior and this is happening to me already. I am afraid for my future health care.

entretenir et du nombre de personnes à leur charge. Ils font de leur mieux, avec les moyens qu'ils ont. On ne leur donne pas les ressources, la formation ou la possibilité de fournir un service de la qualité dont ces gens ont réellement besoin.

Comme le disait tout à l'heure Mme Pickup, la nourriture, nous l'avons apprise, arrive congelée, je suppose, d'aussi loin que Toronto. Nous sommes la proie des lubies politiques de quelqu'un qui décide qu'il faut donner en sous-traitance les services alimentaires à une compagnie appelée Compass Group Canada. Leurs sociétés filiales, Morrison Foods et Crothall Services Group pour l'entretien ménager, fournissent tous les services dans leurs établissements. Ils encouragent tous leurs fournisseurs à contrat, indépendants, à en faire autant.

Des proches de résidents nous ont dit qu'ils sont inquiets de la qualité des aliments fournis. Les régimes alimentaires sont généralement négligés. Ils systématisent le service au point que tout est informatisé. S'il y a dans ce foyer quelqu'un qui a une intolérance à un produit particulier, l'ordinateur n'indique plus quels patients ne reçoivent plus ce produit; au lieu de cela, l'ensemble de l'établissement en est privé. C'est standardisé. Bien entendu, ils font plus d'argent ainsi.

L'objectif principal du groupe Compass n'est pas le service, mais bien le profit. C'est une société du Royaume-Uni, qui est en charge de la nourriture dans des milliers d'installations en Amérique du Nord et d'autres régions du monde. C'est tout ce qu'il y a comme ressource. Les membres de la famille des aînés qui voient ceux-ci refuser de manger et devenir très malades à cause de cela sont forcés d'apporter de la nourriture que l'aîné pourra manger. C'est intolérable.

Il faut que le Sénat sonne l'alarme et fasse comprendre que cette situation dans la province et dans la région s'est détériorée presque jusqu'au point de pouvoir être qualifiée d'abus des aînés. Vous comprenez ce que je veux dire? C'est aussi sérieux que cela.

Tous mes collègues de l'église et des communautés religieuses s'inquiètent de la situation.

Je vous dirais que quelqu'un doit agir et essayer d'ouvrir les yeux à ceux qui sont en charge pour dire : « Ce n'est pas assez. Vous devez faire mieux pour diverses raisons. Rien qu'au plan purement humanitaire, il vous faut faire mieux. » Nous avons besoin de vous, sénateurs, pour cela.

**Elfreda Schneider, à titre personnel :** Bon après-midi, membres du groupe de consultation et sénateurs.

Je m'exprime ici selon ma propre perspective puisque je suis moi-même sur le point de devenir une personne âgée et parce que j'ai, toute ma vie, souffert d'une maladie chronique. Je vis à Victoria depuis six ans et mon état s'est lentement détérioré, parce que je n'ai pas accès à un médecin ni aux soins continus. Je suis choquée, alors que je ne suis même pas encore une personne âgée, d'en être déjà là. Je m'inquiète vivement de l'avenir des soins de santé.

I have lived in four other Canadian provinces. I am a type 1 diabetic. Nowhere, until I moved to B.C., has a physician ever told me that they cannot treat me because of my illness. An endocrinologist wrote a letter to me to say that they have given up on me. This happens at an abhorrent rate.

Senator Carstairs mentioned Martin Luther King's quote about people being apt to remain silent, and we are not even aware this is happening.

When I got the letter, I called it being fired by physicians and not being allowed access. It affects patients tremendously whether or not they are seniors in terms of their sense of worthiness of their medical condition. Many of us, if an illness is not looked after immediately, progress to very unstable ill health that leads to a further health care cost for you.

I have been proactive in fighting this. At a provincial level, it is not even on their radar screens. The Minister of Health has not responded to three of my letters, and the College of Physicians and Surgeons of British Columbia will not even answer my concerns and only send a complaint form. I have never undergone the complaint form process through the college. I refuse to do that because I need a physician and do not wish to be black-listed in terms of never getting another physician.

There seems to be no out in terms of a patient advocate, and I call on the Senate to have that established.

A national management strategy meeting for diabetes in general is to take place this week in Ottawa. I do not know what will come of that meeting. The need is extreme for all medical conditions and the continuity of care that is not being provided by our physicians. From what I have read, former Deputy Minister of Health Penny Ballem resigned because there was no physician accountability with respect to standards of practice. This obviously affects seniors now and will continue to affect seniors if nothing is done about it.

**Judith Johnson, as an individual:** Good afternoon. I am glad to have the opportunity to speak to you about some of my personal and professional experience in the area of caregiving.

I am a past executive director of the Family Caregivers' Network Society in the mid-Island region and in Victoria. I have worked on seniors' issues for approximately the last 20 years.

My experience is probably typical to many caregivers living all across Canada. We start out assisting our parents or relatives in a rather minor way in the beginning; and over time, as their needs continue to increase, we find ourselves spending more of our time offering care and support.

My own experience began when my mother moved here from another province and came to live with me. I was fully employed at the time and found it particularly challenging to care for her

J'ai vécu dans d'autres provinces du Canada. Je souffre du diabète de type 1. Nulle part, jusqu'à ce que j'arrive en Colombie-Britannique, je ne me suis fait dire par un médecin qu'il ne peut pas me traiter à cause de ma maladie. Un endocrinologue m'a écrit une lettre pour me dire qu'il renonçait à me traiter. Cela arrive beaucoup trop souvent.

Le sénateur Carstairs a parlé de ce qu'a dit Martin Luther King au sujet des gens qui ont le don de garder le silence, et nous ne sommes même pas conscients de ce que c'est ce qui arrive.

Quand j'ai reçu cette lettre, j'ai qualifié cela de licenciement par les médecins et d'interdiction d'accès. Cela peut avoir une incidence énorme sur les patients, qu'ils soient âgés ou non, sur leur sentiment de valeur lié à leur état de santé. Pour beaucoup d'entre nous, si un mal n'est pas immédiatement soigné, notre état de santé devient instable et peut encore gonfler la facture des soins de santé pour vous.

Je lutte de manière proactive sur ce terrain depuis déjà un bout de temps. À l'échelle provinciale, ce n'est même pas sur leurs écrans de radar. Le ministre de la Santé n'a pas répondu à trois de mes lettres, et le College of Physicians and Surgeons of British Columbia ne se donne même pas la peine de répondre à mes préoccupations et se contente de m'envoyer un formulaire de plainte. Je ne suis jamais passée par le processus de plaintes du College. Je m'y refuse parce que j'ai besoin d'un médecin et je ne tiens pas à être inscrite sur une liste noire et ne jamais pouvoir trouver un autre médecin.

Il ne semble y avoir aucune solution pour avoir un porte-parole des patients, et je demande au Sénat d'en désigner.

Une réunion sur la stratégie nationale de gestion pour le diabète en général doit avoir lieu cette semaine à Ottawa. Je ne sais pas ce qui en ressortira. Le besoin est criant pour tous les troubles médicaux et la continuité des soins de santé que n'assurent pas nos médecins. D'après ce que j'ai lu, l'ex-ministre de la Santé, Penny Ballem, a démissionné à cause du manque de responsabilisation des médecins en matière de normes de pratique. Il est évident que cela a une incidence sur les personnes âgées maintenant et continuera d'en avoir si rien n'est fait pour corriger la situation.

**Judith Johnson, à titre personnel :** Bon après-midi. Je suis heureuse d'avoir cette occasion de vous parler de mon expérience personnelle et professionnelle en matière de soins de santé.

J'ai été directrice exécutive de la Family Caregivers' Network Society, dans la région centrale de l'île et à Victoria. Je travaille sur les questions qui concernent les personnes âgées depuis une vingtaine d'années.

Mon expérience est probablement assez semblable à celle de nombreux soignants qui vivent partout au Canada. Nous commençons par aider nos parents ou proches de manière assez limitée au début; avec le temps toutefois, leurs besoins continuent de grandir, et nous nous retrouvons à consacrer de plus en plus de temps à l'offre de soins et de soutien.

Ma propre expérience a commencé quand ma mère est venue d'une autre province pour vivre avec moi. J'avais un emploi à temps plein à l'époque et j'ai trouvé particulièrement difficile de

and work. When she had a stroke, I had to give up my work to stay home to look after her. I think she lived with me for six years in total.

Eventually, after several years, I was allowed approximately one hour per day of assistance from the government, which meant that someone would come in in the morning and relieve me of my caregiving by assisting her with a bath.

Her situation was stable for a few years, and she eventually developed sepsis and was admitted to hospital. After spending approximately seven months in acute care, she was moved into a long-term care facility, one of which I was told was one of the best on the island. At the time, I thought that if someone else had to share in her care, best it be them.

During the course of her residence in this particular facility, we experienced several models of care changes that brought in different modes of feeding people; one being the contracting out of food services, about which the gentleman just spoke.

It was difficult to watch my mother deteriorate and literally starve to death. I watched a 180-pound woman reduced to 95 pounds. I struggled with the facility to try to get what I felt both professionally and personally was a reasonable amount of care for her condition. We struggled with food, regular medication, trying to get her bathed on a regular schedule, having her baths missed, which meant that someone who has spent their days in a diaper was only bathed at a two- or three-week interval. Personally, having this experience really does not bode well for the future. As my own health continues to deteriorate, I wonder what lies ahead for me.

In a country such as Canada, with the resources that we have, there must be some way that we can ensure that people in the last years of their lives are allowed the dignity that they deserve. They worked to build this country and are being neglected; their human rights are being violated. They are not receiving basic care, again, not because the staff who are employed by these facilities are not doing their very best, but simply because there is not enough resources and quality.

It does no good to raise the daily food allowance for an individual in a care facility with the hope that it will improve their health when they either cannot eat the food, do not have the time to eat the food, the food is not appropriate for them to eat or no one is there to feed them. In the end, the food is wasted; it is just thrown out.

I am not sure what the solution is. However, we need to focus on making these last years of people's lives both comfortable and dignified. The dignity has gone out of care. We have all heard that when you get admitted to hospital, you leave your dignity at the door. When it is supposedly your home and the place that you are spending the very last years of your life, it should feel dignified.

m'occuper d'elle tout en travaillant. Quand elle a eu un accident cérébrovasculaire, j'ai dû quitter mon emploi pour rester à la maison et m'occuper d'elle. Je crois qu'elle a vécu chez moi, au total, durant six ans.

En fin de compte, au bout de plusieurs années, j'ai eu droit à environ une heure par jour d'aide du gouvernement, ce qui signifiait que quelqu'un viendrait le matin et me soulagerait de ma tâche en l'aidant à faire sa toilette.

Son état a été stable pendant plusieurs années, et un jour elle a fait une septicémie et a dû être admise à l'hôpital. Après avoir passé quelque sept mois en soins actifs, elle a été transportée dans un établissement de soins de longue durée, dont on m'avait dit que c'était l'un des meilleurs de toute l'île. À l'époque, je pensais que si quelqu'un d'autre devait s'occuper d'elle, il valait mieux que ce soit eux.

Pendant son séjour dans cet établissement, divers changements sont survenus dans les modèles de soins, et avec eux des modes différents d'alimentation des pensionnaires; l'un a été la soustraction des services d'alimentation, dont a parlé le témoin qui m'a précédé.

Il m'a été pénible de voir l'état de ma mère se détériorer et de la voir littéralement mourir de faim. J'ai vu une femme de 180 livres réduite à 95 livres. J'ai lutté avec l'établissement pour tenter d'obtenir ce qui, professionnellement et personnellement, me semblait être un protocole de soins raisonnable pour son état. Nous avons lutté pour qu'elle soit nourrie, qu'on lui administre régulièrement ses médicaments, qu'elle soit lavée régulièrement, parce que des gens qui passaient leur journée dans des couches n'étaient lavés qu'à intervalles de deux ou trois semaines. Personnellement, l'expérience que j'ai vécue ne me dit rien qui vaille pour l'avenir. Alors que ma propre santé décline, je crains ce qui m'attend.

Dans un pays comme le Canada, avec les ressources que nous avons, il doit bien y avoir un moyen pour nous de nous assurer que les gens qui vivent leurs dernières années puissent le faire dans la dignité qu'ils méritent. Ils ont travaillé pour bâtir ce pays et ils sont négligés; leurs droits humains ne sont pas respectés. Ils ne reçoivent pas les soins de base, je le répète, non pas parce que le personnel de ces établissements ne fait pas absolument de son mieux, mais simplement parce qu'il manque de ressources et de qualité.

Il ne sert à rien d'augmenter les portions quotidiennes de nourriture pour le pensionnaire d'un établissement dans l'espoir que cela améliorera sa santé quand il ne peut pas manger cette nourriture, quand il n'a pas le temps de la manger, quand la nourriture ne lui convient pas ou quand il n'y a personne pour le nourrir. En fin de compte, la nourriture est gaspillée et il n'y a plus qu'à la jeter.

Je ne sais pas exactement quelle est la solution. Cependant, il nous faut trouver le moyen de faire que les dernières années des citoyens se passent dans le confort et la dignité. La dignité ne fait plus partie des soins. Nous avons tous entendu que quand on se fait admettre à l'hôpital, on laisse sa dignité à la porte. Quand c'est censé être notre chez-soi et l'endroit où on passe les toutes dernières années de sa vie, ce devrait être dans la dignité.

I tried to think of the worst experience that I had with my mother in the facility. I am probably having to choose between the day I came in and found that she had been left out in the rain because, during the change of shift, they forgot she was outside and she was soaking wet; or the day that she told me they had missed her bath and she would have to wait another week; or the day I came in and saw the woman in the bed across from her dressed in her clothes.

Time has to be made to care for people in a reasonable way, and what is happening now is not reasonable.

**The Chair:** Although we have had walk-ins at every point, we have not had people come forward in the same way that Victoria has sent people forward, and I suspect that that is a reflection of the number of seniors that you have in this community.

I want to thank you very much for coming forward and telling your story because it is important for Canadians to hear that.

Colleagues, this is our last witness for today, and then we will visit Hospice Victoria. You knew that I would not let you out of the study before we had had a visit with a major hospice organization.

Our next witness is Dr. Duncan Robertson. Welcome.

**Dr. Duncan Robertson, Geriatrics and Palliative Care, BC Medical Association:** I am here in response to the invitation to the British Columbia Medical Association, BCMA. I am a specialist in geriatric medicine, and for the last 15 years until last year, I chaired the British Columbia Medical Association Geriatrics and Palliative Care Committee and was a member of the BCMA Council on Health Promotion. I currently practice full time and divide my time between Victoria and Alberta. I also use telehealth communication between the two sites.

The BCMA Council on Health Promotion has a 30-year record of health advocacy to government, health care organizations and others to improve the health of British Columbians. Initiatives by the council have included influencing air and water quality legislation, promoting mandatory use of car seats for babies and children, and advocating for mandatory cycle helmet use.

One of the committees of that council, the Geriatrics and Palliative Care Committee, has a long history of advocating health promotion, prevention, policy initiatives and anticipating and meeting the needs of an aging population.

Recent initiatives include advocacy for policies and practices related to care of older people, funding for palliative care for individuals dying at home, health, human resources issues, and successful advocacy for a provincial strategy for older individuals with cognitive impairment.

J'ai essayé de penser à la pire expérience que j'ai vécue avec ma mère dans l'établissement. Il faudrait probablement que je choisisse entre le jour où je suis arrivée et me suis rendu compte qu'elle avait été laissée sous la pluie parce que, pendant le changement de quart, ils avaient oublié qu'elle était dehors et elle était trempée jusqu'aux os; ou encore le jour où elle m'a dit qu'ils ne lui avaient pas fait sa toilette et qu'il lui faudrait attendre une autre semaine; ou le jour où je suis arrivée et où j'ai vu les vêtements de ma mère sur sa voisine.

Il faut prendre le temps qu'il faut pour s'occuper des gens de manière raisonnable, et ce qui se passe actuellement n'est pas raisonnable.

**La présidente :** Bien qu'il y ait eu des intéressés qui se sont présentés à nos audiences partout où nous sommes allés, il n'y en a pas eu jusqu'ici comme à Victoria, et je soupçonne que c'est le reflet du nombre d'aînés qui vivent dans cette communauté.

Je tiens à vous remercier infiniment d'être venus nous raconter votre histoire, parce qu'il est important pour les Canadiens de l'entendre.

Chers collègues, nous allons entendre notre dernier témoin pour aujourd'hui, puis nous irons faire la visite de l'hospice de Victoria. Vous saviez que je n'allais pas vous laisser finir cette étude sans une visite d'un grand hospice.

Notre prochain témoin est le Dr Duncan Robertson. Nous vous souhaitons la bienvenue.

**Dr Duncan Robertson, gériatrie et soins palliatifs, BC Medical Association :** Je suis ici en réponse à l'invitation de la British Columbia Medical Association, la BCMA. Je suis spécialiste en gériatrie et depuis 15 ans, jusqu'à l'année dernière, j'étais président du comité sur la gériatrie et les soins palliatifs de la BCMA et membre du Council on Health Promotion, le conseil de la promotion de la santé de la BCMA. Actuellement, je pratique la médecine à temps plein et je partage mon temps entre Victoria et l'Alberta. J'utilise aussi la communication télésanté entre les deux endroits.

Le conseil de la promotion de la santé de la BCMA a à son actif 30 ans de défense des droits auprès du gouvernement, des organismes de soins de santé et d'autres pour améliorer la santé des Britanno-Colombiens. Entre autres initiatives, le conseil a influencé les mesures législatives relatives à la qualité de l'air et de l'eau, a fait la promotion de l'utilisation obligatoire des sièges d'auto pour les bébés et les enfants, et a fait pression pour que le port du casque soit obligatoire à bicyclette.

L'un des comités de ce conseil, le comité sur la gériatrie et les soins palliatifs, a un long passé de défense et de promotion de la santé, de la prévention, des initiatives en matière de politiques et de la prévision des besoins d'une population vieillissante.

Au nombre des initiatives récentes, le conseil a fait la promotion de politiques et de pratiques relatives aux soins aux personnes âgées, de financement des soins palliatifs pour les personnes mourant chez elles, d'enjeux liés à la santé et aux ressources humaines, et il a plaidé avec succès en faveur d'une stratégie provinciale pour les personnes âgées ayant une déficience cognitive.



I have provided to the committee the document entitled *Building Bridges: A Call for a Coordinated Dementia Strategy for British Columbia*, 2004. Members of the BCMA Geriatrics and Palliative Care Committee also promoted and collaborated with a multidisciplinary group to develop a comprehensive strategy for the diagnosis and management of cognitive impairment in older people. This document has also been made available to the committee.

In addition, in May 2008, following along the *Building Bridges* metaphor, the BCMA produced a policy paper that was referenced in the invitation. I was not a member of the committee that developed that, but I am familiar with its contents and can attempt to speak to some of the issues, if you wish.

I know you have heard a great deal. At this point, perhaps I will turn it back to the committee and ask for any questions that you may have about the initiatives that we undertaken.

I have a few comments to make about some of the recommendations, mostly in strong support for a number of them, particularly with respect to caregivers; education for the public; the issues of capacity assessment, particularly in the context of dementia and frailty; and a number of other issues.

In reading your interim report of March 2008, while dementia is mentioned, I think that the impact of dementia and frailty cannot be underestimated in planning for the future. Any federal initiatives with respect to education, promotion of awareness, and caregiver issues must take full cognizance of the impact of dementia and frailty. While we all would like to age successfully, the reality for most of us is that if we survive into our late eighties, there is a one- or two-out-of-three chance that we will develop significant cognitive impairment or frailty in the months or years before we die.

**The Chair:** We have heard this afternoon, and we have heard it across the country, about the issue of the lack of adequate resources in terms of gerontologists and the lack of adequate resources in terms of nursing and nursing care staff in personal care homes.

We have heard about the inequities that exist between the payment schedules for a nurse within an Aboriginal reserve vis-à-vis the nurse who works in the hospital that is perhaps 10 minutes away. How do you keep nurses in the reserve community if there may be a 15 or 20 per cent differential in pay in the hospital down the road?

The issue of human resources needs to be addressed. If you have any suggestions along that line, I would appreciate them.

**Dr. Robertson:** Certainly, it is a major issue. The area with which I am most familiar is the specialists in geriatric medicine. Approximately 200 people in the country have obtained the Certificate of Special Competence from the Royal College of

J'ai remis au comité un document de 2004 intitulé *Building Bridges : A Call for a Coordinated Dementia Strategy for British Columbia*. Les membres du comité sur la gériatrie et les soins palliatifs de la BCMA ont aussi soutenu un groupe multidisciplinaire pour l'élaboration d'une stratégie globale pour le diagnostic et la gestion de la déficience cognitive chez les aînés et collaboré avec lui. Son document a aussi été remis au comité.

De plus, en mai 2008, dans la foulée de *Building Bridges*, la BCMA a produit un document de politique dont il était question dans l'invitation. Je ne suis pas membre du comité qui l'a rédigé, mais j'en connais la teneur et je peux, si vous le voulez, tenter d'en parler un peu.

Je sais que vous avez entendu beaucoup de choses. Pour l'instant, je pense m'en remettre au comité et vous inviter à poser les questions que vous pouvez avoir sur les initiatives que nous avons entreprises.

J'ai quelques commentaires à faire sur certaines des recommandations, généralement pour exprimer mon ferme soutien pour certaines d'entre elles, particulièrement en ce qui concerne les soignants; l'éducation du public; les enjeux de l'évaluation de la capacité, particulièrement dans le contexte de la démence et de la fragilité; et plusieurs autres aspects.

Après avoir lu votre rapport intérimaire de mars 2008, bien qu'il y soit question de la démence, je voudrais préciser que je pense qu'on ne peut sous-estimer l'impact de la démence et de la fragilité quand on planifie l'avenir. Toute initiative fédérale touchant l'éducation, la sensibilisation, et les enjeux liés aux soignants doit pleinement prendre en compte l'impact de la démence et de la fragilité. Bien que nous souhaitions tous vieillir agréablement, la réalité pour la plupart d'entre nous est que si nous vivons encore à l'approche des 90 ans, il y a une chance sur trois que nous subissions une importante déficience cognitive ou que nous devenions fragiles dans les mois ou les années qui précéderont notre décès.

**La présidente :** Nous avons entendu cet après-midi, et nous l'avons entendu dans tout le pays, parler du problème que pose le manque de ressources appropriées en termes de gérontologues et aussi en termes de soins infirmiers et de personnel infirmier dans les établissements de soins pour personnes âgées infirmes.

Nous avons entendu parler des iniquités qui existent entre les échelles salariales d'une infirmière dans une réserve autochtone comparativement à l'infirmière qui travaille dans un hôpital qui peut être à dix minutes de là. Comment pouvez-vous garder le personnel infirmier dans la réserve si son salaire est peut-être inférieur de 15 ou 20 p. 100 à celui que verse l'hôpital à quelques minutes de là?

Il faut régler le problème des ressources humaines. Si vous avez des suggestions à ce propos, je les apprécierais.

**Dr Robertson :** Il est certain que c'est un gros problème. Le domaine que je connais le mieux est celui des spécialistes en gériatrie. Environ 200 personnes au pays ont obtenu le certificat de qualification spéciale du Collège royal des médecins et

Physicians and Surgeons of Canada, and about 150 people are in active practice in that area. Many of them do other things as well, including general internal medicine. The number of active full-time equivalents, FTEs, is probably fewer than 150. That compares very unfavourably with other countries — Northern Europe, Australasia — and that largely has to do with incentives within the system together with an overall shortfall in the number of physicians that are trained and practising in Canada.

This has to do with, as I am sure you are aware, the fact that Canada was already in the lower half of the numbers of physicians per capita in 1992 when a 10 per cent cut was made in medical school enrolment across the country. These things take a long time to work through the system.

Another big issue has been the decline in the number of family physicians and the changing practice of family physicians in Canada. This made access to a primary care physician less easy for a lot of people.

In British Columbia, for example, in the last year, recognizing this, substantial changes have been made to the fee schedule that make it less disadvantageous for family physicians and others to provide care in long-term care facilities — a small example of how changes within the provincial systems can help. However, when you have a constrained resource, that comes at a price somewhere else in the system.

With respect to physicians, most provinces recognize a significant shortfall in most specialties but particularly primary care and in specialties such as geriatric medicine, psychiatry and others. I believe the only country in the world that is overproducing physicians for its needs is Cuba. Similarly for nurses, the only country that seems to be overproducing nurses for its needs is the Philippines.

We have physicians in this country who have trained elsewhere and are not able to be licensed. Even for Canadians who are trained overseas, they have difficulty with licensure. There are huge issues there.

With respect to nursing, the problems are probably more acute. Many physicians continue to work, as I do, well into their sixties; but many nurses are leaving the profession in their fifties, and that has exacerbated the nursing shortage. I do not have any immediate solutions for that other than to underline the concern and anxieties that other people have.

**The Chair:** We have been told that at the present time only 10 physicians are in residency in gerontology across the country, so the numbers in gerontology will not increase in any significant way.

chirurgiens du Canada, et environ 150 personnes sont en pratique active dans le domaine. Bon nombre d'entre elles font aussi autre chose, notamment de la médecine interne générale. Le nombre d'équivalents temps plein actifs, les ETP, est probablement inférieur à 150. C'est très peu comparativement à d'autres pays — le Nord de l'Europe, l'Australasie — et c'est en grande partie attribuable aux incitatifs qu'offre le système, à quoi s'ajoute la pénurie générale de médecins qui sont formés et qui pratiquent au Canada.

C'est lié, et je suis sûr que vous le savez, au fait que le Canada figurait déjà en 1992 dans la moitié inférieure de la liste des pays, au plan du nombre de médecins par habitant, quand les inscriptions dans les écoles de médecine du pays ont été réduites de 10 p. 100. Le système prend du temps à absorber ce genre de choses.

Un autre gros problème a été la baisse du nombre de médecins de famille et l'évolution de la pratique des médecins de famille au Canada. Ceci a compliqué l'accès à un médecin de premier recours pour bien des gens.

En Colombie-Britannique, par exemple, l'année dernière, ceci ayant été reconnu, d'importants changements ont été apportés aux échelles salariales qui faisaient qu'il était plus désavantageux pour les médecins de famille et d'autres de fournir des soins en établissements de soins de longue durée — ce n'est qu'un petit exemple de la manière dont les changements aux systèmes provinciaux peuvent aider. Cependant, quand on a une ressource restreinte, il y a un coût à payer ailleurs dans le système.

Pour ce qui est des médecins, la plupart des provinces connaissent une grande pénurie dans la plus grande partie des spécialités, mais particulièrement en soins primaires et dans les spécialités comme la gériatrie, la psychiatrie et d'autres. Je crois que le seul pays au monde qui produise plus de médecins qu'il n'en a besoin est Cuba. Il en est de même des infirmiers et infirmières : le seul pays qui semble en former plus qu'il n'en faut, ce sont les Philippines.

Nous avons dans ce pays des médecins qui ont reçu une formation à l'étranger et qui n'ont pu obtenir de permis d'exercer. Même les Canadiens formés à l'étranger ont du mal à obtenir l'autorisation d'exercer ici. Cela pose d'énormes problèmes.

Pour ce qui est des infirmiers et infirmières, les problèmes sont probablement plus aigus. Bien des médecins continuent de travailler, comme moi, bien après avoir atteint la soixantaine, de nombreux infirmiers et infirmières quittent la profession au début de la cinquantaine, et ceci n'a fait qu'exacerber la pénurie de personnel infirmier. Je n'ai pas de solution immédiate à proposer à cela, et ne peux qu'insister sur l'inquiétude et l'angoisse que vivent d'autres personnes.

**La présidente :** On nous a dit qu'actuellement, il y a seulement dix médecins en résidence en gériatrie dans tout le pays, alors le nombre de gériatologues n'augmentera pas tellement.

I had heard the same with respect to palliative care physicians when I began my work in the field of palliative medicine. We were able to fund the development of core curriculum initiatives so that, as of this year, no one graduated from medical school without training in palliative medicine.

Do we need to do the same in terms of young physicians being trained in gerontology if we are to hope that some of them will choose to become gerontologists?

**Dr. Robertson:** The dilemma is the point at which physicians-in-training need to make decisions about their career.

Two types of physicians essentially practice mostly with older people and particularly frail older people: family physicians who have done a two- or a three-year program after graduation with six months or a year in geriatrics; and individuals who have gone the Royal College of Physicians and Surgeons of Canada route, which is a minimum of five years of training to become a specialist in geriatric medicine. It is the latter group that we have somewhere between six and ten per year entering the program, so a total of ten in training in Canada.

In 1981, we did a study for the Royal College of Physicians and Surgeons of Canada, which was published, and we anticipated that by the year 2000, Canada would need about 550 specialists in geriatric medicine to barely meet needs.

Specialists in geriatric medicine do not provide primary care. They are there as a resource to primary care physicians, health care teams in the community, in hospitals and in long-term care facilities to give advice. Their involvement would typically be fairly short term and relies very heavily on a strong primary care system in order for it to work. This is in contrast to the United States where many geriatricians are in primary care practice and have an ongoing, continuing relationship with patients over a long period of time and are de facto both the primary care physician and the specialist together.

To answer the question, in most medical schools now, both the teachers and the students would say that they are exposed to large numbers of old people because the reality in most hospitals is that the majority of patients are older patients mostly with acute care illnesses.

A systematic approach to dealing with the broader issues of frailty, dementia, and particularly — and I bring this up because a brief reference to it is in the report from the BCMA — post-acute care is missing and has been missing, and we have tried in various parts of the country to initiate it. While your report and the report from the BCMA identify declining hospital utilization in terms of numbers over the last few years, caused primarily by the reduction in the number of acute care beds in relation to population, it is

J'avais entendu la même chose à propos des médecins spécialistes en soins palliatifs quand j'ai fait mes débuts dans le domaine de la médecine palliative. Nous avons pu financer l'élaboration d'initiatives portant sur le programme de base de telle manière qu'à compter de cette année, personne ne peut obtenir son diplôme d'une école de médecine sans avoir suivi de formation en médecine palliative.

Faudrait-il que nous en fassions autant en ce qui concerne les jeunes médecins qui sont formés en gérontologie si nous voulons pouvoir espérer que certains d'entre eux choisiront de devenir gérontologues?

**Dr Robertson :** Le dilemme, c'est le point auquel les médecins en formation doivent prendre des décisions relativement à leur carrière.

Deux types de médecins, en gros, pratiquent principalement auprès des personnes âgées et, particulièrement, des personnes âgées fragiles : les médecins de famille qui ont fait un programme de deux ou trois ans après leur diplôme, avec six mois ou un an en gériatrie; et les personnes qui ont suivi la voie du Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada, c'est-à-dire un minimum de cinq ans de formation pour devenir spécialiste en gériatrie. C'est de ce groupe que six à dix membres par année entament le programme, donc il y en a au total dix en formation au Canada.

En 1981, nous avons fait une étude pour le Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada, laquelle a été publiée, et nous prévoyions alors qu'avant l'année 2000, le Canada aurait besoin d'environ 550 spécialistes en gériatrie pour à peine répondre à ses besoins.

Les spécialistes en gériatrie ne fournissent pas de soins de santé primaires. Ils sont là en tant que ressource pour les médecins de premier recours, les équipes soignantes dans la communauté, les hôpitaux et les établissements de soins de longue durée, pour fournir des conseils. Leur apport est généralement de courte durée et est lourdement tributaire d'un solide système de soins de santé primaires pour être efficace. C'est un contraste avec les États-Unis, dont les gériatres fournissent des soins primaires et entretiennent une relation continue et de longue durée avec leurs patients, dont ils sont de fait à la fois le médecin de premier recours et le spécialiste.

Pour répondre à la question, dans la plupart des écoles de médecine, maintenant, tant les enseignants que les étudiants diraient qu'ils sont exposés à de grands nombres de personnes âgées parce que la réalité fait que la majorité des patients, dans la majorité des hôpitaux, sont des personnes plus âgées souffrant de maux nécessitant des soins de courte durée.

Une approche systématique pour faire face aux problèmes plus généraux de la fragilité, la démence et, particulièrement — et j'en parle parce qu'il en est brièvement question dans le rapport de la BCMA — les soins postactifs manquent, et ce n'est pas nouveau, et nous avons essayé dans diverses régions du pays d'y remédier. Alors que votre rapport et celui de la BCMA font état de réduction de la fréquentation des hôpitaux en termes de chiffres depuis quelques années, laquelle est principalement la

frail older people who stay for long periods of time in acute care hospitals.

The reason they stay, some people would say, is because there are no long-term facilities for them to go to. I would say that that is part of the issue. Our system is missing post-acute, step-down care for those individuals who may take a month or more in a properly structured environment in order to recover from an episode of delirium that they had in hospital or a fall and fracture.

In the absence of those resources in sufficient numbers, decisions are made prematurely and inappropriately, often to bypass the option of potentially returning home and going into permanent facility care. That is a major part of it as well.

Returning to the question, yes, I think it would be very helpful. There have been some initiatives. For example, for the last 15 years, the Canadian Society of Geriatric Medicine, now called Canadian Geriatric Society, has sponsored a summer institute that brings together young medical students, often in their first year, from across the country and gives them an intensive one-week program in all aspects of care of older people right from the community to palliative care. Many of those individuals are among the 10 people training in geriatric medicine. That initiative has been extremely successful in identifying interested individuals.

The reality for all of us in the health profession, except for pediatrics and obstetrics, is that the people we see are an aging population, and in some areas a very aged population, whether it is orthopedics or urology or general medicine. We also need to ensure that the curriculum content is enhanced for all students and not just didactic, that it is a mandatory clinical experience that involves working with older people in the community, the hospital and the long-term care facility, in all aspects of care.

**The Chair:** You talked about change in the funding model for family physicians to now go into personal long-term care facilities, but there is an overall funding problem. The pie has to be divided, and it is a limited pie. The pie cannot grow from an 8-inch pie to a 9-inch pie. You have to fit everybody in.

We know that if a physician, whose specialty may be internal medicine, practices palliative care, he or she is paid less to practice palliative care than to practice internal medicine. The incentives for people choosing areas of expertise, such as gerontology, tend to be limited. I would be the first to say that money is not the only thing that doctors pursue. However, I also know that it is pretty hard to come home and say to your spouse, "If I practice this type of medicine, I can make \$250,000 a year, and if I practice this type

conséquence de la réduction du nombre de lits de soins actifs proportionnellement à la population, ce sont les personnes âgées fragiles qui restent de longues périodes dans les établissements de soins actifs.

La raison pour laquelle ils restent, diraient certains, est qu'il n'y a pas d'établissements de soins de longue durée pouvant les accueillir. Je dirais que ce n'est là qu'une partie du problème. Notre système manque de soins postactifs, qui vont en diminuant pour les personnes qui peuvent avoir besoin d'un mois ou plus dans un environnement correctement structuré pour se remettre d'un épisode de délire survenu à l'hôpital, ou d'une fracture subie lors d'une chute.

En l'absence de ces ressources en nombres suffisants, des décisions sont prises de manière prématurée et non appropriée, souvent de renoncer à la possibilité d'un retour potentiel à la maison et de placer le patient en établissement de soins permanents. Ce facteur joue pour beaucoup aussi.

Pour revenir à la question, oui, je pense que ce serait utile. Il y a eu des initiatives. Par exemple, depuis 15 ans, la Société canadienne de gériatrie parraine un institut d'été qui réunit de jeunes étudiants, souvent en première année de médecine, de tout le pays et leur fait suivre un programme intensif d'une semaine sur tous les aspects des soins aux personnes âgées, de la communauté même jusqu'aux soins palliatifs. Bon nombre de ces personnes figurent parmi la dizaine de médecins qui suivent la formation en gériatrie. Cette initiative a été extrêmement fructueuse pour trouver des intéressés dans le domaine.

La réalité, pour nous tous professionnels de la santé, sauf pour les pédiatres et obstétriciens, est que les gens que nous voyons représentent une population vieillissante, et dans certains domaines une population très âgée, que ce soit en orthopédie ou urologie, ou encore en médecine générale. Nous devons aussi nous assurer d'améliorer le contenu du programme d'enseignement pour tous les étudiants, et non seulement l'aspect didactique, que ce soit une expérience clinique obligatoire qui comprend le travail avec des membres plus âgés de la communauté, de l'hôpital et de l'établissement de soins de longue durée, sur tous les aspects des soins.

**La présidente :** Vous avez parlé de changement dans le modèle de financement pour que les médecins de famille travaillent dans les établissements de soins pour personnes âgées infirmes, mais il y a un problème général de financement. Il faut partager le gâteau, est c'est un petit gâteau. On ne peut faire un gâteau de neuf pouces avec un gâteau de huit pouces. Il faut que tout le monde ait sa part.

Nous savons que si un médecin, dont la spécialité peut être la médecine interne, offre des soins palliatifs, il est payé moins pour fournir des soins palliatifs que pour pratiquer la médecine interne. Les incitatifs, pour les personnes qui choisissent un domaine d'expertise comme la gérontologie, tendent à être limités. Je serais la première à dire que l'argent n'est pas tout ce que recherchent les médecins. Cependant, je sais aussi qu'il est assez difficile de rentrer chez soi et de dire au conjoint ou à la conjointe : « Si je

of medicine, I can make \$175,000 a year, or I can make \$50,000 a year." The reality is that it is not just the physician who makes choices; there is a whole family dynamic.

**Dr. Robertson:** Huge disparities exist within medical incomes, and it is true that anything that involves cognitive processes and time is less well-rewarded than other activities. This is one of the disincentives for individuals going into geriatric medicine.

This has been solved to some extent by many of the physicians that are practising either having university appointments with partial salaries that enable them to teach as well as have some protected time, or for individuals who work on a blended model of payment rather than a pure fee-for-service model. That is the way that the system and the individuals within it have adapted to it.

For example, a consultation of a new patient referred to a specialist in geriatric medicine is at least an hour and a half, which includes getting collateral histories: history from the family and the patient, mental status examination, full physical examination, functional evaluation, and then putting it all together and talking to people.

We hear constantly about very short medical encounters of 10 minutes and 15 minutes. The reality is that it does take a long time to do it properly. This is attractive only to some individuals.

However, I should point out that in research studies done in both Canada and the United States, paradoxically, the highest levels of professional satisfaction are found among specialists in geriatric medicine.

**Senator Mercer:** Dr. Robertson, you said that you were involved in a study in 1981, where the projection was that we would require 550 specialists by 2000. Where are we now?

**Dr. Robertson:** The number of individuals who have obtained the Certificate of Special Competence from the Royal College of Physicians and Surgeons of Canada is now around 200.

In 1981, when I obtained my certificate, there were six of us. Those were the first six individuals. From one perspective, it has been fantastic. We have grown enormously.

Within that group, some individuals are heavily engaged in research, some people are outside the country, and some people are not doing geriatric medicine full time. The actual FTEs are difficult to ascertain, but there are probably in the order of 150 full-time equivalents doing geriatric medicine in the country. We are at least a third away from where we should be.

**Senator Mercer:** We are at a crisis level. You are 400 doctors short, using your number of 150, which is probably quite reasonable under the circumstances, eliminating the people you did in your assessment. When governments cut medical school

pratique ce type de médecine, je peux faire 250 000 \$ par année, et si je pratique cet autre type de médecine, je peux faire 175 000 \$, ou 50 000 \$ par année. » La réalité, c'est que ce ne sont pas que les médecins qui font les choix; il y a tout une dynamique familiale.

**Dr Robertson :** Il y a d'énormes disparités entre les revenus des médecins, et il est vrai que tout ce qui engage des processus cognitifs et du temps est moins récompensé que d'autres activités. C'est là l'un des éléments qui peuvent dissuader quelqu'un de se spécialiser en gériatrie.

Ce problème a été en partie résolu par un grand nombre de médecins qui pratiquent mais ont aussi une charge d'enseignement à l'université, avec un salaire partiel, qui leur permet d'enseigner tout en ayant du temps protégé, ou des personnes qui travaillent selon un modèle mixte de rémunération plutôt que le modèle purement du paiement à l'acte. C'est ainsi que le système et les personnes qui en font partie s'y sont adaptés.

Par exemple, une consultation d'un nouveau patient envoyé à un spécialiste en gériatrie dure au moins une heure et demie, pendant laquelle on recueille notamment les historiques connexes : l'histoire de la famille et du patient, l'examen de l'état mental, un examen physique complet, une évaluation fonctionnelle, puis on met tout cela ensemble et on parle au patient.

Nous entendons constamment parler de très brèves visites médicales, d'une durée de dix et 15 minutes. La réalité, c'est qu'il faut prendre son temps pour le faire correctement. Cela n'attire que certaines personnes.

Cependant, je devrais souligner que dans les études de recherche faites tant au Canada qu'aux États-Unis, paradoxalement, le plus haut niveau de satisfaction professionnelle est relevé chez les spécialistes en gériatrie.

**Le sénateur Mercer :** Docteur Robertson, vous avez dit avoir participé à une étude, en 1981, qui prévoyait qu'il nous faudrait 550 spécialistes pour l'année 2000. Où en sommes-nous maintenant?

**Dr Robertson :** Le nombre de personnes qui ont obtenu le certificat de compétence spécialisée du Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada est d'environ 200 actuellement.

En 1981, quand j'ai reçu mon certificat, nous étions six. Nous avons été les six premiers. Selon la perspective que l'on prend, ça a été fantastique. Nous sommes bien plus nombreux.

De ce groupe, certains sont profondément engagés dans la recherche, d'autres sont hors du pays, et d'autres encore ne pratiquent pas la gériatrie à temps plein. Il est difficile de comptabiliser les ETP, mais il y a probablement environ 150 équivalents temps plein qui pratiquent la gériatrie dans le pays. Il nous reste au moins un tiers du chemin à parcourir pour atteindre notre but.

**Le sénateur Mercer :** Nous sommes en crise. Il vous manque 400 médecins, si on se fie à votre chiffre de 150, ce qui est probablement assez raisonnable dans les circonstances, en éliminant certaines personnes comme vous l'avez fait dans votre

enrolments, I have no idea what they were thinking. It is the old saying: You cut off your nose to spite your face. You said that you thought it was probably worse in the nursing field.

How do we get more people into medical school, and then to study geriatrics? If they are not in medical school first, we will not get them to specialize in anything. In addition, how do we solve the nursing problem?

Creative thinking is needed on how to attract young people into the profession of nursing. It is an honourable profession, a wonderful profession and, as we all agree, vital to a healthy society. There has to be some answers. How do we go into high schools and into community colleges and say, "Think of a career in medicine either as a doctor or as a nurse"?

A young man in this city, a friend of mine who has achieved excellent marks from the University of Victoria, has gone back and upgraded and then applied to medical schools across this country time and time again. He is a wonderful young man, and I think he would make a terrific doctor from the personality side; I cannot assess his academics — he gets no interviews. People want to go into the profession. How do we fix this?

**Dr. Robertson:** I am not sure that there is an easy fix to this one. I spend a lot of time hanging around universities, and I am not as close as I used to be to the current thinking around this. However, if we look at the number of physicians per capita from Canada and other Organisation for Economic Co-operation and Development, OECD, countries, we are less than halfway down the list in terms of numbers.

Certain functions that physicians are performing in practice, in a well-organized system, could be done by other individuals within the system, but then we are talking about a shortage of nurses as well.

Clearly it involves, as you said, going back to the high schools, getting people to understand that these are interesting, valuable professions to follow. A short-term fix would be to encourage and incentive the nurses and physicians who are currently in practice to stay in practice until new individuals are trained and recruited within the system. As a longer-term fix, a person moving into a profession such as this where there is a long training period has to have some sense of the career plan that they may follow.

In the last couple of decades, we have seen instances of dramatic cuts, particularly to nurses in other provinces, that have resulted in a wholesale migration of well-trained nurses to other countries. It seems we have to take a longer view to understand

évaluation. Quand les gouvernements ont restreint le nombre d'inscriptions dans les écoles de médecine, je me demande bien ce qu'ils avaient dans la tête. Il y a un vieil adage où il est question de couper la branche sur laquelle on est assis. Vous avez dit penser que c'était probablement encore pire dans le domaine des soins infirmiers.

Comment pouvons-nous faire entrer plus de monde dans les écoles de médecine, et choisir la spécialisation de la gériatrie? S'ils ne sont pas d'abord à l'école de médecine, nous ne pourrions pas les amener à se spécialiser en quoi que ce soit. De plus, comment résoudre le problème des soins infirmiers?

Il faut un peu de créativité pour trouver comment attirer les jeunes dans la profession infirmière. C'est une profession honorable, merveilleuse et, nous nous entendons tous là-dessus, vitale pour une société saine. Il faut des réponses. Comment pouvons-nous aller dans les écoles secondaires et collèges communautaires et dire : « Pensez à une carrière en médecine, soit comme médecin, soit comme infirmier ou infirmière »?

Un jeune homme d'ici, un de mes amis qui a obtenu d'excellentes notes à l'Université de Victoria, y est retourné pour en avoir d'encore meilleures puis a fait des demandes d'admission dans des écoles de médecine dans tout le pays à plusieurs reprises. C'est un jeune homme fantastique et je pense qu'il ferait un médecin fantastique, du moins au plan de sa personnalité; je ne pourrais pas savoir pour son rendement scolaire — il n'est convoqué à aucune entrevue. Il y a des gens qui veulent exercer cette profession. Comment corriger cela?

**Dr Robertson :** Je ne suis pas sûr qu'il existe de solution facile à ce problème. Je passe beaucoup de temps dans les universités, et je ne suis pas aussi au courant que je l'ai déjà été de ce que pensent les gens de cela. Cependant, si nous regardons le nombre de médecins par habitant du Canada et d'autres pays de l'Organisation de coopération et de développement économiques, l'OCDE, nous sommes dans la moitié inférieure de la liste.

Certaines fonctions qu'accomplissent les médecins en pratique, dans un système bien organisé, pourraient être remplies par d'autres membres du système, mais quand même, nous avons aussi une pénurie de personnel infirmier.

Il est clair que cela pousse, comme vous l'avez dit, à aller dans les écoles secondaires, pousser les jeunes à comprendre que ce sont des professions intéressantes et valables à exercer. Une solution à court terme serait d'encourager et d'inciter les infirmiers et infirmières et les médecins qui sont actuellement en pratique à le rester jusqu'à ce qu'on ait pu former et recruter des personnes dans le système. À plus long terme, une personne qui s'engage dans une profession comme celle-ci, avec une longue période de formation, a besoin d'avoir une idée du cheminement professionnel qu'elle pourrait suivre.

Depuis une vingtaine d'années, nous avons connu des coupures radicales, particulièrement parmi le personnel infirmier d'autres provinces, qui ont entraîné une migration en masse d'infirmiers et infirmières d'expérience vers d'autres pays. Il semble qu'il nous

that we are training individuals who will be required for a 30- or 40-year period within the health care profession.

That is a very unsatisfactory answer, I am afraid.

**Senator Mercer:** It is not unsatisfactory. It is a good assessment of the situation. One of the ways I have always looked at it is getting new people into the profession, expanding medical schools and opening new nursing schools, or, more importantly, opening old nursing schools that have been closed. Your suggestion of trying to keep doctors and nurses working is a very good one, and I am not sure that we have the answer to the incentives that are needed.

As we know, geriatrics can be physically demanding for nurses because of the frailty of the patients. We are talking about keeping people in the profession who are probably toward the end of their careers, so they themselves have aged and have the bangs and bruises that we all get as we age — people the same as me with artificial knees and so on. If we keep them in the profession, then it frees up other nurses that could do the geriatric side of the profession.

**Dr. Robertson:** Some technical fixes can be done. For example, heavy lifting is a problem for nurses. Many facilities now are installing ceiling-mounted lifts that will assist them with that.

We could take it a step further and look at the potential for technology to create safe living environments for individuals that could be monitored from a distance. Ideally, we will have more human interaction, but if we cannot get that, we should look at the possibilities of smart houses or smart living units in which monitoring is carried out, for example, to detect whether the patient falls. Now we wait for them to be able to find their alert button, press it, and summon help. If we have a seismic detector in the floor, one could detect a change in the pattern that would enable people to send a responder if someone has fallen. There are a number of examples such as that, where, if we were imaginative, we could probably identify ways to deliver care better and perhaps more effectively.

**Senator Cordy:** Friends of mine who are nurses in their fifties are asking to get out of there. They are short-staffed in the hospitals. People who are in the hospitals are now sicker than they used to be because as soon as they start to feel better, they are discharged. These nurses are being phoned on their days off to go in to work, and they are counting down to retirement, which is truly unfortunate, but we certainly understand why.

faillie adopter une perspective à plus long terme pour comprendre que nous sommes en train de former des personnes dont nous aurons besoin ces trente ou quarante prochaines années dans la profession de la santé.

Je crains bien que ce soit là une réponse très peu satisfaisante.

**Le sénateur Mercer :** Elle n'est pas insatisfaisante. C'est une bonne évaluation de la situation. L'angle sous lequel j'ai toujours vu la situation, c'est qu'il faut faire entrer du nouveau monde dans la profession, agrandir les écoles de médecine et ouvrir des écoles de sciences infirmières ou, plus important encore, rouvrir les anciennes écoles de sciences infirmières qui ont été fermées. Votre suggestion d'essayer de faire que les médecins et infirmiers et infirmières qui travaillent continuent de travailler est bonne, et je ne suis pas sûr que nous ayons la réponse quant aux incitatifs qu'il faudrait.

Nous savons que la gériatrie peut être exigeante au plan physique pour le personnel infirmier en raison de la fragilité des patients. Nous parlons de maintenir dans la profession des gens qui parviennent probablement à la fin de leur carrière, alors ils ont eux-mêmes vieilli et souffrent des maux et les blessures que nous avons tous en vieillissant — des gens qui, comme moi, ont des genoux artificiels, notamment. Si nous les gardons en poste, cela libère d'autres infirmiers et infirmières qui pourraient s'occuper du volet gériatrique de la profession.

**Dr Robertson :** Il serait possible d'apporter quelques correctifs techniques. Par exemple, le soulèvement de lourdes charges pose un problème pour le personnel infirmier. Bien des établissements installent maintenant des mécanismes de levage au plafond pour les aider.

Nous pourrions aller un peu plus loin et examiner le potentiel technologique pour créer des environnements de vie sécuritaire pour les personnes dont on pourrait assurer le contrôle à distance. Idéalement, nous aurons plus d'interaction humaine, mais si nous ne pouvons pas y arriver, nous devrions envisager les possibilités de maisons intelligentes ou de modules d'habitation intelligents où il serait possible d'assurer un contrôle, par exemple, pour savoir si le patient fait des chutes. Maintenant, nous attendons qu'ils trouvent le bouton d'alerte et qu'ils l'actionnent pour appeler à l'aide. Si nous avons un capteur sismique au sol, il serait possible de déceler un changement dans les habitudes, ce qui permettrait d'envoyer un intervenant si quelqu'un fait une chute. Il y a d'autres exemples comme celui-là qui font qu'avec un peu d'imagination, nous pourrions probablement trouver des moyens de fournir des soins plus efficacement et probablement avec plus d'efficacité.

**Le sénateur Cordy :** J'ai des amis infirmiers et infirmières dans la cinquantaine qui veulent sortir de là. Les hôpitaux manquent de personnel. Les patients, dans les hôpitaux, sont maintenant plus malades qu'avant parce que dès qu'ils commencent à aller mieux, on les renvoie chez eux. Ces infirmiers et infirmières se font rappeler au travail pendant leurs jours de congé, et ils comptent les jours qui les séparent de la retraite, ce qui est vraiment malheureux, mais nous pouvons certainement comprendre pourquoi.

In answering a question of Senator Carstairs you talked about post-acute care. You went over it quickly, and I was scrambling. You talked about assessments sometimes being made a little too quickly, you thought, so that people are perhaps put in assisted living when maybe they could go home. Would you mind repeating that?

**Dr. Robertson:** One of the features of many other countries' systems is the provision of a range of post-acute care that recognizes that a hospital is actually a good place to be if one needs all of the things that a hospital does. However, it is not a particularly good place to be if one requires long-term care, or palliative care for that matter. Specialized units are there to focus on what it is that they need to do.

For example, in the United States, many of the nursing homes are not entirely long-term care facilities. At least half of their beds are for individuals who come in and go home. These are often linked in what is called vertical integration with acute care hospitals in order that a patient may go in for surgery, may go in for an acute illness, and stay a very short period of time. Only when they are physiologically quite unstable and actually need the intensive medical and nursing care that can only be provided easily in an acute care hospital, then, as rapidly as possible, they are transferred to nursing homes. However, we might not recognize them as nursing homes because many of them will provide five or six hours of nursing care per person per day as opposed to the two hours or three hours that might be provided in our nursing homes for long-term care.

The intent of admitting those people to those facilities is that they are restored to health and function and discharged home as soon as is practical.

This would include convalescence, which is basically that people are just given time to improve; it may include what we call geriatric rehabilitation, which is a little different from standard rehabilitation. The reality is, if you are providing rehabilitative services for people over the age of 85, at least a third will have significant cognitive impairment and many more will have some mild cognitive impairment. Many of those individuals are not seen as prime candidates for rehabilitative services, which are focused more on younger, fitter people with shorter lengths of stay.

A unit that accepted that a person with multiple chronic illnesses is medically a bit unstable, could in two months improve their function to the point that they could return to either their home or to a lesser level of care than they might require, would put that person into a geriatric rehabilitation unit. A few of these resources are available in Canada, but fewer than are needed at

En réponse à une question du sénateur Carstairs, vous avez parlé de soins postactifs. Vous en avez parlé très rapidement, et j'essayais de vous comprendre. Vous avez dit qu'il arrive que les évaluations soient faites un peu trop vite, selon vous, alors des gens sont mis en résidence-services quand ils pourraient peut-être rentrer chez eux. Pourriez-vous m'expliquer encore cela?

**Dr Robertson :** L'une des caractéristiques des systèmes de bien d'autres pays est qu'ils offrent un large éventail de soins postactifs en reconnaissance du fait qu'un hôpital est le lieu où il faut être quand on a besoin de tous ces services qu'offre un hôpital. Cependant, ce n'est pas particulièrement l'endroit où il faut être quand on a besoin de soins de longue durée, ou même de soins palliatifs, d'ailleurs. Des unités spécialisées existent pour se concentrer exactement sur ce qui doit être fait.

Par exemple, aux États-Unis, bien des centres pour personnes âgées ne sont pas entièrement des établissements de soins de longue durée. Au moins la moitié de leurs lits sont pour des personnes qui viennent faire un séjour puis retournent chez elles. Ces places sont souvent liées à ce qui est appelé l'intégration verticale avec les établissements de soins actifs afin qu'un patient puisse être admis pour une opération ou pour une maladie aiguë, et n'y rester qu'une courte période. Les patients n'y sont admis que quand ils sont physiologiquement instables et qu'ils ont vraiment besoin de soins médicaux et infirmiers intensifs ne pouvant être fournis facilement que dans le contexte des soins actifs, et ensuite, aussitôt que possible, ils sont transférés dans les établissements de soins de longue durée. Cependant, il se peut que nous ne les reconnaissons pas comme des établissements de soins de longue durée, parce que beaucoup d'entre eux fournissent cinq ou six heures de soins infirmiers par personne par jour comparativement aux deux ou trois heures de soins qui peuvent être fournis dans nos propres établissements de soins de longue durée.

Le but, quand on admet ces gens dans ces établissements, est de les ramener à la santé et qu'ils puissent fonctionner et retourner chez eux dès que c'est possible et faisable.

Cela comprendrait la convalescence, c'est-à-dire en fait qu'on laisse le temps au patient de se rétablir; ces soins peuvent comprendre des soins que l'on appelle de réadaptation gériatrique, qui sont un peu différents de la réadaptation normale. La réalité, c'est que si on fournit des services de réadaptation à des personnes âgées de plus de 85 ans, au moins un tiers d'entre elles auront des troubles cognitifs profonds, et bien d'autres encore auront des troubles cognitifs légers. Un grand nombre de ces gens ne sont pas considérés comme des candidats idéaux pour les services de réadaptation, qui sont plus axés sur les plus jeunes et plus en forme dont le séjour est plus court.

Une unité qui a accepté qu'un patient qui souffre de multiples troubles chroniques est médicalement un peu instable, qu'il pourrait en deux mois regagner assez d'autonomie pour pouvoir retourner chez lui ou avoir besoin de soins moins constants, pourrait décider de placer ce patient dans une unité de réadaptation gériatrique. Il existe quelques-unes de ces



the moment and will be needed in the future to meet the needs of this population.

Indeed, in the BCMA report entitled *Bridging the Islands: Re-Building BC's Home and Community Care System*, this group of services were excluded simply because they were different from the standard home and community care. The focus is not on maintenance but more on improvement. It is somewhere between acute care and long-term care.

**Senator Cordy:** Are you saying that they are not funded by our public health care system?

**Dr. Robertson:** They are simply not there.

**Senator Cordy:** They are not in Canada.

**Dr. Robertson:** Toronto has some geriatric rehabilitation units around the city, and there are some beds in Calgary, Edmonton and a few in Vancouver. Their numbers are very few in relation to the need. Most of them are not in long-term care facilities, they are either in rehabilitation hospitals or in sub-acute areas of acute care hospitals.

**Senator Cordy:** We are still doing the hospital-doctor model. We are not veering away from that at all under Canada's health plan.

**Dr. Robertson:** It is rehabilitative in the sense that it involves rehabilitation therapists, social workers, nurses, doctors and psychologists — a whole group of people. They could occur in acute care hospitals, but in terms of a more appropriate location, if you are planning discharge home, it might be in a community setting such as a long-term care facility with these additional resources added to it.

We had some experience of this in this city many years ago, and it continues to some extent. It is taking individuals usually after a serious acute illness, very often an episode of delirium or when they have had a sudden decline in their functional abilities or their ability to ambulate, and identifying within that group those individuals who have the potential to improve with time.

**Senator Cordy:** We talked about education in medical and nursing schools in terms of geriatrics. However, I believe it goes farther than just educating doctors, nurses and seniors and anyone working in the health care field. It requires educating the public as a whole because seniors are living in communities not in isolation. That is something that could be a federal impetus, that could come from the federal government. We have had the smoking cessation programs, which worked very effectively.

ressources au Canada, mais moins que ce qu'il nous faudrait actuellement et qu'il faudra dans le futur pour répondre aux besoins de cette population.

De fait, dans le rapport de la BCMA intitulé *Bridging the Islands : Re-Building BC's Home and Community Care System*, ce groupe de services a été exclu simplement parce qu'il était différent des soins standards à domicile et dans la communauté. Le point de mire n'est pas sur le maintien mais plutôt sur l'amélioration. C'est quelque chose qui se situe entre les soins actifs et les soins de longue durée.

**Le sénateur Cordy :** Voulez-vous dire par là que vous n'êtes pas financés par notre système de santé public?

**Dr Robertson :** Ils n'existent tout simplement pas.

**Le sénateur Cordy :** Ils n'existent pas au Canada.

**Dr Robertson :** Toronto a quelques unités de réadaptation gériatrique dans la ville, et il y a des lits à Calgary, Edmonton et quelques-uns à Vancouver. Leur nombre est très limité comparativement aux besoins. La plupart ne sont pas dans des établissements de soins de longue durée, ni dans des centres de réadaptation ou des secteurs de soins pour affections subaiguës des établissements de soins actifs.

**Le sénateur Cordy :** Nous fonctionnons encore avec le modèle hôpital-médecin. Nous ne nous en éloignons absolument pas avec le régime de santé du Canada.

**Dr Robertson :** C'est réadaptatif dans le sens qu'il faut des thérapeutes en réadaptation, des travailleurs sociaux, des infirmiers et infirmières, des médecins et des psychologues — tout un groupe de personnes. Elles pourraient être dans les centres de soins actifs, mais en termes d'emplacement plus approprié, si vous envisagez un centre de convalescence, ce pourrait être dans un contexte communautaire, comme un établissement de soins de longue durée doté de ces ressources additionnelles.

Nous en avons un peu fait l'expérience il y a longtemps, et elle se poursuit dans une certaine mesure. Ce centre prend des patients, généralement, après une maladie aiguë grave, très souvent accompagnée d'un épisode de délire ou quand il y a chute soudaine des habiletés fonctionnelles ou de la mobilité, et il identifie dans ce groupe les personnes qui ont un potentiel d'amélioration avec le temps.

**Le sénateur Cordy :** Nous avons parlé d'enseignement de la gériatrie dans les écoles de médecine et de sciences infirmières. Cependant, je pense qu'il s'agit plus que de seulement éduquer les médecins, les infirmiers et infirmières et les personnes âgées et quiconque travaille dans le domaine de la santé. Il faut éduquer le public dans l'ensemble parce que les aînés vivent dans des communautés, pas en isolement. C'est quelque chose que le gouvernement fédéral pourrait stimuler, qui pourrait venir de lui. Nous avons eu des programmes de renoncement au tabac qui ont été très efficaces.

We have heard from seniors who may be abused financially, but also physically and sexually and in other ways. Seniors are very embarrassed to tell people about it because they think that they are doing something wrong or that they will be isolated from a family member or caregiver.

How would such a program work nationally, and who should be the targets?

**Dr. Robertson:** I am not certain how it would work nationally. However, education should include future planning but not just future care planning.

Many of us approach old age perhaps with a rosy view or an inappropriately pessimistic view, and to give people information about what might reasonably be expected as we age could well be part of one of your recommendations with respect to educating people about ageism. Changes occur as we age that we should know about that will ultimately, if we live long enough, affect our functional abilities. Thinking ahead and making arrangements with respect to financial management and health care decisions are ways of protecting oneself against the issues of financial abuse of elders that you heard about yesterday. Failure to make those advanced planning decisions renders people vulnerable.

Would getting information ensure that everyone would follow that? I doubt it. Tools could be developed to help people work through the advance planning decisions they need to make. That is something that could be a federal initiative as well.

I would like to speak to the issue of planning, which is in your interim report. In the BCMA report, although the BCMA is a strong advocate for a strong public health care system, the recommendation for a tax advantage savings system for chronic illness in old age is included — and I see that you have that as one of the potential recommendations in your report. I would tie that to this as well. You deal with ageism, which is pervasive; we all know that. One deals with the advance planning that needs to be made in anticipation of living a full human lifespan, what one might reasonably expect in the later years of life and how one prepares for that. It is preparation in terms of one's personal and financial decisions. That could be put together as a positive way of giving people the information and tools needed to proactively think about where they will live.

I deal with this frequently when individuals are at a point where they can no longer safely drive. If they are living in a location that is remote from public transport, if they have not anticipated that sometime in their late eighties or nineties they may have to stop driving and are living in a location that they are reluctant to move from, that places them in a very difficult situation.

Nous avons entendu parler de personnes âgées qui pourraient être victimes d'abus financiers, mais aussi d'abus physiques et sexuels d'autres sortes. Les aînés sont très gênés d'en parler parce qu'ils pensent qu'ils font quelque chose de mal et qu'ils seront isolés d'un proche ou d'un soignant.

Comment un tel programme pourrait-il fonctionner à l'échelle nationale, et qui devrait-il cibler?

**Dr Robertson :** Je ne sais pas vraiment comment il pourrait fonctionner à l'échelle nationale. Cependant, l'éducation devrait comprendre la planification de l'avenir, et non pas seulement la planification des soins pour l'avenir.

Bon nombre d'entre nous envisagent la vieillesse avec un certain optimisme ou peut-être avec un pessimisme injustifié, et il se pourrait bien qu'un élément de l'une de nos recommandations consisterait à renseigner les gens sur ce à quoi ils peuvent raisonnablement s'attendre en vieillissant, en ce qui concerne l'éducation de la population sur le vieillissement. Des changements surviennent quand on vieillit, dont on devrait savoir qu'en bout de ligne, si nous vivons assez vieux, ils auront une incidence sur nos habiletés fonctionnelles. L'adoption de mesures de prévoyances et les arrangements en ce qui concerne la gestion des finances et les décisions en matière de santé sont des moyens de se protéger contre les problèmes d'abus financiers des aînés dont vous avez entendu parler hier. En ne prenant pas à l'avance ces décisions préventives, les gens se rendent vulnérables.

Est-ce que le fait de les informer garantirait que tout le monde le ferait? J'en doute. Des outils pourraient être conçus pour aider les gens à prendre les décisions de planification qu'il leur faut prendre. C'est quelque chose qui pourrait aussi se faire dans le cadre d'une initiative fédérale.

J'aimerais parler de la question de la planification, dont traite votre rapport intérimaire. Dans le rapport de la BCMA, bien que la BCMA soit un ferme défenseur d'un solide régime de santé public, il y a une recommandation de système d'économies par les avantages fiscaux pour les personnes âgées souffrant de maladie chronique — et je vois que vous l'avez retenue comme recommandation potentielle pour votre rapport. Je ferais aussi le lien avec ceci. Vous parlez du vieillissement, qui est envahissant, nous le savons tous. On parle de la planification qu'il faut faire en prévision d'une longue vie, de ce à quoi l'on peut raisonnablement s'attendre vers la fin de la vie, et il faut se préparer pour cela. C'est une préparation en termes de décisions personnelles et financières. Cela pourrait être présenté comme une manière de munir les gens des renseignements et des outils nécessaires pour réfléchir de manière proactive à l'endroit où ils vivront.

J'ai souvent affaire à cela quand des patients en arrivent au point où ils ne peuvent plus conduire en toute sécurité. S'ils vivent dans un endroit où il n'y a pas de transport public, s'ils n'ont pas prévu, à un moment donné, à l'approche des 90 ans ou au début de cette décennie, qu'il leur faudrait cesser de conduire alors qu'ils vivent en un lieu isolé qu'ils sont réticents à quitter, cela les met dans une situation très difficile.

We should all recognize that at some point all of us will have to face a decision about our continued ability to drive. The location in which we live is an important part of that decision. We can recognize that in advance and take the steps that are required to anticipate that.

**The Chair:** I will end with an interesting concept, and I would like to have your views on it.

It was health economists who told us, in 1991, that we were training too many physicians. It was people other than physicians who told us this. We all bought that and cut enrolment in medical schools across the country. We certainly have lots of people applying for medical schools, but we are not taking nearly as many in as we could.

It has been suggested that maybe we are overeducating physicians. In Britain, you can go to medical school after your A-levels, so you are about 19 years of age. In Quebec you can go after two years of Cégep, which means you are also 19 years of age. In the rest of Canada, we are, for the most part, not taking people until after their bachelor of science and, in some cases, their masters of science.

Do we need to do that? Is there something wrong with the Canadian English-speaking student that we could not start training them in medical school at the age of 19?

**Dr. Robertson:** As someone that entered medical school at 18 and came to Canada in 1966, yes, it is possible to do that.

Some would argue that there has been a change in the educational system as well. I know Britain, while you can technically enter medical school at the age of 19, many more individuals are entering now than used to be the case with at least one degree. In Britain, medical schools are a five-year program, or six years in some places, as opposed to the four and, in some places, three years in Canada.

It rather depends on what people expect from their physicians. The amount of knowledge that is required to demonstrate basic competence continues to increase. The amount of knowledge that one has to replace in order to maintain continued competence is significant, and certainly life-long learning and knowledge transfer can be valuable.

The University of Calgary and McMaster University have three-year programs, as you well know, and their graduates do not seem to be at any significant disadvantage having done shorter programs.

In a competitive, restricted market, where it is very difficult to judge personal attributes in an interview, grade point average and degrees are less subjective measures that are used, at least in part, to make decisions about entry into medical school.

**The Chair:** I know there were 24,000 applications for the first-year class at McMaster University this year. All of the applicants had degrees. It was not a lack of ability, simply a lack of places.

Nous devrions tous reconnaître qu'à un moment donné, nous serons confrontés à une décision sur notre capacité de continuer de conduire. L'endroit où nous vivons est un facteur important dans cette décision. Nous pouvons le reconnaître à l'avance et prendre les mesures nécessaires en prévision de cela.

**La présidente :** Je terminerai sur une théorie intéressante, et j'aimerais savoir ce que vous en pensez.

Ce sont des économistes du domaine de la santé qui nous ont dit, en 1991, que nous formions trop de médecins. Ce ne sont pas des médecins qui nous ont dit cela. Nous les avons tous crus, et nous avons réduit les inscriptions dans les écoles de médecine de tout le pays. Nous recevons, c'est certain, beaucoup de candidatures à l'admission dans les écoles de médecine, mais nous sommes loin d'en admettre autant que nous le pourrions.

On a entendu dire que nous en enseignons trop aux médecins. En Grande-Bretagne, on peut entrer à l'école de médecine après le bac, soit à l'âge de 19 ans. Au Québec, on peut y entrer après deux années de Cégep, soit aussi à 19 ans. Dans le reste du Canada, pour la plupart, nous n'acceptons pas d'étudiants avant qu'ils aient obtenu un baccalauréat en sciences et même, dans certains cas, une maîtrise en sciences.

Est-ce que c'est nécessaire? Y a-t-il quelque chose qui cloche avec les étudiants anglophones du Canada qui fait qu'ils ne peuvent pas entamer leur formation médicale à l'âge de 19 ans?

**Dr Robertson :** Comme j'ai entamé mes études de médecine à l'âge de 18 ans et je suis arrivé au Canada en 1966, je dirais que oui, c'est possible.

D'aucuns parleraient des changements survenus dans le système d'éducation, aussi. Je sais qu'en Grande-Bretagne, bien qu'on puisse en principe entrer à l'école de médecine à 19 ans, il en rentre bien plus maintenant qu'auparavant qui sont déjà titulaires d'au moins un diplôme. En Grande-Bretagne, le programme des écoles de médecine dure cinq ans, ou six à certains endroits, comparativement à quatre, et parfois trois au Canada.

Cela dépend plutôt ce que les gens attendent de leurs médecins. La mesure des connaissances nécessaires pour faire la preuve d'une compétence de base continue d'augmenter. La quantité de connaissances qu'il faut renouveler pour entretenir son niveau de compétence est énorme, et il est certain que l'apprentissage permanent et le transfert du savoir peuvent être précieux.

Les Universités de Calgary et McMaster ont des programmes de trois ans, comme vous le savez bien, et leurs diplômés ne semblent pas être particulièrement désavantagés pour avoir suivi un programme plus court.

Sur un marché compétitif et restreint, où il est très difficile de juger des caractéristiques personnelles lors d'une entrevue, la moyenne pondérée cumulative et les diplômes sont des mesures moins subjectives employées, du moins en partie, pour prendre les décisions d'admission à l'école de médecine.

**La présidente :** Je sais que l'Université McMaster a reçu cette année 24 000 demandes d'admission. Tous les candidats avaient des diplômes. Il ne manquait pas de compétences mais simplement de places.

Thank you very much for being with us this afternoon.  
The committee adjourned.

Je vous remercie de votre présence parmi nous cet après-midi.  
La séance est levée.

---

**Thursday, June 5, 2008 (afternoon session)**

*As individuals:*

Carol Pickup, South Island Health Coalition;  
Judith Cameron, Executive Director, Fairfield Activity Centre;  
Dale Perkins, Minister, United Church of Canada, Victoria  
Presbytery;  
Elfreda Schneider;  
Judith Johnson.

*BC Medical Association:*

Dr. Duncan Robertson, Geriatrics and Palliative Care.

**Le jeudi 5 juin (séance de l'après-midi)**

*À titre personnel :*

Carol Pickup, South Island Health Coalition;  
Judith Cameron, directrice générale, Fairfield Activity Centre;  
Dale Perkins, ministre du culte, Église Unie du Canada, presbytère  
de Victoria;  
Elfreda Schneider;  
Judith Johnson.

*BC Medical Association :*

Dr Duncan Robertson, gériatrie et soins palliatifs.



*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

**Thursday, June 5, 2008 (morning session)**

*Council of Senior Citizens' Organizations of British Columbia:*

Gudrun Langolf, Director.

*B.C. Retired Teachers' Association:*

Cliff Boldt, Director;

Reg Miller, Member of the Advocacy Committee.

*Family Caregivers' Network Society:*

Barbara MacLean, Executive Director.

*BC Seniors Living Association:*

Seona Stephen, Vice President.

*Vancouver Island Health Authority:*

Dr. Michael Cooper, Division Head of Geriatric Psychiatry;

Dr. Marianne McLennan, Director, Seniors, End of Life and  
Spiritual Health.

*Saanich Peninsula Health Association:*

Lyne England, Chair.

*(Continued on previous page)*

TÉMOINS

**Le jeudi 5 juin 2008 (séance du matin)**

*Council of Senior Citizens' Organizations of British Columbia :*

Gudrun Langolf, directrice.

*B.C. Retired Teachers' Association :*

Cliff Boldt, directeur;

Reg Miller, membre du comité de parrainage.

*Family Caregivers' Network Society :*

Barbara MacLean, directrice générale.

*BC Seniors Living Association :*

Seona Stephen, vice-présidente.

*Autorité sanitaire de l'île de Vancouver :*

Dr Michael Cooper, chef de division de la psychiatrie gériatrique;

Dre Marianne McLennan, directrice, aînés, Fin de la vie et santé  
spirituelle.

*Saanich Peninsula Health Association :*

Lyne England, présidente.

*(Suite à la page précédente)*