

EVIDENCE

OTTAWA, Wednesday, June 10, 2020

The Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology met by videoconference this day at 11:30 a.m. [ET] to study the government's response to the COVID-19 pandemic.

Senator Chantal Petitclerc (*Chair*) in the chair.

[*English*]

The Chair: Honourable senators, before we begin, I would like to remind you of a few items.

First, senators are asked to have their microphones muted at all times unless recognized by name by the chair and will be responsible for turning their microphones on and off during the meeting.

Before speaking, please wait until you are recognized by name. Once you have been recognized, please pause for a few seconds to let the audio signal catch up to you. When speaking, please speak slowly and have the microphone close to your mouth. If you have chosen an interpretation channel, I also ask that members speak only in the language of the channel.

Should any technical challenges arise, particularly in relation to interpretation, please signal this to the chair, and the technical team will work to resolve the issue. If you experience other technical challenges, please contact the committee clerk with the technical assistance number provided.

Zoom screens should not be copied, recorded or photographed.

Finally, please note that if the committee decides to go in camera, the use of online platforms does not guarantee speech privacy or that eavesdropping will not be conducted. As such, all participants should be aware of such limitations and restrict the possible disclosure of sensitive, private and privileged Senate information.

Participants should know to do so in a private area, and to be mindful of their surroundings so they do not inadvertently share any personal information or information that could be used to identify their location.

Good morning, everyone. Welcome to the Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology.

TÉMOIGNAGES

OTTAWA, le mercredi 10 juin 2020

Le Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie se réunit aujourd'hui, à 11 h 30 (HE), par vidéoconférence, pour étudier la réponse du gouvernement à la pandémie de la COVID-19.

La sénatrice Chantal Petitclerc (*présidente*) occupe le fauteuil.

[*Traduction*]

La présidente : Honorables sénateurs, avant de commencer, j'aimerais vous rappeler quelques points.

D'abord, vous êtes priés de mettre votre micro en sourdine en tout temps, sauf lorsque je vous désignerai par votre nom. Vous devez allumer et éteindre votre micro vous-mêmes pendant la réunion.

Avant de prendre la parole, veuillez attendre qu'on vous nomme. Une fois que vous aurez obtenu la parole, veuillez faire une pause de quelques secondes pour laisser le signal sonore s'établir. Lorsque vous parlez, faites-le lentement en gardant le micro près de votre bouche. Si vous avez choisi un canal d'interprétation, je vous demande de vous exprimer uniquement dans la langue du canal en question.

En cas de difficultés techniques, particulièrement en ce qui concerne l'interprétation, veuillez le signaler à la présidence, et l'équipe technique tâchera de régler le problème. Si vous éprouvez d'autres difficultés techniques, veuillez communiquer avec le greffier du comité au moyen du numéro d'assistance technique qui vous a été fourni.

Les écrans Zoom ne doivent pas être copiés, enregistrés ou photographiés.

Enfin, veuillez noter que, si le comité décide de siéger à huis clos, l'utilisation de plateformes en ligne ne garantit pas la confidentialité des échanges et ne protège pas contre l'écoute clandestine. Les participants doivent donc garder ce risque présent à l'esprit et limiter les possibilités de divulgation de renseignements confidentiels, privés et privilégiés du Sénat.

Quand il y a huis clos, les participants doivent s'assurer de se trouver dans un lieu privé et demeurer conscients de leur environnement afin d'éviter de communiquer par inadvertance des renseignements personnels ou des renseignements pouvant servir à les localiser.

Bonjour à tous. Bienvenue au Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie.

[Translation]

I'm Senator Chantal Petitelerc from Quebec. I'm the chair of this committee. It's our pleasure to be here this morning.

[English]

Before we give the floor to our witnesses, I would like to introduce the senators who are participating this morning in this meeting.

[Translation]

We're pleased to be joined by Senator Munson, Senator Seidman, Senator Forest-Niesing, Senator Miville-Dechéne, Senator Pate, Senator Bovey, Senator LaBoucane-Benson, Senator Griffin, Senator Dasko, Senator Manning, Senator Campbell, Senator Mégie, Senator Omidvar, Senator Poirier, Senator Moodie, Senator Kutcher and Senator Martin.

[English]

On April 11, 2020, the Senate adopted a motion to authorize the committee to study the government's response to the COVID-19 pandemic. Today is our fifth meeting.

Colleagues, the impact of COVID-19 on Canadian seniors has been devastating, with 80% of all COVID-19 related deaths in Canada being residents of long-term care facilities. Today, the committee will hear from witnesses representing long-term care facilities and seniors' interests.

[Translation]

I'd now like to introduce our first witnesses for this morning. We're joined by Jodi Hall, Chair of the Canadian Association for Long Term Care; Dr. Réjean Hébert, Professor and Geriatrician at the University of Montreal's School of Public Health; and Carole Estabrooks, Adjunct Professor at the University of Alberta's Faculty of Nursing.

[English]

We will begin with opening remarks from our witnesses. The floor is yours, Ms. Hall.

Jodi Hall, Chair, Canadian Association for Long Term Care: Members of the committee, I want to thank you for inviting me to appear before you today to discuss Canada's long-term care sector and the work we have been doing to respond to COVID-19. I am the chair of the Canadian Association for Long Term Care, also known as CALTC. As the

[Français]

Je m'appelle Chantal Petitelerc, sénatrice du Québec et présidente de ce comité. C'est avec grand plaisir que nous sommes ici ce matin.

[Traduction]

Avant de céder la parole à nos témoins, j'aimerais vous présenter les sénateurs qui participent à la réunion ce matin.

[Français]

Nous avons le plaisir d'avoir parmi nous le sénateur Munson, la sénatrice Seidman, la sénatrice Forest-Niesing, la sénatrice Miville-Dechéne, la sénatrice Pate, la sénatrice Bovey, la sénatrice LaBoucane-Benson, la sénatrice Griffin, la sénatrice Dasko, le sénateur Manning, le sénateur Campbell, la sénatrice Mégie, la sénatrice Omidvar, la sénatrice Poirier, la sénatrice Moodie, le sénateur Kutcher et la sénatrice Martin.

[Traduction]

Le 11 avril 2020, le Sénat a adopté une motion autorisant le comité à étudier la réponse du gouvernement à la pandémie de la COVID-19. Nous tenons aujourd'hui notre cinquième réunion sur cette question.

Chers collègues, l'impact de la COVID-19 sur les aînés canadiens a été dévastateur, les résidents d'établissements de soins de longue durée comptant pour 80 % de tous les décès liés à la COVID-19 au Canada. Aujourd'hui, le comité entendra des témoins représentant les établissements de soins de longue durée et les intérêts des aînés.

[Français]

Je vous présente tout de suite nos premiers témoins pour ce matin. Nous accueillons Mme Jodi Hall, présidente de l'Association canadienne des soins de longue durée, le Dr Réjean Hébert, professeur et médecin gériatre à l'École de santé publique de l'Université de Montréal, ainsi que Mme Carole Estabrooks, professeure associée à la Faculté des sciences infirmières de l'Université de l'Alberta.

[Traduction]

Nous allons commencer par les déclarations liminaires de nos témoins. La parole est à vous, madame Hall.

Jodi Hall, présidente, Association canadienne des soins de longue durée : Mesdames et messieurs les membres du comité, je tiens à vous remercier de m'avoir invitée à comparaître devant vous aujourd'hui pour discuter du secteur des soins de longue durée du Canada et du travail que nous avons fait pour répondre à la COVID-19. Je suis la présidente de l'Association canadienne

leading voice for quality long-term care in Canada, our members deliver publicly funded health-care services for seniors right across the country.

I want to start by acknowledging the seniors who have died as a result of the COVID-19 outbreaks. Our hearts are with their families. Certainly I know that you'll join me in extending our sincerest condolences to them.

I also want to take this opportunity to thank all of the front-line workers who are continuing to provide very compassionate and skilled care to Canada's seniors in this very trying circumstance.

It is important that we take the time to reflect, but I know that we will find that the impact of COVID-19 in long-term care homes could have been mitigated if governments had been proactive in supporting the sector prior to the outbreak.

Some of the challenges that I'll be discussing today have been exacerbated by COVID-19, but really they represent systemic issues, and our members have been raising these challenges for many years.

I want to be clear. COVID-19 doesn't care about the funding model of a home. All types of homes have been affected by this virus, and each has had a different experience. This has been an extraordinarily difficult and painful time for everyone involved, including the residents, their families, the frontline staff and for those who operate these homes.

Right now, our efforts as a nation should be focused on supporting long-term care homes in outbreak, so we can help them stabilize their situation.

Differences in experience with this virus are based on a range of factors. These factors include aging infrastructure, the staffing situation both pre-outbreak and during an outbreak, and how rapidly the homes have been able to access PPE and other supports.

In the early days of the pandemic, testing, cohorting and infection control measures were largely focused on seniors and caregivers who showed symptoms. Infection control experts and public health scientists now understand that asymptomatic carriers can also be highly contagious and the incubation period for the COVID-19 infection is far longer than other viruses. As a result, homes that were affected by the virus early seem to have been hit the hardest.

des soins de longue durée, souvent appelée l'ACSLD. Champions de la qualité des soins de longue durée au Canada, nos membres fournissent des services de soins de santé subventionnés par l'État aux personnes âgées partout au pays.

Je tiens d'abord à saluer les personnes âgées qui ont été victimes de la COVID-19. Nous sommes de tout cœur avec leurs familles. Je ne doute pas que vous vous joindrez à moi pour leur offrir nos plus sincères condoléances.

Je profite également de l'occasion pour remercier tous les travailleurs de première ligne qui continuent d'offrir avec compassion et compétence des soins aux aînés du Canada dans ces circonstances très éprouvantes.

Il est certes important que nous prenions le temps de réfléchir, mais je sais que nous en viendrons à constater que l'impact de la COVID-19 dans les foyers de soins de longue durée aurait été moindre si les gouvernements s'étaient montrés proactifs en appuyant le secteur avant la pandémie.

Certains des défis dont je vais parler aujourd'hui ont été exacerbés par la COVID-19, mais il s'agit en fait de problèmes systémiques, et nos membres en font état depuis de nombreuses années.

Je veux que les choses soient claires. La COVID-19 ne fait pas la distinction entre les différents modèles de financement des foyers. Tous les types de foyers ont été touchés par ce virus, et chacun a vécu une expérience différente. Ce fut une période extrêmement difficile et douloureuse pour toutes les personnes concernées, y compris les résidents, leurs familles, le personnel de première ligne et ceux qui exploitent ces foyers.

À l'heure actuelle, nos efforts en tant que pays devraient être axés sur le soutien des foyers de soins de longue durée en cas d'éclosion, afin de pouvoir les aider à stabiliser la situation.

L'expérience vécue a été différente d'un foyer à l'autre, et cette différence tient à un éventail de facteurs, notamment le vieillissement de l'infrastructure, la situation du personnel avant et pendant l'éclosion et la rapidité avec laquelle les foyers ont pu avoir accès à de l'EPI et à d'autres soutiens.

Au début de la pandémie, les tests de dépistage, le regroupement en cohortes et les mesures de contrôle des infections étaient principalement axés sur les personnes âgées et les soignants qui présentaient des symptômes. Les spécialistes de la lutte contre les infections et les scientifiques de la santé publique comprennent maintenant que les porteurs asymptomatiques peuvent également être très contagieux et que la période d'incubation du coronavirus est beaucoup plus longue que celle d'autres virus. Par conséquent, les foyers touchés au début de la pandémie semblent avoir été les plus durement frappés.

I also want to outline how care is provided in a home. Any and all care that is provided in a long-term care home — whether that care is provided by a doctor or nurse or other health care provider — is part of the provincial funding that is provided to these homes. Each province regulates the long-term care sector a bit differently, but generally, homes receive a funding envelope for care, programming and staffing. So if we use Ontario as an example, the government funds all long-term care homes with highly prescriptive expenditures, which are audited through an annual reconciliation process.

Every dollar for nursing and personal care, programs and food are earmarked for that area, and if dollars are not spent, they have to be returned to the province. In short, there is no profit on any of these funding envelopes.

I will now elaborate on the systemic problems relating to long-term care infrastructure.

Many older homes still have three- and four-bed wards and do not have private rooms, making it a challenge to implement cohorting and isolation measures. Older homes generally have narrower hallways and often only one dining room on the main floor, both of which make it difficult to keep residents spaced apart.

On April 11, the Public Health Agency of Canada released an interim guidance document on infection prevention and control measures for long-term care homes. Some of the guidelines, such as restrictions to certain work zones and the use of single rooms for certain types of care are almost impossible given the layout of some of these older facilities and homes. Any existing outbreak management plan in a long-term care home, including the isolation of symptomatic residents, is hindered by inadequate space and layout availability.

We are seeing how devastating these infrastructure challenges can be during an outbreak. We know that there are at least 400 long-term care homes across the country that require updating to modern design standards. We know in Ontario alone that 50% of long-term care homes require significant renovations or rebuilding in order to meet the current design standards.

The other systemic challenge facing the sector is the ongoing health and human resources crisis. Due to the five-minute time constraint, I urge you to review our most recent pre-budget

Je veux aussi expliquer comment les soins sont assurés dans les foyers. Tous les soins fournis dans un foyer de soins de longue durée — qu'ils soient prodigués par un médecin, une infirmière ou un autre prestataire de soins de santé — dépendent du financement provincial accordé à ces foyers. Chaque province régit le secteur des soins de longue durée un peu différemment, mais, en règle générale, les foyers reçoivent une enveloppe budgétaire pour les soins, les programmes et la dotation en personnel. À titre d'exemple, le gouvernement de l'Ontario accorde à tous les foyers de soins de longue durée un financement sous forme de subventions hautement prescriptives, et les dépenses s'y rattachant font l'objet d'une vérification comptable au moyen d'un processus annuel de conciliation.

Chaque dollar consacré aux soins infirmiers et personnels, aux programmes ou à la nourriture est réservé à cette fin et les sommes non dépensées doivent être remises à la province. Cela signifie, en deux mots, qu'aucune de ces enveloppes budgétaires ne représente un profit.

Je vais maintenant parler des problèmes systémiques liés à l'infrastructure des soins de longue durée.

Beaucoup des plus vieux foyers n'ont pas de chambres à coucher privées, mais des chambres de trois ou de quatre lits, ce qui rend difficile la mise en application de mesures de regroupement en cohortes et d'isolement. Les vieux foyers ont généralement des couloirs plus étroits et, dans bien des cas, une seule salle à manger au rez-de-chaussée, ce qui fait qu'il est difficile de respecter la règle de la distanciation entre les résidents.

Le 11 avril, l'Agence de la santé publique du Canada a publié un document d'orientation provisoire sur les mesures de prévention et de contrôle des infections dans les foyers de soins de longue durée. Certaines des lignes directrices, comme les restrictions visant certaines aires de travail et l'utilisation de chambres individuelles pour certains types de soins, sont presque impossibles à respecter du fait de l'aménagement de certains des vieux établissements et foyers. Dans ces établissements, les plans existants de gestion de l'éclosion, y compris les mesures d'isolement des résidents symptomatiques, sont entravés par un manque d'espace et une disposition inadéquate des lieux.

Force nous est de constater à quel point ces problèmes d'infrastructure peuvent être catastrophiques pendant une pandémie. Nous savons qu'il y a, au pays, au moins 400 foyers de soins de longue durée où une mise à niveau est nécessaire pour satisfaire aux normes de conception modernes. Nous savons que, en Ontario seulement, 50 % des foyers de soins de longue durée auraient besoin de rénovations majeures ou d'une reconstruction pour être conformes aux normes de conception actuelles.

L'autre problème systémique auquel est confronté le secteur, c'est la crise, actuellement en cours, des ressources humaines et des ressources dans le domaine de la santé. Comme je ne dispose

document for an in-depth discussion on health and human resources. I will say that through the leadership of the federal government, there must be collaboration with the provinces, territories and the long-term care sector to develop and implement a pan-Canadian health and human resources strategy.

In closing, there are systemic challenges that the sector has been grappling with for years, and a lack of support has led to increased challenges during this pandemic. As we have asked before, and we ask again, that the federal government provide assistance to the sector to ensure that seniors have the housing and the care that they need, not just in a time of crisis but every day.

Thank you for your time and I'm certainly pleased to answer any of your questions.

[Translation]

The Chair: Thank you. We'll turn the floor over to you, Dr. Hébert, for your opening remarks.

Dr. Réjean Hébert, Professor and Geriatrician, School of Public Health, University of Montreal, as an individual: Madam Chair, honourable senators, ladies and gentlemen, I want to begin by thanking you for inviting me to participate in this Senate committee. The COVID-19 crisis is the result of three decades of neglect with regard to the care provided to seniors, both in institutions and at home. I'll start by talking about the crisis in residential facilities. However, I want to broaden the discussion to include all seniors who are losing their independence and who are also suffering from neglect in the health care and social services systems.

There's a major crisis in residential facilities in Quebec, particularly in residential and long-term care centres, or CHSLDs. Over 3,000 people have died, or 8% of the people living in this type of institution. This significant disaster is the result of several factors. The first is the lack of medical and nursing supervision. This supervision would have made it possible to take care of people with multiple medical conditions and, above all, to deal with health crises such as the one that we experienced. Second, the significant shortage of staff and attendants, which has been really critical during the crisis, can certainly be attributed to a compensation issue. It can also be attributed to the lack of promotion of this profession. In addition to technical skills, the profession requires strong human qualities. We must also talk about the measures to prevent the spread of the disease, which haven't always been ideal; the availability of equipment; and, above all, staffing stability. The movement of staff between facilities has been a significant factor in the spread of the disease. As the previous speaker pointed out,

que de cinq minutes, je ne m'attarderai pas sur notre récent document prébudgétaire, mais je vous exhorte à le consulter pour avoir une description détaillée de la situation des ressources humaines dans le secteur de la santé. Je ferai remarquer qu'il doit y avoir, sous le leadership du gouvernement fédéral, une collaboration entre les provinces et territoires et le secteur des soins de longue durée en vue d'élaborer et de mettre en œuvre une stratégie pancanadienne sur les ressources humaines en santé.

En terminant, je dirai que le secteur est, depuis des années, aux prises avec des problèmes systémiques et que l'insuffisance du soutien qu'il a reçu a aggravé les difficultés rencontrées pendant la pandémie. Nous avons déjà demandé et nous demandons de nouveau que le gouvernement fédéral aide le secteur pour que les aînés bénéficient du logement et des soins dont ils ont besoin, non seulement en période de crise, mais en tout temps.

Je vous remercie du temps que vous m'avez accordé. Je me ferai un plaisir de répondre à vos questions.

[Français]

La présidente : Merci beaucoup. Nous poursuivons avec vous, docteur Hébert, pour vos remarques d'introduction.

Dr Réjean Hébert, professeur et médecin gériatre, École de santé publique, Université de Montréal, à titre personnel : Madame la présidente, honorables sénateurs et sénatrices, mesdames et messieurs, d'abord merci de m'avoir invité à participer à ce comité sénatorial. La crise de la COVID-19 résulte en fait de la négligence des trois dernières décennies par rapport aux soins accordés aux personnes âgées, en institution et à domicile. Je vais, dans un premier temps, parler de la crise dans les établissements d'hébergement, mais je veux élargir le débat à l'ensemble des personnes âgées en perte d'autonomie qui souffrent aussi de négligence au sein des systèmes de soins de santé et des services sociaux.

La crise dans les établissements d'hébergement est très importante au Québec, particulièrement dans les centres d'hébergement et de soins de longue durée, les CHSLD. On dénote plus de 3 000 morts, soit 8 % des personnes qui vivent dans ce genre d'institution. C'est une catastrophe importante qui résulte de plusieurs facteurs. D'abord, le manque d'encadrement médical et infirmier, qui aurait permis de prendre soin de ces personnes qui ont de multiples conditions médicales et surtout de faire face à des crises sanitaires comme celle que nous avons vécue. Deuxièmement, les pénuries de personnel et de préposés, qui sont importantes et ont été vraiment critiques pendant la crise, s'expliquent bien entendu par un problème de rémunération, mais aussi, et surtout, par un problème de valorisation de cette profession qui, au-delà des gestes techniques, exige des qualités humaines importantes. On doit également évoquer les mesures de prévention de la propagation qui n'ont pas toujours été optimales, la disponibilité du matériel et surtout la stabilité du personnel. La mobilité du personnel d'un

the physical facilities are also inadequate. There are still many multi-bedded rooms, shared bathrooms and facilities in need of major renovations.

Lastly, CHSLDs have lost their local management. In Quebec, CHSLDs are now integrated into superstructures that include hospitals, community centres, rehabilitation centres and several CHSLDs. The CHSLDs no longer have local management that can ensure the quality of the services in the facilities and that can also quickly address any issues that may arise. The situation in the CHSLDs is the tip of the iceberg. We have an issue in Canada. We've prioritized the institutional solution to meet the needs of seniors who are losing their independence. Our Canadian health care system is the source of this issue. The system was designed in the last century for a young population. The system covered mainly hospitals and, by extension, auxiliary hospitals, which have become our residential facilities.

We didn't focus on home care. Canada allocates only 14% of public funding for long-term care to home care. This is the worst statistic among the OECD countries. Other countries such as France, for example, spend over half their budget on long-term home care. Denmark spends 73% of its budget on long-term home care. More money must be invested. However, there's no guarantee that, when more money is invested, it will translate into home care services. I remain very doubtful about the major \$6-billion investment announced in the 2017 Budget. Will the provinces, and especially the facilities, really prioritize this investment for home care? This remains an important issue. Facilities and provinces prioritize access to hospital services. Hospitals will continue to receive the lion's share of health care spending.

The funding approach must be changed. Funding must be provided directly to the users, the recipients, rather than to the facilities. To that end, Japan and most countries in continental Europe have implemented public long-term care insurance, which allocates money to people based on their needs. I wanted to establish this type of insurance when I was Quebec's health minister from 2012 to 2014. Unfortunately, the bill that we introduced died on the Order Paper because of the snap election. We must revisit this idea and implement in Canada the type of funding that makes it possible for people to continue living at home. Canada has several options. One option is to enact long-term care legislation, which would establish principles. The provinces that abide by these principles could receive federal transfers or a Canada home care benefit, a direct benefit that would help individuals pay for the services that they need.

établissement à l'autre a été un facteur de propagation important. Comme la personne qui m'a précédé l'a souligné, la qualité des installations physiques est également déficiente. On dénombre encore de nombreuses chambres à multiples lits, des salles de bain partagées et des établissements qui ont besoin de rénovations importantes.

Enfin, les CHSLD ont perdu leur gestion locale, et ils sont maintenant, au Québec, intégrés à des superstructures qui comprennent des hôpitaux, des centres communautaires, des centres de réadaptation et plusieurs CHSLD. On ne retrouve plus dans les CHSLD une gestion locale, capable de s'assurer de la qualité des services offerts dans les établissements, mais aussi de réagir rapidement aux problèmes qui pourraient survenir. Cette situation dans les CHSLD est en fait la pointe de l'iceberg. On a un problème au Canada; on a priorisé la solution institutionnelle pour répondre aux besoins des personnes âgées en perte d'autonomie. C'est notre système de soins de santé canadien qui est à l'origine de ce problème. Il a été conçu au siècle dernier pour une population jeune; on a couvert surtout les hôpitaux et, par extension, les hôpitaux de soins prolongés, qui sont devenus nos établissements d'hébergement.

Nous n'avons donc pas mis l'accent sur les soins à domicile. Le Canada ne consacre que 14 % du financement public des soins de longue durée aux soins à domicile. C'est la pire statistique des pays de l'OCDE. D'autres pays comme la France, par exemple, consacrent plus de la moitié de leur budget aux soins de longue durée à domicile, et le Danemark y consacre 73 % de son budget. Il faut donc investir davantage, mais il n'est pas assuré que, lorsqu'on investit davantage, cet investissement va se traduire en services de maintien à domicile. Je reste très dubitatif en ce qui a trait à l'investissement majeur de 6 milliards de dollars annoncé dans le budget de 2017. Est-ce que cet investissement sera vraiment priorisé par les provinces, et surtout par les établissements, pour donner des soins à domicile? Cela reste une question importante. En effet, la priorité des établissements et des provinces, c'est l'accès aux services hospitaliers; l'hôpital recevra toujours la part du lion des dépenses dans le secteur de la santé.

Il faut donc changer la façon de financer, et financer directement les usagers, les bénéficiaires, plutôt que les établissements. C'est ce qu'ont fait le Japon et la plupart des pays de l'Europe continentale, en mettant en place une assurance publique de soins à long terme, qui alloue des sommes aux personnes en fonction de leurs besoins. C'est ce genre d'assurance que j'ai voulu mettre en place lorsque j'étais ministre de la Santé au Québec, de 2012 à 2014. Malheureusement, le projet de loi que nous avons déposé est mort au Feuilleton à cause de l'élection précipitée. Il faut donc revenir à cette idée, et implanter au Canada ce genre de financement qui permet aux personnes de continuer de vivre à domicile. Le Canada a plusieurs options. L'une d'entre elles pourrait être d'édicter une loi sur les soins à long terme, qui énoncerait des principes, et les provinces qui se conforment à ces

In closing, the current crisis shows us that major issues must be resolved if we want to meet the needs of seniors who are losing their independence, particularly in residential institutions. However, we must also look beyond this crisis in institutions and reform the care provided to seniors who are losing their independence so that they can continue living at home, in their community, among friends and family, for as long as possible. Thank you.

The Chair: Thank you, Dr. Hébert.

[English]

Now we have opening remarks from Dr. Estabrooks.

Dr. Carole Estabrooks, Adjunct Professor, Faculty of Nursing, University of Alberta, as an individual: Good morning. I would like to thank the committee for inviting me to make remarks, and I would like to thank the previous speakers for their comments.

I'm a scientific director of a longitudinal applied research program that has been looking into issues of quality in nursing homes for about 15 years, mostly in the western or Atlantic provinces, with some activity in Central Canada. I'm going to focus exclusively on nursing homes.

A long-term care home or a nursing home is not a chronic hospital. It is a home, and for most of its inhabitants, it will be their last home. The older adults in these homes require both health and social care. They are old, half of them over the age of 85, frail, with many coexisting diseases. About 80% of them have dementia, itself an age-related, life-limiting disease. Their care has been and is increasingly complex and demanding.

Yet over half of Canadians surveyed say they would rather die than go to a nursing home. How is it that we have let it come to this in Canada, a high income, high quality-of-life nation? How have we let 85% of Canada's COVID-19 deaths occur in nursing homes, the highest rate of any country in the world? Let us not in Canada be in the position that we will cry in the streets "bring out your dead" as we pass a nursing home.

principes pourraient recevoir des transferts fédéraux ou encore une allocation canadienne de soins à domicile, une allocation directe qui permettrait aux individus de se payer les services dont ils ont besoin.

En terminant, la crise actuelle nous montre qu'il y a des problèmes importants à résoudre si l'on souhaite répondre aux besoins des personnes âgées en perte d'autonomie, notamment dans les institutions d'hébergement, mais il faut également aller au-delà de cette crise dans les institutions pour réformer les soins aux personnes âgées en perte d'autonomie pour leur permettre de continuer de vivre le plus longtemps possible à domicile, dans leur milieu, parmi leurs proches. Merci beaucoup.

La présidente : Merci à vous, docteur Hébert.

[Traduction]

Nous entendrons maintenant la déclaration liminaire de Mme Estabrooks.

Carole Estabrooks, professeure associée, Faculté des sciences infirmières, Université de l'Alberta, à titre personnel : Bonjour. Je tiens à remercier le comité de m'avoir invitée à comparaître devant lui et je remercie les intervenants précédents de leurs observations.

Je suis directrice scientifique d'un programme de recherche appliquée longitudinale portant sur les questions de qualité dans les foyers de soins depuis une quinzaine d'années, surtout dans les provinces de l'Ouest et de l'Atlantique et, dans une moindre mesure, dans les provinces centrales. Mes propos porteront exclusivement sur les foyers de soins infirmiers.

Un foyer de soins de longue durée ou de soins infirmiers n'est pas un hôpital pour malades chroniques. C'est un foyer et, pour la plupart de ses résidents, ce sera leur dernier foyer. Les adultes âgés dans ces foyers ont besoin à la fois de soins de santé et de soins sociaux. Ils sont d'âge avancé, la moitié ayant plus de 85 ans, leur santé est fragile du fait de plusieurs maladies coexistantes. Environ 80 % d'entre eux sont atteints de démence, maladie liée au vieillissement et limitant leur espérance de vie. Les soins qu'ils nécessitent sont de plus en plus complexes et exigeants.

Pourtant, plus de la moitié des Canadiens interrogés disent qu'ils préféreraient mourir plutôt que de se retrouver dans un foyer de soins infirmiers. Comment se fait-il que nous en soyons arrivés là au Canada, pays caractérisé par un niveau de revenu et une qualité de vie enviables? Comment se peut-il que 85 % des décès attribuables à la COVID-19 au Canada soient survenus dans les foyers de soins infirmiers, le taux le plus élevé au monde? Épargnons-nous, au Canada, de devoir rester à l'extérieur des foyers pour les inviter à ce qu'ils sortent leurs morts.

That is what will occur if we do not immediately prepare for a possible second wave of COVID. We have thus far failed in our duty to care for our most vulnerable citizens, with particular savagery in some places in Canada. We should each of us stop and recall every day that we, in the worst of the first pandemic wave in some parts of Canada, left old people to die in their own excrement, without water, without food and without human contact. Old, vulnerable Canadians — someone's parent or grandparent, husband or wife, brother or sister, friend or long-time companion.

This is everyone's problem. This is not just a problem in Ontario and Quebec. Every one of the some 1,800 nursing homes in Canada is but one step away from an outbreak of COVID-19. Witness the tragedy unfolding in Campbellton, New Brunswick. One physician with COVID who gave it to one patient, who then went to work in a nursing home and gave it to three staff and 15 seniors, one of whom has died so far. One step away — that is all any nursing home in any province or territory is.

It is complacency and non-malevolent neglect. It is our attitudes toward the old and infirm. It is our attitudes toward the work of caregiving — the purview of women. It is our belief that anyone can care for an old person with dementia. It has got us precisely where we are today. It is our baffling belief that we could manage a system as complex as the long-term care sector without decent data. It is something more akin to using a Ouija board than an evidence-informed approach. This is in the 21st century.

However, blaming is not useful. The task now is to solve the immediate problems and then turn sharply to the medium- and longer-term problems or this will surely happen again. Not because we don't know what to do. I can cite hundreds of reports literally gathering dust on shelves. I can cite thousands of research papers offering solutions to various of the challenges. I can personally cite you over 10,000 interviews my own team has done with direct care staff. They tell us they are under duress, inadequately prepared, that they miss and rush essential care because there's not enough staff and not enough time.

What needs to happen? We must ensure every home in Canada is ready for the possibility of a second wave. We must continue to fix the worst of the workforce conditions: pay, benefits, working in multiple sites. We must ensure homes have the

C'est ce qui se produira si nous ne nous préparons dès maintenant à la deuxième vague éventuelle de la COVID. Jusqu'à maintenant, nous avons failli à notre devoir de prendre soin de nos concitoyens les plus vulnérables, de façon particulièrement inhumaine dans certaines régions du Canada. Nous devrions tous prendre le temps de nous rappeler les jours où, au pire de la première vague de la pandémie, dans certaines régions, nous avons laissé des personnes âgées mourir dans leurs excréments, sans eau, sans nourriture, sans contact humain. C'était des Canadiens âgés et vulnérables : parents ou grands-parents, époux ou épouse, frère ou sœur, ami ou compagnon de longue date.

C'est un problème qui concerne tout le monde. Ce n'est pas seulement un problème en Ontario et au Québec. Chacun de quelque 1 800 foyers de soins infirmiers du Canada n'est qu'à un pas d'une éclosion de la COVID-19 dans ses murs. Voyez la tragédie qui s'est déroulée à Campbellton, au Nouveau-Brunswick. Un médecin porteur du coronavirus l'a transmis à un patient, qui est ensuite allé travailler dans un foyer de soins infirmiers, où il l'a transmis à trois membres du personnel et à 15 personnes âgées, dont l'une est décédée. À un pas près... cela vaut pour tout foyer de soins infirmiers, peu importe la province ou le territoire.

Il s'agit, de notre part, de complaisance et de négligence sans malveillance. Il s'agit de nos attitudes envers les personnes âgées et les personnes handicapées. Il s'agit de nos attitudes vis-à-vis du travail des soignants, du travail des femmes. Nous voulons croire que n'importe qui peut prendre soin d'une personne âgée atteinte de démence, et c'est justement cette erreur qui nous a amenés où nous en sommes aujourd'hui, cette étonnante croyance que nous pourrions gérer un système aussi complexe que le secteur des soins de longue durée sans disposer de données fiables. Cela ressemble davantage à la planche Ouija qu'à une approche fondée sur des données probantes. Nous sommes au XXI^e siècle, après tout.

Mais il n'est pas très utile de distribuer le blâme. Il s'agit maintenant de régler les problèmes immédiats et de se tourner ensuite vers les problèmes à moyen et à long terme, sans quoi la situation risque fort de se répéter. Mais ce ne sera pas parce que nous ne savons pas quoi faire. Je peux citer des centaines de rapports qui, littéralement, accumulent la poussière sur les tablettes. Je peux citer des milliers de documents de recherche qui proposent des solutions à divers défis. Je peux vous citer personnellement plus de 10 000 entrevues que mon équipe a menées auprès de soignants de première ligne. Ils nous disent devoir travailler sous pression, être insuffisamment préparés, escamoter et précipiter les soins essentiels en raison du manque de personnel et de temps.

Que faut-il faire? Nous devons nous assurer que chaque foyer au Canada soit prêt à faire face à une éventuelle deuxième vague. Nous devons continuer de corriger les mauvaises conditions de travail les plus criantes : la rémunération, les avantages sociaux,

equipment and resources to test and trace all residents and staff, to screen all workers, visitors and families, to ensure all have proper PPE and training in infection control.

We must help women workers whose children are out of school, and whose own aging parents may need care, with innovative strategies for childcare and for respite. We must treat families like families, not visitors.

We must assess the impact of one-site work policies to make sure there are no unintended consequences. We must ensure competent management and leadership in all homes.

We must figure out how to deploy available workers if a home is crippled by staff who are themselves sick. We must have data. For heaven's sake, we need to have good data so we can manage the system properly.

What does not need to happen?

Another commission, inquiry, report or study. We can read the 100 we have. They all point to the same solutions time after time. We must not favour acute care over long-term care. We must not engage in unrealistic thinking; that this will be easy and will not take resources. It is hard work and, of course, it will take resources, but it won't bankrupt the country.

We cannot engage in endless acrimonious debates over federal and provincial jurisdictions.

Do any of us believe that the old person lying in their own excrement, thirsty, in pain, alone and afraid as they died, wondered whose jurisdiction it was to help? Thank you.

[Translation]

The Chair: I want to thank all our witnesses.

[English]

Let's move to questions from senators. As you may guess, we have a lot of questions.

Just a quick reminder that each senator has five minutes for questions, and that includes the answers. If you wish to ask a question or answer a question, please use the "raise hand"

le travail multisite. Nous devons veiller à ce que tous les foyers disposent de l'équipement et des ressources nécessaires pour dépister et retracer tous les résidents et le personnel, pour contrôler tous les travailleurs, les visiteurs et les familles, pour obtenir l'EPI approprié et recevoir la formation voulue en matière de contrôle des infections.

Nous devons aider les travailleuses dont les enfants ne sont pas à l'école ou dont les parents âgés ont besoin de soins par des stratégies novatrices en matière de garde d'enfants et de services de répit. Nous devons traiter les familles comme des familles et non comme des visiteurs.

Il nous faut évaluer l'incidence des politiques de limitation du travail à un seul emplacement afin de nous assurer qu'elles n'auront pas de conséquences imprévues. Nous devons assurer une gestion et un leadership compétents dans tous les foyers.

Nous devons trouver une façon de déployer les travailleurs disponibles dans les cas où un foyer serait en difficulté en raison de l'absence d'employés eux-mêmes malades. Nous devons avoir des données. Pour l'amour du ciel, il nous faut des données fiables pour pouvoir gérer le système correctement.

Que faut-il ne pas faire?

Lancer une nouvelle commission, enquête ou étude, produire un autre rapport. Nous n'avons qu'à lire la centaine de rapports que nous avons. Ils proposent toujours les mêmes solutions. Nous devons cesser de favoriser les soins de courte durée au détriment des soins de longue durée. Il ne faut pas penser de façon irréaliste, croire que ce sera facile et n'exigera pas de ressources. Il s'agit d'un travail difficile qui, bien sûr, nécessitera l'apport de ressources, mais pas au point de mener le pays à la faillite.

Nous ne pouvons nous permettre des débats acrimonieux et interminables sur les champs de compétence fédérale et provinciale.

Y en a-t-il parmi nous qui croient que la personne âgée, gisant dans ses excréments, qui mourait dans la soif, la douleur, la solitude et la peur, se demandait de quel gouvernement elle devait attendre de l'aide? Je vous remercie de votre attention.

[Français]

La présidente : Merci beaucoup à tous nos témoins.

[Traduction]

Passons maintenant aux questions des sénateurs. Comme vous pouvez le deviner, il y en aura beaucoup.

Je vous rappelle rapidement que chaque sénateur dispose d'un temps de parole de cinq minutes, qui comprend ses questions et les réponses. Si vous souhaitez poser une question ou répondre à

function in Zoom. Once I have you on my list, the hand will be lowered.

When you are asking a question, please identify the person whom you wish to answer. It makes it a lot easier for me.

Today we will begin with questions from Senator Poirier, deputy chair of this committee, followed by Senator Griffin.

Senator Poirier: Thank you to all three witnesses and for all the information you have shared. We greatly appreciate you taking the time to be with us today.

My question is for the Canadian Association for Long Term Care, Ms. Hall. In a news release on June 4, you said Canada was not prepared for this pandemic. It's been difficult to watch how our long-term care was hit.

In your opinion, was the advice and the guidelines given by the government and the Public Health Agency of Canada inadequate to respond to the pandemic?

Ms. Hall: Thank you. Referencing the experience of many of our members, what was often noted was the timeline was an issue — when information was given, when directives were put out, and when they had full access to PPE, and the ability to understand and implement those precautions. Very early on there was a disconnect that happened.

The other point that I'll reference is that the reality of what was being advised simply wasn't possible on the ground. When we talk about things like social distancing during meal time, for example, that can be extremely challenging, especially with the older infrastructure. So that created a mix of circumstances that were incredibly difficult.

From the beginning of the outbreak to what we look at now — our understanding of asymptomatic transmission, our understanding and the list of symptoms that we identify related to COVID — certainly our knowledge has grown significantly. Early on, those were all challenges that I think contributed to the outbreaks in these homes.

Senator Poirier: Thank you. My second question is also for you, Ms. Hall.

Dr. Theresa Tam said last week that an explosive wave of cases is a distinct possibility with a second wave. Has Dr. Tam and the government presented plans and adjustments for the second wave?

une question, veuillez utiliser la fonction « lever la main » de Zoom. Une fois que vous serez sur ma liste, la main sera baissée.

Lorsque vous posez une question, veuillez nommer la personne à qui vous vous adressez. Cela me facilitera beaucoup la tâche.

Aujourd'hui, nous commencerons par les questions de la sénatrice Poirier, vice-présidente du comité, qui sera suivie de la sénatrice Griffin.

La sénatrice Poirier : Merci aux trois témoins pour tous les renseignements qu'ils nous ont communiqués. Nous vous sommes très reconnaissants d'avoir pris le temps de nous rencontrer aujourd'hui.

Ma question s'adresse à Mme Hall, de l'Association canadienne de soins de longue durée. Dans votre communiqué de presse du 4 juin, vous avez affirmé que le Canada n'était pas prêt à faire face à cette pandémie. Il a été pénible de voir comment nos soins de longue durée ont été débordés.

À votre avis, les conseils et les lignes directrices donnés par le gouvernement et l'Agence de la santé publique du Canada pour lutter contre la pandémie étaient-ils appropriés?

Mme Hall : Merci. Si je me reporte à l'expérience de beaucoup de nos membres, un problème souvent souligné concerne la chronologie : le moment où l'information était communiquée, le moment où les directives étaient données et le moment où ils avaient pleinement accès à de l'EPI, ainsi que la capacité de comprendre et d'appliquer les mesures de précaution. Très vite, il y a eu un décalage.

L'autre point que je mentionnerai, c'est que ce qui était conseillé n'était tout simplement pas réalisable sur le terrain. Si nous parlons de choses comme la distanciation sociale pendant les repas, par exemple, cela peut s'avérer extrêmement difficile, surtout dans les vieux établissements. Cela a créé des situations confuses incroyablement difficiles.

Depuis le début de la pandémie jusqu'à aujourd'hui — avec notre compréhension de la transmission asymptomatique, notre compréhension et la liste des symptômes reconnus de la COVID —, nos connaissances ont certainement augmenté considérablement. Au début, toutes ces lacunes ont créé des difficultés qui, à mon avis, ont contribué aux éclosions dans les foyers.

La sénatrice Poirier : Merci. Ma deuxième question s'adresse également à vous, madame Hall.

La Dre Theresa Tam a dit la semaine dernière qu'une explosion de cas est une possibilité réelle pendant une deuxième vague. La Dre Tam et le gouvernement ont-ils présenté des plans et des rectificatifs en prévision de la deuxième vague?

Ms. Hall: I know with each province there are also provincial directives being given. Everyone is continuing to focus on the cohorting plan, prevention steps and staff screening.

As time moves on, with the funding being often very limited for long-term care facilities, the burden of the responsibility for the resources that are needed to purchase the PPE — and we see many examples of overinflated pricing and price-gouging related to that — in addition to ongoing challenges with access, it has created a circumstance where everyone is doing absolutely their best.

I think everyone has a much stronger understanding today than back in early March, but these challenges are still there. I know there are steps being taken by the federal government as it relates to PPE supply in Canada, and certainly at the provincial level, planning is continuing right across the country, but there still are these unspoken challenges about the cohorting and making sure that we've done everything that we can.

As far as staffing numbers, that continues to be a challenge and something that will require much longer-term planning.

Senator Poirier: On April 8, the Public Health Agency of Canada released guidelines for infection prevention and control of COVID-19 in long-term care homes. That was almost a month after the outbreak started in Canada. In your opinion, should these guidelines have been part of the pandemic plan before the outbreak and not a month after? How long did it take to implement the screening guidelines?

Ms. Hall: Yes, it was a month, and that did create a delay in response. I think individual homes across the country, and provincially, organizations were certainly watching what was happening globally and were doing their best to kind of create a robust response for their own individual homes, exploring and trying to understand screening measures, but they were relying on the directives coming from public health nationally and provincially to make sure that they were following the trends that they were identifying and the timelines, so we would know when to put these certain measures in place.

There was a delay. If those guidelines or directives could have been given earlier, it would have allowed for more robust screening measures to be put in place much sooner.

Senator Poirier: Thank you.

Senator Griffin: I have a question for Dr. Hébert. As you know, our mandate as a committee is to review the government's response to the pandemic, so what would you say the

Mme Hall : Je sais que chaque province y va aussi de ses directives. Tout le monde continue de se concentrer sur le plan de regroupement en cohortes, les étapes de prévention et le dépistage du personnel.

À mesure que le temps passe, le financement des établissements de soins de longue durée étant souvent très limité, le fardeau de trouver les ressources nécessaires à l'achat de l'EPI — et nous voyons de nombreux exemples de prix gonflés —, ajouté aux difficultés constantes liées à l'accès, crée une situation où chacun tâche de s'en tirer de son mieux.

Je pense que tout le monde comprend beaucoup mieux la situation aujourd'hui qu'au début de mars, mais les défis demeurent. Je sais que le gouvernement fédéral prend des mesures pour assurer l'approvisionnement en EPI au Canada et que la planification se poursuit certainement au niveau provincial partout au pays, mais il y a encore des défis implicites quant au regroupement en cohortes et à la mise en place de toutes les mesures préventives possibles.

Pour ce qui est des effectifs, le défi demeure entier et exigera une planification à beaucoup plus long terme.

La sénatrice Poirier : Le 8 avril, l'Agence de la santé publique du Canada a publié des lignes directrices sur la prévention et le contrôle des infections par la COVID-19 dans les foyers de soins de longue durée. C'était presque un mois après le début de la pandémie au Canada. À votre avis, ces lignes directrices auraient-elles dû faire partie du plan de lutte contre la pandémie dès le début et non pas un mois plus tard? Combien de temps a-t-il fallu pour mettre en œuvre les lignes directrices sur le dépistage?

Mme Hall : Oui, cela a pris un mois, ce qui a entraîné un certain retard dans la réponse. Je pense que les particuliers partout au pays, et à l'échelle provinciale, les organismes surveillaient ce qui se passait à l'étranger et faisaient de leur mieux pour préparer une réponse vigoureuse pour leur propre foyer, en explorant et en s'employant à comprendre les mesures de dépistage, mais ils se fiaient aux directives des autorités nationales et provinciales de la santé publique pour s'assurer de bien suivre les tendances et l'évolution chronologique de la pandémie afin de savoir quand mettre en place les mesures indiquées.

Il y a eu un retard. Si les lignes directrices ou les directives avaient pu être données plus tôt, cela aurait permis de mettre en place beaucoup plus rapidement des mesures de dépistage plus rigoureuses.

La sénatrice Poirier : Merci.

La sénatrice Griffin : J'ai une question pour le Dr Hébert. Comme vous le savez, notre comité a pour mandat d'étudier la réponse du gouvernement à la pandémie. Je vous demande donc

Government of Canada has done well in its response, and then what would you say it has not done well?

Dr. Hébert: I think the Canadian government has done quite well — not as early as it should have been — in setting some guidelines for long-term care settings.

What would have been very important was providing equipment earlier to Canadians, and Canadian institutions, to prevent the spreading of the infection, but I think the Canadian government, like the provincial government, has not been prioritizing care for older people and for the handicapped over the last 30 years, and this perfect storm happened because there was not as much attention as we could have had for these vulnerable populations. I think that's the major lesson we should learn from the actual crisis.

Senator Griffin: Thank you, that's great. Dr. Estabrooks, could you answer that same question? In your opinion, what has the government done well, and where has it not performed as well as we could have wished?

Dr. Estabrooks: Yes, thank you. I think communication has not been perfect, but it's been done particularly well in Canada relative to some other countries that we're observing at the same time. I think we've maintained, for the most part, a sense of reasonable considered calm, and that is important in these situations.

I would first echo everything Dr. Hébert said in terms of it being difficult for some of us to answer the short-term question, meaning we know that we got here because of much deeper issues. One of the short-term things we could have done better was we favoured acute care over long-term care. I think that's clear not only in Canada and the provinces, but everywhere. Although we couldn't have predicted, we over-prepared in some provinces, if not many, for the surge, and we lagged behind in some of the preparations we were doing in long-term care, particularly around education, infection control and use of PPE, personal protective equipment.

It's important to remember that 90% of the direct care in these homes is provided by unregulated workers who don't get any ongoing education for the most part, and have minimal levels of education. So when acute care and others have gone into LTC sites, one of the things that we hear is that the education has to happen continuously, and over and over again, because some basic principles that you might expect in acute care just aren't there, even though nursing homes do a pretty good job annually of managing influenza outbreaks, but the conditions are quite

ce qui, à votre avis, est bon ou mauvais dans la réponse du gouvernement du Canada?

Dr Hébert : Je pense que le gouvernement canadien a très bien réussi — pas aussi tôt qu'il l'aurait fallu — à établir des lignes directrices pour les établissements de soins de longue durée.

Il aurait été très utile de fournir de l'équipement plus tôt aux Canadiens et aux établissements canadiens pour prévenir la propagation de l'infection, mais je pense que le gouvernement canadien, pas plus que le gouvernement provincial d'ailleurs, n'a donné priorité aux soins pour les personnes âgées et les personnes handicapées au cours des 30 dernières années et cette tempête a éclaté justement parce qu'on n'avait pas accordé autant d'attention qu'on aurait pu le faire à ces populations vulnérables. Je pense que c'est la principale leçon que nous devons tirer de la crise actuelle.

La sénatrice Griffin : Merci, c'est parfait. Madame Estabrooks, pourriez-vous répondre à la même question? À votre avis, en quoi le gouvernement a-t-il bien fait et en quoi a-t-il fait moins bien que nous l'aurions souhaité?

Mme Estabrooks : D'accord, merci. Je pense que la communication n'a pas été parfaite, mais elle a néanmoins été notablement meilleure au Canada que dans d'autres pays que nous observions à la même époque. Je pense que nous avons, pour la plupart, gardé un sentiment de calme raisonnable et réfléchi, ce qui est important dans de telles situations.

Je voudrais d'abord faire écho à tout ce que le Dr Hébert a dit au sujet de la difficulté pour certains d'entre nous de répondre à la question du court terme, voulant dire par là que nous savons que nous sommes arrivés où nous en sommes à cause de problèmes beaucoup plus profonds. À court terme, nous aurions pu faire mieux en rectifiant la préférence accordée aux soins de courte durée plutôt qu'aux soins de longue durée. Je pense que c'est clair non seulement au Canada et dans les provinces, mais partout. Même si nous étions incapables d'en prédire l'ampleur, nous nous sommes préparés à l'excès dans certaines provinces, sinon dans plusieurs, pour faire face à une forte progression de la pandémie et nous avons pris du retard dans certains de nos préparatifs dans le domaine des soins de longue durée, particulièrement ceux portant sur l'éducation, le contrôle des infections et l'utilisation de l'EPI, l'équipement de protection individuelle.

Il importe de se rappeler que 90 % des soins directs dans ces foyers sont assurés par des travailleurs non réglementés qui, pour la plupart, ne reçoivent pas de formation continue et ont un niveau de scolarité minimal. Ainsi, lorsque des soignants et autres travailleurs du secteur des soins de courte durée passent à des établissements de soins de longue durée, on nous dit qu'un effort d'éducation continu, et sans cesse repris, doit être fait parce qu'ils ne connaissent simplement pas certains principes élémentaires auxquels serait en droit de s'attendre des

different. The residents and staff are mostly vaccinated, so the novelty of this virus has made it much more wicked.

Senator Griffin: Thank you.

[Translation]

The Chair: Before I continue with senators who have questions, I'd like Dr. Hébert to elaborate a bit on the question asked by my colleague, Senator Griffin.

As you know, I'm from Quebec. These days, Quebec newspapers are making many comparisons between British Columbia and Quebec. Obviously, the situation is quite shocking.

For example, in British Columbia — on March 21, if I'm not mistaken — staff were very quickly prohibited from moving between residences. In Quebec, this rule hasn't been completely implemented yet. Given this reality where the provinces must make decisions, would the federal government have a slightly stronger role to play, if I may say so? Were the Public Health Agency of Canada's guidelines given too late, or were they clear enough? How could this situation have been avoided in Quebec?

Dr. Hébert: Quebec's situation is special for several reasons. In Quebec, we're currently having a hard time as a result of two consecutive reforms that integrated facilities into superstructures, especially the latest reform in 2015. The CHSLDs and home care for seniors were sidelined in comparison with the hospital role of these superstructures. There's an issue with prioritization and funding in long-term care facilities. There's also the issue of human resources being directed to the hospital, which constitutes the priority for these superstructures. These basic conditions led to this crisis.

There's very little medical supervision in CHSLDs. Doctors have been redirected to doctors' offices to give every Quebecer a family doctor, according to the previous minister's guidance. Doctors have abandoned their practice in CHSLDs. The same is true for nursing staff, which has decreased significantly. There's a lack of professional supervision in long-term care facilities and a shortage of attendants. As a result, CHSLDs haven't been prioritized. There isn't more accommodation in Quebec compared to the other provinces. I did the work with Statistics Canada using the same criteria to compare the provinces with each other. The accommodation rate in Canada for seniors is 5.7%, and the rate in Quebec is 5.9%. There isn't more

travailleurs du secteur des soins de courte durée. Bien que les foyers de soins infirmiers fassent un assez bon travail chaque année pour gérer les éclosions de grippe, les conditions actuelles sont très différentes. Les résidents et le personnel sont pour la plupart vaccinés, mais la nouveauté du coronavirus l'a rendu tellement plus dévastateur.

La sénatrice Griffin : Merci.

[Français]

La présidente : Avant de poursuivre avec les sénateurs qui ont des questions à poser, j'aimerais, docteur Hébert, approfondir quelque peu sur la question de ma collègue la sénatrice Griffin.

Comme vous le savez, je viens du Québec. Ces temps-ci, les journaux québécois font beaucoup de comparaisons entre la Colombie-Britannique et le Québec, et, évidemment, la situation est assez choquante.

Par exemple, en Colombie-Britannique — le 21 mars, si je ne me trompe pas —, on a interdit très rapidement les déplacements de personnel entre les résidences, ce qu'on n'a pas encore réussi à faire complètement au Québec. Compte tenu de cette réalité où les provinces ont des décisions à prendre, le gouvernement fédéral aurait-il un rôle un peu plus musclé à jouer, si je peux m'exprimer ainsi? Les directives de l'Agence de la santé publique du Canada ont-elles été données trop tard ou étaient-elles assez claires? Comment aurait-on pu éviter qu'une telle situation se produise au Québec?

Dr Hébert : La situation du Québec est particulière pour plusieurs raisons. D'une part, au Québec, on souffre actuellement du fait qu'il y a eu deux réformes consécutives qui ont fusionné les établissements dans des superstructures, surtout la dernière réforme en 2015, et les CHSLD et le maintien des personnes âgées à domicile ont été marginalisés par rapport à la vocation hospitalière de ces superstructures. Il y a un problème de priorisation et de financement dans les établissements de soins de longue durée. Il y a également un problème de drainage des ressources humaines vers l'hôpital, qui représente la priorité pour ce qui est de ces superstructures. Ces conditions de base ont donc provoqué cette crise.

Dans les CHSLD, il y a très peu d'encadrement médical, parce que les médecins ont été déviés vers les cabinets de médecins pour donner à chaque Québécois un médecin de famille, selon l'orientation du ministre précédent. Donc, les médecins ont délaissé la pratique en CHSLD. C'est la même chose pour le personnel infirmier, qui a diminué de façon importante. On constate une absence d'encadrement professionnel dans les établissements de soins de longue durée et il y a aussi une pénurie de préposés. Tout cela fait en sorte que les CHSLD n'ont pas été priorités. Quand on compare le Québec avec les autres provinces, il n'y a pas plus d'hébergement. J'ai fait le travail avec Statistique Canada en me basant sur les mêmes critères

accommodation in CHSLDs in Quebec. The issue in Quebec is that the quality of services in CHSLDs has declined in recent decades. This caused the infection to spread much more than in other places.

The other issue was obviously staffing stability. As you know, attendants in Quebec work in multiple establishments, since there's one bargaining unit for all CHSLDs in these superstructures. As a result, the staff move around a great deal. This is very harmful to the quality of services. It also significantly affects the spread of infections, as we've seen with the current crisis.

Canada took an extremely active role in establishing principles for accessing the health care system through the Canada Health Act. However, this legislation was based mainly on doctors and hospitals. The legislation doesn't really cover everything else. The federal government doesn't have the legitimacy to impose national standards. A major issue is at stake in terms of Canada's legislative and even constitutional framework. The Canadian government should have long-term care legislation that would enable it to establish national standards. That way, the Canadian government would have more legitimacy in the future to take the proper steps to help the provinces not only implement services, but also respond to crises such as the one that we experienced.

The Chair: Thank you for this response.

[English]

Senator Munson: Yes, thank you very much. I'm struck by the comments by Dr. Hébert. Other witnesses could join in on this. You talked about the tragedy of the handicapped and you talked about a long-term care act. I'm curious to know with these long-term care nursing homes, where 80% of the cases or deaths have occurred, how many of those 80% were persons with disabilities? In conjunction with a long-term care act, how do we build infrastructure and have people involved with expertise in dealing with those with disabilities? I think they are the forgotten people in this whole debate.

Dr. Hébert: Yes, I completely agree with you. I think we focused in the last century on hospital care, and we completely neglected long-term care because we were a young population. Now that Canada is aging very rapidly, we have to adapt our health care system to the aging of the population and the people with multiple conditions and disabilities.

pour comparer les provinces les unes avec les autres. Le taux d'hébergement au Canada chez les personnes âgées est de 5,7 % et il est de 5,9 % au Québec. Il n'y a pas plus d'hébergement en CHSLD au Québec. Le problème au Québec, c'est que la qualité des services dans les CHSLD s'est détériorée au cours des dernières décennies. C'est ce qui a provoqué l'éclosion de l'infection beaucoup plus qu'ailleurs.

L'autre enjeu a évidemment été la stabilité du personnel. Comme vous le savez, les préposés au Québec travaillent dans de multiples établissements, car il y a une seule unité syndicale pour l'ensemble des CHSLD de ces superstructures. Cela signifie qu'il y a une importante mobilité de personnel, ce qui est très dommageable pour la qualité des services, mais cela entraîne également des conséquences importantes pour la propagation des infections, comme on l'a vu avec la crise actuelle.

Le Canada a été extrêmement actif pour établir des principes d'accès au système de soins de santé par l'intermédiaire de la Loi canadienne sur la santé. Cependant, cette loi était basée surtout sur les médecins et les hôpitaux. Donc, tout le reste n'est pas vraiment couvert par la loi et le gouvernement fédéral n'a pas la légitimité requise pour imposer des normes nationales. Il y a donc un enjeu important pour ce qui est du cadre législatif, et même constitutionnel, du Canada. Il faudrait que le gouvernement canadien se dote d'une loi sur les soins de longue durée qui lui permettrait d'établir des normes nationales et, ainsi, d'avoir plus de légitimité à l'avenir pour être en mesure de faire des interventions pertinentes pour aider les provinces non seulement à mettre en place des services, mais aussi à réagir à des crises comme celle que nous avons vécue.

La présidente : Merci beaucoup pour cette réponse.

[Traduction]

Le sénateur Munson : Oui, merci beaucoup. Je suis frappé par les commentaires du Dr Hébert. D'autres témoins pourraient réagir pareillement. Vous avez parlé de la tragédie des personnes handicapées et d'une loi sur les soins de longue durée. J'aimerais savoir quelle était, dans ces foyers de soins de longue durée où 80 % des cas ou des décès se sont produits, la proportion des personnes handicapées? En conjonction avec une loi sur les soins de longue durée, comment pouvons-nous bâtir l'infrastructure et faire en sorte que des personnes compétentes s'occupent des personnes handicapées? Je pense qu'elles sont oubliées dans tout ce débat.

Dr Hébert : Oui, je suis tout à fait d'accord avec vous. Au cours du dernier siècle, parce que nous étions une population jeune, nous avons fait porter l'essentiel de nos efforts sur les soins hospitaliers et nous avons complètement négligé les soins de longue durée. Maintenant que le Canada vieillit très rapidement, nous devons adapter notre système de soins de santé au vieillissement de la population et aux personnes ayant de multiples affections et handicaps.

The Canada Health Act is no longer appropriate to the aging of the population because it doesn't encompass the long-term care in institutions and mostly at home.

In our public budget, 86% is devoted to institutions because institutions are considered part of the hospital care. That was the long-term care hospital. But there is nothing in the Canada Health Act about home care. If we want to support people with disabilities living in their own homes, we must have a funding system to allow these people to stay at home with the appropriate services, and we don't have that. Those people are moving into the institutions that could respond to their needs.

Instead, we should let people live in their own homes and adjust the services, with public funding, to allow them to age in place. That's the major lesson we should learn from this crisis.

The issue of long-term care is a continuum, coming from home care to the institution, and we should not forget it's a continuum and we have to have a systemic approach to improve the services that are needed by people with disabilities in this country.

Senator Munson: You touched on something which is very sensitive. Today there are people who are living at home, for example, with cerebral palsy at the age of 25, with their parents, and both parents are working. That kind of home care was there. Post pandemic, we have a situation where, what kind of care will be there for the person who wants to stay and live at home, when the two parents still want to go out to work? A person with these kinds of disabilities has a fragile medical condition; their immune systems are susceptible to COVID. Who would come into the home post-pandemic? There are tens of thousands of cases across the country like this. I don't know if others want to be part of this conversation, but we have to find solutions.

Dr. Hébert: I'm very concerned about that. The focus right now is on the institution, but from the debt angle, there are people with disabilities that are not receiving the appropriate services at the moment, and the priority is given to the institution. The human resources are moving to the institutions to support those institutions, but people with disabilities are left without any services at the moment, either from the public, the government or the social agencies that are responsible for giving some of the services for dealing with domestic tasks or personal care. That's a major issue at the moment, and I'm concerned that those people are going to be obliged to go to the emergency room and be hospitalized, or will die in silence and indifference. It's a silent drama that is happening at the moment in Canada,

La Loi canadienne sur la santé ne répond plus aux besoins d'une population vieillissante parce qu'elle ne porte pas sur les soins de longue durée en établissement et surtout à domicile.

Dans notre budget des dépenses publiques, 86 % des crédits sont affectés aux établissements parce que ceux-ci sont considérés comme faisant partie du réseau hospitalier. Ils deviennent des hôpitaux de soins de longue durée. Mais il n'y a rien dans la Loi canadienne sur la santé au sujet des soins à domicile. Si nous voulons aider les personnes handicapées qui vivent chez elles, nous devons avoir un système de financement leur permettant de demeurer à domicile avec les services appropriés, ce que nous n'avons pas. Ces gens gravitent donc vers les établissements capables de répondre à leurs besoins.

Nous devrions plutôt laisser les gens vivre chez eux et adapter les services, avec des fonds publics, pour leur permettre de vieillir chez eux. C'est la principale leçon que nous devons tirer de cette crise.

Les soins de longue durée constituent un continuum, qui va des soins à domicile aux soins en établissement. Il faut garder présent à l'esprit qu'il s'agit d'un continuum et que nous devons adopter une approche systémique pour améliorer les services dont ont besoin les personnes handicapées dans notre pays.

Le sénateur Munson : Vous avez abordé une question très délicate. Il y a actuellement des gens qui vivent à la maison, par exemple, atteints de paralysie cérébrale à l'âge de 25 ans, avec leurs parents, dont les deux travaillent. Ils recevaient des soins à domicile. Après la pandémie, nous nous retrouvons dans une situation où on peut se demander quel genre de soins la personne qui veut rester et vivre à la maison pourra recevoir, dès lors que les deux parents veulent toujours aller travailler. Une personne atteinte d'un handicap de cette nature a forcément une santé fragile; son système immunitaire est vulnérable au coronavirus. Qui acceptera de venir lui prodiguer des soins à domicile après la pandémie? Il y a des dizaines de milliers de cas de ce genre partout au pays. Je ne sais pas si d'autres veulent participer à cette discussion, mais nous devons trouver des solutions.

Dr Hébert : Cela me préoccupe beaucoup. À l'heure actuelle, l'accent est mis sur l'établissement, mais dans l'optique de la dette, et alors qu'il y a des personnes handicapées qui ne reçoivent pas les services appropriés en ce moment, la priorité est accordée à l'établissement. Les ressources humaines se déplacent vers les établissements pour les soutenir, mais les personnes handicapées se retrouvent sans services, que ce soit de la part du public, du gouvernement ou des organismes sociaux chargés de fournir certains services de tâches ménagères ou de soins personnels. C'est un problème majeur en ce moment, et je crains que ces gens soient obligés d'aller à l'urgence et d'être hospitalisés, ou qu'ils meurent chez eux dans le silence et l'indifférence. Il y a un drame silencieux qui se déroule en ce

and no one is talking about those people at home who are left without the appropriate services. I fully agree with you.

Dr. Estabrooks: Thank you. I wanted to follow on Dr. Hébert's comments about the continuum of care. There is a continuum, but there isn't going to be an ability to eliminate the need for nursing homes. We certainly can keep people out of them much longer if we have proper community and home care supports, but because of the nature of the individuals in long-term care — 80% of them have dementia — at some point as dementia progresses, the needs that one has overwhelm the family and community, if you even have a family. It's important that we recognize that institutional care is a part of this.

When we talk about long-term care homes — and this is why Dr. Hébert's comments about the Canada Health Act are germane — we're not talking about a chronic hospital. We are talking about somebody's home. It's health and social care, and we need to have a framework nationally that allows us to deliver appropriate care with adequate resources in that way. How do you live well with severe dementia — and you can — but how do you live the last part of your life well and how do you die well?

I think we're aware that most Canadians have a strong sense of wanting to have some autonomy and the ability to control that, and right now that isn't necessarily the case in many of our facilities.

Finally, people with disabilities are a challenge and a major issue in this sector, but it's not just people with disabilities. The people in long-term care are like the people in Canada, and vulnerability and inequity play major roles in how well you do in long-term care. I would place poverty at the top of the list.

If you're poor and you're in a nursing home, you'll likely be a woman and you won't be able to buy vision care, hearing care and dental care, and all the uninsured services that we now have in these settings. It has become a very complex place, much different from how it was 10, 20 or 40 years ago when we began to build it. Thank you.

Senator Munson: Thank you.

Senator Seidman: Thank you to all of you for your presentations.

moment au Canada, et personne ne parle de ces gens à la maison qui se trouvent privés de services appropriés. Je suis tout à fait d'accord avec vous.

Mme Estabrooks : Merci. J'aimerais revenir sur les commentaires du Dr Hébert au sujet du continuum des soins. Il y a un continuum, mais il ne sera pas possible d'éliminer le recours aux foyers de soins infirmiers. Nous pouvons certainement retarder l'entrée des gens dans ces foyers beaucoup plus longtemps s'il y a des soutiens communautaires et à domicile adéquats, mais, sachant quel est l'état des résidents des foyers de soins de longue durée — 80 % d'entre eux sont atteints de démence —, il arrive un moment, à mesure que leur état se détériore, où leurs besoins dépassent les capacités de la collectivité et de la famille, si famille il y a. Il est important de reconnaître que les soins en établissement font partie de ce continuum.

Lorsque nous parlons de foyers de soins de longue durée — et c'est pourquoi les commentaires du Dr Hébert au sujet de la Loi canadienne sur la santé sont si pertinents —, nous ne parlons pas d'hôpitaux pour malades chroniques. Nous parlons du foyer de quelqu'un. Il offre des soins de santé et des soins sociaux, et nous avons besoin d'un cadre national qui nous permette d'offrir des soins appropriés avec des ressources suffisantes. Comment peut-on bien vivre avec une démence grave — et on le peut —, mais comment peut-on bien vivre la dernière partie de sa vie et mourir dans la dignité?

Je pense que nous savons que la plupart des Canadiens veulent jouir d'une certaine autonomie et exercer un contrôle pendant leurs dernières années, mais ce n'est pas nécessairement ainsi que les choses se passent à l'heure actuelle dans bon nombre de nos établissements.

Enfin, les personnes handicapées représentent un défi et un enjeu majeur dans ce secteur, mais il ne s'agit pas seulement des personnes handicapées. Les gens qui reçoivent des soins de longue durée sont comme les autres Canadiens. La vulnérabilité et la disparité de revenu jouent un rôle important dans la qualité des soins de longue durée qu'une personne peut recevoir. Je mettrais la pauvreté en tête de liste des facteurs.

Si vous êtes pauvre et que vous vivez dans un foyer de soins infirmiers, les probabilités que vous soyez une femme et que vous ne puissiez pas vous payer les soins de la vue, les soins auditifs et dentaires et tous les services non assurés qui sont maintenant offerts dans ces établissements sont élevées. Ils sont devenus très complexes, très différents de ce qu'ils étaient il y a 10, 20 ou 40 ans, lorsque nous avons commencé à les construire.

Le sénateur Munson : Merci.

La sénatrice Seidman : Je vous remercie tous pour vos exposés.

Ms. Hall, I will ask you about your submitted list of recommendations to the federal government, which is meant to address the upcoming budget. You submitted your recommendations in February and I believe you mentioned this in your presentation. One of your recommendations was to develop and implement a pan-Canadian health and human resources strategy to deal with the shortage of long-term care workers and you wrote:

A health human resources (HHR) strategy for the long-term care sector must focus on the right number mix, and geographic distribution of providers, as well as the appropriate setting for providers to deliver services.

I would be happy to hear you discuss your vision for this particular strategy, and I'd like to know if you have discussed this with the federal government.

And I do have a question for Dr. Hébert as well, if we can get to it. You're a geriatrician and a former Minister of Health and Social Services in Quebec, and you have, in a very attractive way, talked about the move from acute care to community care and the need to move some of our services to community care, namely in home care.

I'm a great advocate for aging in place, and there has been a lot of talk about the lack of resources in the community to foster that. I'd like to know what role the federal government might play in moving some resources from acute care to home care.

Ms. Hall: Thank you very much. Yes, in regard to the submission that we made in our federal budget submission in February, and actually, if you look back over the last four years, that was part of a submission we have been making year after year after year, which is that there is a health human resource strategy developed for long-term care across Canada. For our members, this has been a long-standing matter. It's one of our top priorities, which is why it is in this document, and I think that unfortunately, because of the effects of the COVID-19 outbreak, we see how serious this issue is.

Some of what we're talking about is the support of the federal government for a very targeted immigration strategy, to help shore up other professionals that we have available to us. I think there is also serious work to be done to engage our young people across the country so that they understand what the career opportunities are.

There have been so many negative or incorrect headlines made about long-term care over the last few years that you certainly can understand why many young people may not necessarily choose senior care as a field of choice. So I think there is a tremendous amount of work that can be done to better portray

Madame Hall, je vais vous poser une question au sujet de la liste de recommandations que vous avez présentées au gouvernement fédéral en vue de la préparation du prochain budget. Vous avez présenté vos recommandations en février, et je crois que vous en avez fait mention dans votre exposé. Vous avez recommandé, entre autres, d'élaborer et de mettre en œuvre une stratégie pancanadienne en ressources humaines de la santé comme moyen de remédier à la pénurie de travailleurs des soins de longue durée. Vous avez écrit :

Une stratégie en ressources humaines de la santé pour le secteur des soins de longue durée doit être axée sur la quantité, le mélange et la distribution géographique appropriés de fournisseurs et sur l'environnement approprié pour permettre aux fournisseurs d'offrir leurs services.

Je serais heureuse de vous entendre décrire comment vous envisagez cette stratégie particulière et j'aimerais savoir si vous en avez discuté avec le gouvernement fédéral.

J'ai aussi une question pour le Dr Hébert, si le temps le permet. Vous êtes gériatre et ancien ministre de la Santé et des Services sociaux du Québec, et vous avez parlé avec éloquence du passage des soins de courte durée aux soins communautaires et de la nécessité de transférer certains de nos services aux soins communautaires, notamment aux soins à domicile.

Je suis tout en faveur du vieillissement à domicile, mais je constate qu'on ne cesse de parler du manque de ressources communautaires pour le favoriser. J'aimerais savoir quel rôle le gouvernement fédéral pourrait jouer pour transférer certaines ressources des soins de courte durée aux soins à domicile.

Mme Hall : Merci beaucoup. Oui, pour ce qui est de la recommandation contenue dans notre mémoire présenté en février en prévision du budget fédéral — et qui, en fait, a figuré année après année depuis quatre ans dans nos mémoires prébudgétaires —, elle préconise la mise en place d'une stratégie en ressources humaines de la santé pour les soins de longue durée partout au Canada. Pour nos membres, il s'agit d'une demande de longue date. C'est l'une de nos grandes priorités, et c'est pourquoi elle est reprise dans ce document. Je pense qu'il a fallu, malheureusement, subir les effets de la pandémie de la COVID-19 pour prendre conscience de la gravité du problème.

L'un des éléments de cette recommandation, c'est le soutien du gouvernement fédéral à une stratégie d'immigration très ciblée, ayant pour but de renforcer les rangs des professionnels qui sont déjà ici. Je pense qu'il y a aussi un travail sérieux de mobilisation des jeunes partout au pays pour les amener à comprendre quelles sont les possibilités de carrière.

Il y a eu tellement de manchettes négatives ou erronées au sujet des soins de longue durée au cours des dernières années que vous pouvez certainement comprendre pourquoi beaucoup de jeunes ne considèrent pas nécessairement les soins aux personnes âgées comme un domaine de travail de choix. Je pense donc

the beauty of this sector. I know we've heard so much about the challenges but, equally, some of the most passionate, dedicated and intelligent people I have ever encountered are from this sector, and they're not there because they weren't good enough to go somewhere else. It's because they chose to be there, yet that's the messaging that doesn't get out. There is a lot of effort and energy that can go into promoting what this sector really is all about.

Overall, for Canadians, we've done polling through the Canadian Association for Long-term Care and we know that long-term care and care facilities, care homes, do matter. I think that is something we need to do a better job engaging the public and promoting overall what it is that we do.

[Translation]

Dr. Hébert: I'll speak to you in French, because I know that Senator Seidman understands French very well. We worked together on the Canadian longitudinal study on aging many years ago.

One of the Canadian government's successes has been the implementation of our current health care system. As I said earlier, the system is based mainly on hospitals and medical care, and therefore on what's medically necessary, as set out in the Canada Health Act.

If we want Canada to have the legitimacy to address long-term care, the country needs specific long-term care legislation that would establish principles similar to the Canada Health Act, but specific to long-term care, including home care and institutional care. As an alternative, Canada should use its spending power to create a Canada home care benefit similar to the Canada child benefit. This benefit would provide direct funding so that people with disabilities can access the services that they need. This benefit would be established based on an assessment of a patient's disabilities.

In all provinces, workers use a tool to measure disabilities. In Quebec, this tool is called the Functional Autonomy Measurement System, or SMAF. In the other provinces, the tool is called the Resident Assessment Instrument, or RAI. We have a basis for determining people's eligibility for this benefit and the amount provided. This made it possible to cover home and institutional care through specific funding. This would provide a way out of the current situation, where long-term care is lumped in with all the budgets of the facilities. These facilities focus much more on hospital care than on the care provided to seniors with disabilities or people with disabilities.

qu'il y a énormément à faire pour mieux représenter la beauté de ce secteur. Je sais que nous avons beaucoup entendu parler des défis, mais je veux mentionner également que certaines des personnes les plus passionnées, dévouées et intelligentes que j'ai rencontrées travaillent dans ce secteur et qu'elles ne sont pas là parce qu'elles n'étaient pas assez compétentes pour aller ailleurs. C'est parce qu'elles ont choisi d'être là, et pourtant ce message ne semble pas passer. Beaucoup d'efforts et d'énergie pourraient être consacrés à la promotion de ce secteur.

Nous avons fait des sondages par l'entremise de l'Association canadienne des soins de longue durée et nous savons que les établissements de soins de longue durée, les foyers de soins, sont importants pour les Canadiens. Je pense que nous devons davantage mobiliser le public et faire la promotion globalement de ce que nous faisons.

[Français]

Dr Hébert : Je vais m'adresser à vous en français, car je sais que la sénatrice Seidman comprend très bien le français. Nous avons travaillé ensemble sur l'Étude longitudinale canadienne sur le vieillissement il y a de nombreuses années.

Une des réussites de l'État canadien a été de mettre en place le système de soins de santé que l'on connaît actuellement. Il est basé essentiellement, comme je le disais tout à l'heure, sur les hôpitaux et les soins médicaux, donc sur ce qui est médicalement nécessaire, comme le dit la Loi canadienne sur la santé.

Si nous voulons que le Canada ait la légitimité d'intervenir dans les soins de longue durée, il faut que le pays se dote d'une loi spécifique sur les soins de longue durée qui établirait des principes semblables à la Loi canadienne sur la santé, mais spécifiques aux soins de longue durée, y compris les soins à domicile et les soins institutionnels. Ou alors, il faudrait que le Canada utilise son pouvoir de dépenser pour créer une allocation canadienne sur les soins à domicile semblable à l'Allocation canadienne pour enfants. Cette allocation permettrait de fournir directement du financement afin que les personnes qui ont des incapacités puissent se procurer les services qui leur sont nécessaires. Cette allocation serait établie sur la base d'une évaluation des incapacités d'un patient.

Dans toutes les provinces, un instrument est utilisé par les intervenants pour mesurer les incapacités. Au Québec, cet instrument s'appelle le Système de mesure de l'autonomie fonctionnelle (SMAF); dans les autres provinces, c'est le Resident Assessment Instrument (RAI). Nous avons donc une base pour établir l'admissibilité des gens à cette allocation et le montant qui serait accordé. Cela permettrait de couvrir les soins à domicile et les soins en institution grâce à un financement spécifique. Cela permettrait de se sortir de la situation actuelle, où les soins de longue durée sont amalgamés à l'ensemble des budgets des établissements, qui sont beaucoup plus préoccupés par les soins hospitaliers que par les soins aux personnes âgées qui ont des incapacités ou aux personnes handicapées.

The Chair: Thank you for this response.

[English]

Senator Seidman: Is it correct that you're on the long-term task force that was created by the Office of the Chief Science Officer, and if so I hope that you are putting forward some of these really exciting ideas on that task force.

[Translation]

Dr. Hébert: Yes, I'm part of this task force. I submitted proposals that were accepted in the part of the report that addresses longer-term issues for long-term care. I did this work in recent weeks.

The Chair: Thank you.

[English]

Dr. Estabrooks, you raised your hand to Senator Seidman's question. Do you have something to add to that?

Dr. Estabrooks: Yes, just a point about home care and the broad continuum of care that happens before people end up in nursing homes. It's not the same across all provinces, but in provinces that have had really successful aging in place or aging policies, one of the things that we're seeing is that older adults come to nursing homes much later in the course of their illnesses, and their complexity is higher, their demands are higher, so the entire face of the patient-to-resident population in nursing homes is changing as we become more successful in the community.

To Ms. Hall's comments, we haven't even begun to keep up with the workforce requirements for that kind of a population. We don't count care aides or PSWs accurately in this country, so it's challenging to do workforce planning, let alone look at the ongoing training and educational requirements. Just to note that — [Technical difficulties] — nursing homes are — [Technical difficulties] — continuing care is complex, so when you push it in one place, even if you have success, there's always a consequence elsewhere. This changing population in nursing homes is something we have to pay important attention to.

[Translation]

Senator Forest-Niesing: I will perhaps begin with a comment for Ms. Estabrooks. I appreciated your candour and I fully agree with your statement that we do not need another commission,

La présidente : Merci beaucoup pour cette réponse.

[Traduction]

La sénatrice Seidman : Est-il exact que vous faites partie du groupe de travail à long terme qui a été créé par le Bureau de la conseillère scientifique en chef? Si c'est le cas, j'espère que vous y faites valoir certaines des idées vraiment intéressantes dont vous nous avez fait part.

[Français]

Dr Hébert : Oui, je fais partie de ce groupe de travail et j'ai effectivement soumis des propositions qui ont été retenues dans la partie du rapport qui traite des enjeux à plus long terme pour les soins de longue durée. C'est un travail que j'ai fait au cours des dernières semaines.

La présidente : Merci beaucoup.

[Traduction]

Madame Estabrooks, vous avez levé la main pour répondre à la question de la sénatrice Seidman. Avez-vous quelque chose à ajouter?

Mme Estabrooks : Oui, juste un point au sujet des soins à domicile et du continuum général des soins qui précède l'admission des personnes dans des foyers de soins. Ce n'est pas la même chose dans toutes les provinces, mais dans les provinces qui ont adopté des politiques sur le vieillissement qui ont vraiment donné de bons résultats, une des choses que nous constatons, c'est que les adultes âgés se retrouvent dans les foyers de soins infirmiers beaucoup plus tard dans le cours de leur maladie, ce qui augmente la complexité de leur cas et de leurs besoins, la constitution de la population dans ces foyers évoluant à mesure que nous réussissons mieux nos interventions dans la collectivité.

Pour répondre aux commentaires de Mme Hall, nous ne suivons même pas les besoins en main-d'œuvre pour ce genre de population. Au Canada, nous ne dénombrons pas correctement les aides-soignants ou les préposés aux services de soutien à la personne. Il est donc difficile de planifier les effectifs, sans parler des exigences en matière de formation continue et d'enseignement. Je veux juste souligner [Difficultés techniques] les foyers de soins sont [Difficultés techniques] les soins de longue durée sont complexes, ce qui fait que les interventions à un endroit, même si elles ont du succès, ont toujours des conséquences ailleurs. Nous devons porter une attention particulière à cette population changeante dans les foyers de soins infirmiers.

[Français]

La sénatrice Forest-Niesing : Je commencerais peut-être avec un commentaire pour Mme Estabrooks. J'ai apprécié votre franchise et je suis tout à fait d'accord avec votre affirmation

inquiry, report or study because there are already many of them and because they all point to the same solutions. It's time to act. I have a question that was asked by the colleagues before me, and it absolutely must be asked, about reports the military has given to the Ontario and Quebec governments on the poor conditions they observed when they were providing support to long-term care facilities. As we know, although the issues have been brought to light in a very striking way, they are not new and we know that negligence has existed for many years.

I am particularly interested in the problems observed from the point of view of all the witnesses in relation to differences between living conditions in private for-profit facilities and public not-for-profit facilities. I would also like to hear what role you believe the federal government should play in addressing these issues.

[English]

Dr. Estabrooks: The issue of privatization is complex. There's a lot of controversy about it. My experience is that when I look at data about care quality, it isn't always associated with the kind of ownership a nursing home has. In this province, we don't see quality differences among the different ownership models. I think it's because the provincial government here regulates direct hours quite aggressively, so you don't get the kinds of differences you see in some jurisdictions.

I think we have to be careful when we talk about privatization in publicly administered homes. It's complex. We have to look at it and manage it in a way that is thoughtful. That's my comment on privatization.

I've lost track of what your second question was.

[Translation]

Dr. Hébert: Maybe I can answer and talk about the situation in Quebec with respect to privatization. There are two types of private facilities in Quebec, namely private CHSLDs under contract, which abide by exactly the same rules as in the public sector, that is, the same fees, the same base salary for staff and the same eligibility criteria for individuals. However, an unregulated private sector has developed, and that is cause for concern because fees and staff salaries are not controlled, and the quality of services is far less regulated than in private homes under contract.

selon laquelle nous n'avons pas besoin d'une autre commission, une enquête, un rapport ou une étude, étant donné qu'il en existe déjà beaucoup et parce qu'ils pointent tous vers les mêmes solutions. Il est temps d'agir. J'ai une question qui a été posée par les collègues qui m'ont précédée, et qui doit absolument être posée, qui concerne les rapports que les militaires ont faits au gouvernement de l'Ontario et du Québec sur les mauvaises conditions qu'ils ont observées lorsqu'ils ont fourni du soutien aux établissements de soins de longue durée. Les problèmes, on le sait, bien qu'on les ait mis en lumière de façon très prononcée, ne sont pas nouveaux et on sait qu'il y a de la négligence depuis de nombreuses années.

Je suis particulièrement intéressée par tout ce qui concerne les problèmes observés du point de vue de tous les témoins par rapport aux différences entre les conditions de vie dans les établissements privés à but lucratif et les conditions dans les établissements publics sans but lucratif. Je voudrais également vous entendre sur le rôle que le gouvernement fédéral devrait jouer, selon vous, pour régler ces problèmes.

[Traduction]

Mme Estabrooks : La question de la privatisation est complexe. Il y a beaucoup de controverse à ce sujet. D'après mon expérience, lorsque je regarde les données sur la qualité des soins, je constate que cette dernière n'est pas toujours associée au type de propriété d'un foyer de soins infirmiers. Dans cette province, nous ne constatons pas de différences de qualité entre les différents modèles de propriété. Je pense que c'est parce que le gouvernement provincial ici réglemente assez activement les heures directes, de sorte qu'il n'y a pas le genre de différences que l'on voit dans certaines administrations.

Je pense qu'il faut faire attention quand on parle de privatisation dans les foyers publics. C'est une question complexe que nous devons examiner et gérer de façon réfléchie. C'est ce que je voulais dire au sujet de la privatisation.

Je ne me souviens plus de votre deuxième question.

[Français]

Dr Hébert : Je peux peut-être répondre et parler de la situation au Québec pour ce qui est de la privatisation. Il existe deux types d'établissements privés au Québec, soit les CHSLD privés conventionnés, qui respectent exactement les mêmes conventions que dans le secteur public, c'est-à-dire les mêmes tarifs, les mêmes bases de rémunération pour le personnel et les mêmes critères pour l'admissibilité des personnes. Par contre, il y a aussi un secteur privé non conventionné qui s'est développé, et c'est ce qui est inquiétant, parce que les tarifs n'y sont pas contrôlés, la rémunération du personnel ne l'est pas non plus et la qualité des services est beaucoup moins encadrée que dans les résidences privées conventionnées.

In my opinion, there is no room in Canada for unregulated private-sector homes. I feel that, to ensure quality care for people, and above all, to keep them from being charged excessive fees, these settings must be under contract if we are to let the private sector be active in the field of care for the most disabled members of society.

Senator Forest-Niesing: Thank you. We could give Ms. Estabrooks the opportunity to respond...

[English]

Ms. Hall: Maybe what I would also add is when we talk about what is largely referenced as a nursing home type of care home, they are all regulated by the provincial governments, and they are regulated the same regardless of the corporate structure that's in place. I think that's what Dr. Estabrooks had referenced.

Individuals who we would consider to be the most frail would be in that provincial model of being in a highly regulated environment with a great deal of oversight. So there is no difference and, again, there is no profitability that is allowed on care provision itself.

[Translation]

Senator Forest-Niesing: I had a question for Ms. Hall on one of the recommendations her association is making with respect to hiring international students to address the acute needs and labour shortages in seniors' residences. I think you mentioned this earlier: Have you considered including newcomers to the country and making inquiries at the Immigration Department about possible measures to formalize the status for these newcomers more quickly, to attract them to this profession and to see it as a pathway to entering the country?

[English]

Ms. Hall: Some of the issues that we've specifically noted, for example, in the budget submission we had made, are around how the designated learning institution criteria is allotted to colleges that are offering, for example, personal support worker education. So if it's a private college, they don't necessarily need all of the criteria. Often, we see that many newcomers to Canada have completed that training and therefore don't necessarily qualify for the post-graduation work permit. There are some very technical issues that we believe the federal government could assist with in mobilizing some of the newcomers to Canada who are interested in joining the workforce.

Pour moi, il n'y a pas de place au Canada pour les centres d'hébergement privés non conventionnés. Je pense que, pour assurer des soins de qualité aux personnes, et surtout pour éviter les débordements pour ce qui est des tarifs que l'on demande à ces personnes, il faut que ces milieux soient conventionnés si on laisse le secteur privé œuvrer dans le domaine des soins aux plus handicapés de la société.

La sénatrice Forest-Niesing : Merci. On pourrait donner l'occasion à Mme Estabrooks de répondre...

[Traduction]

Mme Hall : J'ajouterais peut-être que lorsque nous parlons de ce que l'on désigne dans une large mesure comme des foyers de soins infirmiers, il s'agit dans tous les cas de foyers réglementés par les gouvernements provinciaux, qui le sont tous de la même façon, peu importe la structure organisationnelle en place. Je pense que c'est ce que Mme Estabrooks a mentionné.

Les personnes considérées comme les plus fragiles se trouvent dans le modèle provincial, où l'environnement est très réglementé et où il y a beaucoup de surveillance. Il n'y a donc pas de différence et, encore une fois, il n'y a pas de place pour la rentabilité dans la prestation de soins.

[Français]

La sénatrice Forest-Niesing : J'avais une question pour Mme Hall sur une des recommandations que fait son association par rapport à l'utilisation d'étudiants étrangers pour répondre aux besoins criants et au manque de personnel dans les résidences de personnes âgées. Je crois que vous avez mentionné ceci plus tôt : avez-vous considéré d'inclure les nouveaux arrivants au pays et de faire une requête auprès du ministère de l'Immigration pour savoir quelles mesures pourraient être implantées afin d'accélérer l'officialisation du statut de ces nouveaux arrivants, de les attirer vers cette profession et de la voir comme une voie d'entrée au pays?

[Traduction]

Mme Hall : Certaines des questions que nous avons soulignées de façon plus précise, par exemple, dans la présentation budgétaire que nous avons soumise, concernent la manière dont les critères d'établissements d'enseignement désignés s'appliquent aux collèges qui offrent, par exemple, une formation de préposé aux services de soutien à la personne. Donc, s'il s'agit d'un collège privé, tous les critères ne s'appliquent pas nécessairement. Souvent, nous constatons que de nombreux nouveaux arrivants au Canada ont terminé cette formation et ne sont pas nécessairement admissibles au permis de travail postdiplôme. Il y a des questions très techniques que le gouvernement fédéral pourrait contribuer à résoudre, selon nous, en ce qui a trait à la mobilisation de certains des nouveaux arrivants au Canada qui sont intéressés à se joindre à la population active.

Certainly at a pan-Canadian level, we do believe there is an opportunity for a focused Canadian strategy to create priorities for people at all levels of care provision — whether it's a registered nurse or a licensed practical nurse level or personal support worker — that they have greater access to immigration opportunities within Canada. We'd very much welcome an opportunity to work with the federal government to better understand what the needs of the long-term care sector are, and how this could be a solution for us going forward.

The Chair: Thank you.

Senator Moodie: Thank you to the witnesses who have joined us today. I wanted to focus a little bit more on standards of care, if we could, and on the impact of deregulation in long-term care institutions over the past decade or so.

We know there has been some increase in deregulation, especially concerning things like annual inspections and so on. I'd like to ask you to comment on the role of deregulation in setting the stage for the outbreaks we have seen and the high death rates we have seen.

I'd also like to ask a little more about standards of care. Are there national standards of care for long-term care institutions? I'm sure there must be a body of work in this area that you could share with us.

The second part of that is, are institutions required to undergo accreditation for this, to have a closer look at their standards on a regular basis? Is this voluntary or is it mandatory?

The final question I'd like you to address is if there are delivery-of-care models that we should be looking at in other countries that would perhaps serve us better. We talked a lot about past problems, but I'd like to understand, in looking forward, what particular new information do we have that might shed some improvement on this sector.

I'd like to ask Dr. Estabrooks and Dr. Hébert to start. Thank you.

Dr. Estabrooks: Thank you very much. Nursing homes — and I'm speaking particularly about 24-hour residential long-term care homes — are an interesting mix of regulations.

There's serious over-regulation of many things, and tremendous under-regulation on other things, before we even look at what the accountability processes are in terms of inspections.

À l'échelle pancanadienne, nous croyons qu'il est possible d'élaborer une stratégie nationale ciblée, en vue d'établir des priorités pour les gens à tous les niveaux de la prestation des soins — qu'il s'agisse des infirmières autorisées, des infirmières auxiliaires autorisées ou des préposés aux services de soutien à la personne —, afin qu'ils aient un meilleur accès aux possibilités d'immigration au Canada. Nous serions très heureux d'avoir l'occasion de travailler avec le gouvernement fédéral pour mieux comprendre les besoins du secteur des soins de longue durée et la façon dont cela pourrait être une solution pour nous à l'avenir.

La présidente : Merci.

La sénatrice Moodie : Merci aux témoins qui se sont joints à nous aujourd'hui. J'aimerais parler un peu plus des normes de soins, si vous me le permettez, et de l'impact de la déréglementation des établissements de soins de longue durée au cours de la dernière décennie.

Nous savons qu'il y a eu une certaine déréglementation, surtout en ce qui concerne les inspections annuelles et ainsi de suite. J'aimerais que vous commentiez le rôle qu'a joué la déréglementation dans les éclosions que nous avons vues et dans les taux de mortalité élevés que nous avons constatés.

J'aimerais aussi vous poser quelques questions sur les normes de soins. Y a-t-il des normes nationales de soins pour les établissements de soins de longue durée? Je suis certaine qu'il existe des travaux dans ce domaine dont vous pourriez nous faire part.

Deuxièmement, les établissements sont-ils tenus de se soumettre à un processus d'agrément, d'examiner de plus près leurs normes sur une base régulière? Est-ce volontaire ou obligatoire?

La dernière question que j'aimerais vous poser est la suivante : y a-t-il des modèles de prestation des soins dans d'autres pays sur lesquels nous devrions nous pencher et qui pourraient peut-être mieux nous servir? Nous avons beaucoup parlé des problèmes du passé, mais j'aimerais comprendre, pour l'avenir, quels nouveaux renseignements nous avons qui pourraient améliorer ce secteur.

J'aimerais demander à Mme Estabrooks et au Dr Hébert de commencer. Merci.

Mme Estabrooks : Merci beaucoup. Les foyers de soins infirmiers, et je parle particulièrement des foyers de soins de longue durée, sont assujetties à un mélange intéressant de règlements.

Bien des choses sont trop réglementées, et beaucoup d'autres ne le sont pas assez, et je ne parle même pas des processus de reddition de comptes en matière d'inspections.

So we heavily regulate against risk. Nursing homes are treated punitively if they have too many, for example, injuries and falls. If that is not done carefully, it results in kind of perverse activities, in that nursing homes begin to do things to restrict mobility to avoid falls. It's not just the regulations; families often also tend to be quite risk-averse, and understandably.

Around individual freedoms, movements and rights, there can be over-regulation, but then there are all these places we don't regulate at all. There are no national educational standards for front-line workers in nursing homes.

We have heard about the perfect storm and the tremendous complexity of care that is required by these residents. We have 90% of that care being delivered by people who are unregulated, meaning well and usually very committed to their work, with somewhere between eight weeks and eight months of education and no ongoing education. That's a place where national standards and some oversight and regulation could be helpful. It won't fix everything, but it's a place to start.

As to inspections, it's not clear to me why you would do an inspection by telephone or why you'd say, "We're coming next Tuesday" if you're going to do an inspection. I think there are some technical things that different jurisdictions can look at to shift that.

We also don't have enough staff in long-term care facilities. You know what happens in a hospital when they're being accredited. There's a massive attempt to get ready for the accreditation. All forces are brought to bear. In a hospital, even though they might be tight, they have resources to bring to that. When you do that in a nursing home, you are pulling from people who are giving front-line care, or from regulated nurses, physiotherapists or occupational therapists, if you even have those allied health professionals.

I think the issue of regulation and standards is one of the areas where we could have federal frameworks that would help us. You should be able to move your mother from New Brunswick to Vancouver and have the same kinds of expectations you do in the acute care system, in terms of portability, accessibility and all those sorts of things. I think a framework that looks at the social and health care required in the continuing care sector, with

La réglementation est donc très stricte en ce qui concerne les risques. Les foyers de soins infirmiers sont traités de façon punitive si le nombre de blessures et de chutes y est trop élevé, par exemple. Si cela n'est pas fait avec soin, cela entraîne des effets pervers, en ce sens que certaines commencent à prendre des mesures pour restreindre la mobilité afin d'éviter les chutes. Il n'y a pas que la réglementation; les familles ont souvent tendance à être assez réfractaires au risque, et cela est compréhensible.

En ce qui concerne les libertés individuelles, la liberté de mouvement et les droits, il peut y avoir une réglementation excessive, mais il y a aussi tous ces endroits qui ne sont pas du tout réglementés. Il n'y a pas de normes nationales de formation pour les travailleurs de première ligne dans les foyers de soins infirmiers.

Nous avons entendu parler de la tempête parfaite et de l'énorme complexité des soins dont ces résidents ont besoin. Quatre-vingt-dix pour cent de ces soins sont prodigués par des personnes qui ne sont assujetties à aucune réglementation, qui ont de bonnes intentions et qui sont habituellement très engagées dans leur travail, et qui ont suivi un programme d'enseignement de huit semaines à huit mois, mais pas de formation continue. C'est un domaine où des normes nationales et une certaine surveillance et réglementation pourraient être utiles. Cela ne règlera pas tous les problèmes, mais c'est un bon point de départ.

Pour ce qui est des inspections, je ne comprends pas ce qui justifie une inspection par téléphone ou un appel pour dire : « Nous allons venir mardi prochain » lorsqu'une inspection est nécessaire. Je pense qu'il y a des aspects techniques sur lesquels les différentes administrations peuvent se pencher pour changer cela.

Nous n'avons pas non plus suffisamment de personnel dans les établissements de soins de longue durée. Vous savez ce qui se passe dans un hôpital en cas d'agrément. Des efforts massifs sont déployés pour s'y préparer. Toutes les forces sont mises à contribution. Dans un hôpital, même lorsque les ressources sont limitées, elles sont suffisantes pour y arriver. Lorsque la même situation se produit dans un foyer de soins infirmiers, ce sont aux gens qui prodiguent des soins de première ligne qu'il faut faire appel, ou à des infirmières réglementées, des physiothérapeutes ou des ergothérapeutes, pour peu que l'on y retrouve ces professionnels de la santé.

Je pense que la question de la réglementation et des normes est l'un des domaines où nous pourrions avoir des cadres fédéraux qui nous aideraient. Il devrait être possible de déménager sa mère du Nouveau-Brunswick à Vancouver et de s'attendre aux mêmes critères que dans le système de soins actifs, en ce qui concerne la transférabilité, l'accessibilité et ce genre de choses. Je pense qu'un cadre qui tient compte des besoins en matière de

a focus on long-term care, could be terribly helpful to us in Canada.

Dr. Hébert: I think accreditation is a key issue. With the structural reforms we have seen in Quebec, the creation of the big superstructures, Accreditation Canada is accrediting every superstructure, not each of the CHSLDs or nursing homes, and that's a problem.

Accreditation Canada was developed for accrediting hospitals. We need to look more closely into accrediting nursing homes and setting standards for care, and for how many physicians you need to be able to provide care in a nursing home, in particular: how many nurses you should have on the floor for each shift; how many people for personal care; what are the conditions for the sharing of bathrooms, and all these issues that are important in day-to-day life, but more important during a crisis such as we face at the moment. The adaptation of accreditation organizations is critical, in my mind, to ensure we have standards and that people admitted to those institutions are treated properly.

When I was minister, I created a kind of unannounced inspection visit, where three people were going to nursing homes to check certain criteria. The report from these inspection visits was supposed to be posted on the internet in order to be transparent, but also with a plan to correct the problems that were identified. Unfortunately, this is no longer in place, but I think that type of unannounced visit is important to be able to see what the problems are in nursing homes.

Senator Manning: Thank you to our witnesses today. I have a couple of questions. My first is to Dr. Estabrooks.

I'm wondering about the sharing of information between provinces — the sharing of best practices, quality improvements that could be made, and what means are in place to create common standards, which you talked about a few moments ago — as we look to a national program for long-term care.

My next question is for Ms. Hall. There's been a lot of discussion across the country over the past number of weeks in relation to personal protective equipment. What is the current status of the supply of PPE in long-term care homes?

Dr. Estabrooks: Thank you. There aren't good mechanisms for sharing. One of the things we've been criticized for in Canada, regardless of the sector you're looking at in the health arena, is being a country of pilot projects. We have a lot of small projects, some of them very promising, but scaling them doesn't

services sociaux et de soins de santé dans le secteur des soins continus, en mettant l'accent sur les soins de longue durée, pourrait nous être extrêmement utile au Canada.

Dr Hébert : Je crois que l'agrément est une question clé. Avec les réformes structurelles que nous avons vues au Québec, la création des grandes superstructures, Agrément Canada agréé chaque superstructure, mais pas chacun des CHSLD ou des foyers de soins, et c'est là que réside le problème.

Agrément Canada a été créé pour agréer les hôpitaux. Nous devons examiner de plus près l'agrément des foyers de soins infirmiers et l'établissement de normes pour les soins : le nombre de médecins nécessaires pour fournir des soins dans un centre de soins infirmiers, en particulier, le nombre d'infirmières nécessaires sur place pour chaque quart de travail, le nombre de préposés aux soins personnels, les modalités pour le partage des salles de bain, et toutes ces questions qui sont importantes dans la vie quotidienne, mais plus encore dans une crise comme celle que nous vivons actuellement. L'adaptation des organismes d'agrément est essentielle, à mon avis, pour que nous ayons des normes et que les personnes admises dans ces établissements soient traitées correctement.

Lorsque j'étais ministre, j'ai créé une sorte de visite d'inspection non annoncée, où trois personnes se rendaient dans des foyers de soins infirmiers pour vérifier certains critères. Le rapport de ces visites d'inspection devait être affiché sur Internet pour assurer la transparence, ainsi qu'un plan pour corriger les problèmes décelés. Malheureusement, cela n'existe plus, mais je pense que ce type de visite non annoncée est important pour pouvoir voir quels sont les problèmes dans les foyers de soins infirmiers.

Le sénateur Manning : Merci à nos témoins d'aujourd'hui. J'ai quelques questions. La première s'adresse à Mme Estabrooks.

Je m'interroge sur le partage de l'information entre les provinces — la mise en commun des pratiques exemplaires, les améliorations de la qualité qui pourraient être apportées et les moyens qui sont en place pour créer des normes communes, dont vous avez parlé il y a quelques instants — dans le contexte d'un programme national de soins de longue durée.

La suivante s'adresse à Mme Hall. Au cours des dernières semaines, il y a eu beaucoup de discussions au pays au sujet de l'équipement de protection individuelle. Quel est l'état actuel des stocks d'équipement de protection individuelle dans les foyers de soins de longue durée?

Mme Estabrooks : Merci. Il n'y a pas de bons mécanismes de mise en commun. L'une des choses qu'on nous a reprochées au Canada, quel que soit le secteur de la santé, c'est d'être un pays de projets pilotes. Nous avons beaucoup de petits projets, dont certains sont très prometteurs, mais nous n'arrivons pas à

occur. We don't communicate well among provinces. There are not even mechanisms.

We run a partnered program where we bring stakeholders, policy-makers, etc., to the table, and sometimes we can't even get them there because they're not permitted to travel. That's how serious the issue can be.

As to promising practices, quite a bit of work has been done in Canada on promising practice. I'd like to start by saying that you don't need a fancy nursing home built in 2018 to provide good care. There are horrible buildings in this country that are delivering high-quality care. A lot of that goes to the leadership and management, and we're not supporting our leaders effectively. We need to know more about why they're doing well. They have also tended to do well during COVID, so I think that's important.

There are tremendously interesting models in other countries, and we're not sharing that information well and we're not sharing whether provinces are trying it out. For example, the dementia villages in the Netherlands or the green care farms in Europe, which are very promising; can they be scaled? Do they fit our culture and context?

The short answer is, no, we don't have good mechanisms. But we have a lot of people. If we can get the mechanisms and processes right, everybody — from policy-makers to managers, leaders, associations and researchers — could begin to put this together if there were some framework.

Ms. Hall: Just to quickly make a statement about data sharing. As Dr. Estabrooks pointed out, there's a tremendous amount of data provincially. Long-term care is highly regulated, but there is a challenge when we try to compare. So creating a national standard is something we have talked about extensively at the Canadian Association for Long Term Care. There are strategies to do this going forward. There's a resident assessment instrument and other tools that can be used.

To go back to the specific question that was directed to me regarding PPE: The federal government has created a supply council to look at this issue in more depth, so we look forward to the outcomes of that for the homes on the ground, if I can express it that way. The cost of PPE is still a major question mark for everyone. Accessing the supplies, certainly in the short term, was one thing, but we need to consider that this is probably our long-term reality for some time, where we'll need continuous access to personal protective equipment. Many of these

les déployer à plus grande échelle. Nous ne communiquons pas bien entre les provinces. Il n'y a même pas de mécanismes prévus à cet effet.

Nous avons un programme de partenariat dans le cadre duquel nous réunissons des intervenants, des décideurs, et cetera, et parfois nous ne pouvons même pas les faire venir, parce qu'ils ne sont pas autorisés à voyager. La situation est grave à ce point.

Pour ce qui est des pratiques prometteuses, beaucoup de travail a été fait au Canada à cet égard. J'aimerais commencer par dire qu'il n'est pas nécessaire d'avoir un foyer de soins sophistiqué construit en 2018 pour fournir de bons soins. Il y a des bâtiments horribles au Canada où on offre des soins de grande qualité. Une bonne partie de cela dépend du leadership et de la gestion, et nous n'appuyons pas efficacement nos gestionnaires. Nous devons en savoir plus sur les raisons de la réussite de certains. Ces endroits ont également eu tendance à bien s'en tirer pendant la COVID, alors je pense que c'est important.

Il y a des modèles extrêmement intéressants dans d'autres pays, mais nous ne mettons pas en commun cette information et nous ne savons pas si d'autres provinces mettent à l'essai ces modèles. Par exemple, les villages de la démence aux Pays-Bas ou les fermes de soins écologiques en Europe, qui sont très prometteurs; peuvent-ils être adaptés? Correspondent-ils à notre culture et à notre contexte?

En résumé, non, nous n'avons pas de bons mécanismes. Mais nous avons beaucoup de monde. Si nous parvenons à mettre en place les bons mécanismes et processus, tout le monde — des décideurs aux gestionnaires, en passant par les dirigeants, les associations et les chercheurs — pourrait commencer à mettre quelque chose en place s'il existait un cadre.

Mme Hall : J'aimerais mentionner brièvement quelque chose au sujet du partage des données. Comme Mme Estabrooks l'a souligné, il y a énormément de données à l'échelle provinciale. Les soins de longue durée sont très réglementés, mais il y a un défi à relever lorsque nous essayons de faire des comparaisons. La création d'une norme nationale est une chose dont nous avons beaucoup parlé à l'Association canadienne des soins de longue durée. Il y a des stratégies pour y arriver. Il existe un instrument d'évaluation des résidents et d'autres outils qui peuvent être utilisés.

Pour revenir à la question précise qui m'a été posée au sujet de l'équipement de protection individuelle, le gouvernement fédéral a créé un conseil de l'approvisionnement pour examiner cette question plus en profondeur. Nous attendons donc avec impatience les résultats pour les foyers sur le terrain, si je peux m'exprimer ainsi. Le coût de l'équipement de protection individuelle continue de susciter beaucoup d'interrogations pour tout le monde. L'accès aux stocks, certainement à court terme, était une chose, mais nous devons tenir compte du fait que c'est

organizations have very little resources, so it's a serious question from that point of view.

As far as being able to procure PPE, whether it's at the provincial government level or by the individual facility, the situation has gotten better. It has stabilized, but there are certainly long-term questions about what this will look like going forward and the overall sustainability of it. Whether we're looking at products that could be recycled or reused, or whether we can have a centralized approach to procurement in order to control costs, those are critical issues going forward.

Senator Manning: I have a quick question for Dr. Hébert. In relation to the task force on long-term care, can you tell us how often you meet, and is there a report or recommendations in the future from your task force?

Dr. Hébert: Thank you for the question. We met via teleconference five times. The last one was a couple of weeks ago. We have been working with the first report on the immediate action that should be taken by Health Canada to establish standards to improve the situation and prevent a second wave. We've also worked on a second report for more mid- or long-term issues that should be addressed by Health Canada and the provinces about long-term care. But the committee is no longer meeting.

Senator Manning: Thank you.

[Translation]

The Chair: Thank you for that response.

Senator Mégie: Thanks to the witnesses for their very good comments. My first question is for Ms. Hall. The Canadian Association for Long Term Care had recommended the establishment of immigrant streams. I am coming back to my colleague Senator Forest-Niesing's question, but I would like to address another factor with you. It is about the doctors, nurses and nursing assistants with foreign credentials who have been in Quebec and Canada for some time. When the major crisis came, all the provinces said, and everyone, especially in Quebec, cried out that we needed all hands on deck, that we needed people to come and help out in the CHSLDs. They were completely ignored. We are even turning to immigrants, but we are not turning to them. It is only because their skills have not yet been recognized.

probablement notre réalité à long terme pour un certain temps, et que nous aurons besoin d'un accès continu à ce genre d'équipement. Beaucoup de ces organisations ont très peu de ressources, alors c'est une question grave de ce point de vue.

Pour ce qui est de la possibilité d'acheter de l'équipement de protection individuelle, que ce soit au niveau du gouvernement provincial ou de l'établissement, la situation s'est améliorée. Elle s'est stabilisée, mais il subsiste certainement des questions à long terme sur ce à quoi on peut s'attendre pour l'avenir et sur la durabilité globale de tout cela. Qu'il s'agisse de produits qui pourraient être recyclés ou réutilisés, ou de la possibilité d'adopter une approche centralisée en matière d'approvisionnement, afin de contrôler les coûts, ce sont des questions cruciales pour l'avenir.

Le sénateur Manning : J'ai une question rapide pour le Dr Hébert. En ce qui concerne le groupe de travail sur les soins de longue durée, pouvez-vous nous dire à quelle fréquence vous vous réunissez, et s'il y a un rapport ou des recommandations à venir?

Dr Hébert : Merci de la question. Nous nous sommes rencontrés cinq fois par téléconférence. La dernière rencontre remonte à quelques semaines. Nous avons travaillé à un premier rapport sur les mesures immédiates qui devraient être prises par Santé Canada pour établir des normes, afin d'améliorer la situation et d'éviter une deuxième vague. Nous avons également rédigé un deuxième rapport sur les questions à moyen ou à long terme qui devraient être abordées par Santé Canada et les provinces au sujet des soins de longue durée. Mais le comité ne siège plus.

Le sénateur Manning : Merci.

[Français]

La présidente : Merci pour cette réponse.

La sénatrice Mégie : Merci aux témoins de leurs très bons commentaires. Ma première question s'adresse à Mme Hall. L'Association canadienne des soins de longue durée avait recommandé l'établissement de flux d'immigration. Je reviens à la question de ma collègue la sénatrice Forest-Niesing, mais il y a un autre volet que je voulais aborder avec vous. Il s'agit de celui des médecins, infirmières et infirmières auxiliaires diplômés à l'étranger, qui sont au Québec et au Canada depuis quelque temps. Quand la grosse crise est arrivée, toutes les provinces ont dit, et tout le monde a crié, surtout au Québec, qu'on avait besoin de bras, qu'on avait besoin de gens pour venir prêter main-forte dans les CHSLD. Or, on les a catégoriquement mis de côté. On fait même appel à l'immigration, mais on ne fait pas appel à eux. C'est juste que leurs compétences ne sont pas encore reconnues.

Is there anything we can do? What could the federal government do to facilitate this? Do you have any ideas? The question is for Ms. Hall, but then I would also like to hear Dr. Hébert's comments.

[English]

Ms. Hall: Thank you. I can say in that regard that certainly any individual who is here in Canada who has a credential would fall under the jurisdiction of the provincial regulatory licensing body. Whether that's the College of Physicians and Surgeons, for example, in a particular province, or the individual registered nurses association, those organizations govern the regulatory criteria for their licensing.

If there is an opportunity for us to collaborate with those individuals and to find a way to engage them in the long-term care workforce, in a capacity where they could immediately begin, we would certainly be interested to work with all skilled people out there to come and work in our homes.

[Translation]

Dr. Hébert: First, I am happy to see my former colleague Marie-Françoise again.

Senator Mégie: Likewise.

Dr. Hébert: The issue of recognition for foreign physicians is extremely important. It has been discussed a great deal in Quebec over the past 20 years. I was dean of the Faculty of Medicine at the Université de Sherbrooke when a form of qualification upgrading was set up for foreign-trained doctors. The challenge is upgrading qualifications and securing the availability of internship locations to perform the upgrading. A lot of work has been done in Quebec to help foreign doctors acquire the skills that Quebecers and Canadians have a right to expect from all physicians. I do not feel the federal government has a role to play in this area, which is more of a provincial jurisdiction and is reserved for the bodies that set standards for medical practice.

I cannot comment on nursing. I know, however, that a lot of effort has been made to provide qualification upgrading for nurses and nursing assistants.

I believe that those who worked as personal support workers during this COVID-19 crisis should, at a minimum, be entitled to prior learning assessment for their contribution. In this regard, the federal government would have a role to play in ensuring that their status is settled, in terms of citizenship or permanent

Y aurait-il moyen de faire quelque chose? Qu'est-ce que le gouvernement fédéral pourrait faire pour faciliter cela? Avez-vous des idées? La question s'adresse à Mme Hall, mais j'aurais aimé aussi avoir les commentaires du Dr Hébert à ce sujet par la suite.

[Traduction]

Mme Hall : Merci. À cet égard, je peux dire que toute personne qui se trouve au Canada et qui a des titres de compétence relèverait certainement de l'organisme provincial de réglementation et de délivrance de permis. Qu'il s'agisse du Collège des médecins et chirurgiens, par exemple, dans une province donnée, ou de l'association des infirmières et infirmiers autorisés, ces organisations régissent les critères de réglementation liés à l'octroi de leurs permis.

Si l'occasion nous est donnée de collaborer avec ces personnes et de trouver une façon de les inclure dans l'effectif des soins de longue durée, afin qu'elles puissent commencer à travailler immédiatement, il est certain que nous sommes intéressés à travailler avec toutes les personnes qualifiées qui sont disposées à venir travailler dans nos foyers.

[Français]

Dr Hébert : D'abord, je suis heureux de revoir mon ex-collègue Marie-Françoise.

La sénatrice Mégie : Moi aussi.

Dr Hébert : La question de la reconnaissance des médecins étrangers est extrêmement importante. Elle a fait l'objet de nombreuses discussions au Québec au cours des 20 dernières années. J'étais doyen à la Faculté de médecine de l'Université de Sherbrooke au moment où on a mis en place une forme de mise à niveau des compétences pour ces médecins formés à l'étranger. L'enjeu en est un de mise à niveau des compétences et de disponibilité des milieux où faire des stages en vue d'effectuer cette mise à niveau. Beaucoup de travail a été fait au Québec pour permettre à ces médecins étrangers d'avoir les compétences auxquelles les Québécois et les Canadiens sont en droit de s'attendre de la part de tous les médecins. Je ne crois pas que le gouvernement fédéral ait un rôle à jouer dans ce domaine, qui est plutôt de compétence provinciale et qui est réservé à chacun des organismes qui établissent les normes pour la pratique médicale.

Je ne peux pas me prononcer sur les soins infirmiers. Je sais toutefois que du travail important a été fait pour offrir des formations de mise à niveau aux infirmières et aux infirmières auxiliaires.

Je crois que les personnes qui ont travaillé comme préposés pendant cette crise de la COVID-19 devraient, à tout le moins, avoir droit à une reconnaissance d'acquis pour leur contribution. À cet égard, le gouvernement fédéral aurait un rôle à jouer pour faire en sorte que leur statut, en matière de citoyenneté ou de

residence. They made a significant contribution to the management of the crisis. The least we can do is show them our appreciation for lending a hand in these difficult times.

Senator Mégie: Thank you, Dr. Hébert, and thank you, Ms. Hall. I have another question. I do not know which one of you can answer it. One point has not been addressed with respect to seniors. In addition to their vulnerability as seniors, some are also at the end of their lives. We have not talked about that. What struck me in Quebec is its community resources called palliative care homes — in other provinces, they are called hospices — where people have also had to suffer the effects of COVID-19. Families had to be prevented from visiting them, so many of them died alone. The system has been blamed for that.

Do you feel, after reflecting on this, if you have reflected on it, that there would be a way, in the event of another crisis, to avoid this humanitarian crisis, or this human crisis, in this small area? I know it may be smaller, but it still involved vulnerable, not to say very vulnerable, people.

Dr. Hébert: If you will allow me, I will attempt to provide an initial response. I think that, indeed, we went too far with restrictions on palliative care centres. We now know that it is possible to set up these places and provide personal protective equipment so that families can be with their loved ones in their final moments. In an effort to protect the general public from spread as much as possible, I believe we went too far, and public health authorities recognize it. With certain conditions, of course, we should allow families to be there in palliative care facilities, but also in CHSLDs, to be beside their loved one in their final moments. I believe it is inhumane not to do so and that the drawbacks of an excessively restrictive approach are far greater than the benefits.

Senator Mégie: Thank you.

[English]

The Chair: Dr. Estabrooks, Senator Mégie doesn't have any more time, but I want to hear you on that because I think we were all disturbed hearing some of those stories.

Dr. Estabrooks: Yes. First of all, almost everyone in a nursing home is dying. This is their last stop, and that's okay. We can make it a really good place. Over 90% of people will die there. The other 10%, a good proportion of them, will die often inappropriately transferred to an emergency room.

résidence permanente, soit régularisé. Ces gens ont apporté une contribution significative à la gestion de la crise. Le moins que l'on puisse faire serait de leur montrer notre reconnaissance pour avoir prêté main-forte en ces temps difficiles.

La sénatrice Mégie : Merci, docteur Hébert, et merci, madame Hall. J'ai une autre question. Je ne sais pas qui d'entre vous pourra y répondre. Il y a un point qu'on n'a pas abordé en ce qui concerne les personnes âgées. En plus de leur vulnérabilité en tant qu'ainés, certaines personnes sont aussi en fin de vie. Or, on n'en a pas parlé. Ce qui m'a frappée, au Québec, c'est qu'il y a des ressources communautaires, qui sont des maisons de soins palliatifs — dans les autres provinces, on les appelle des hospices —, où ces personnes ont dû elles aussi subir les effets de la COVID-19. On a dû empêcher que les familles aillent les visiter, donc plusieurs d'entre eux sont morts seuls. C'est ce qu'on a reproché au système.

Pensez-vous, après avoir réfléchi à cela, si vous y avez réfléchi, qu'il y aurait une façon, s'il y a une autre crise, d'éviter cette crise humanitaire, ou cette crise humaine, dans ce petit secteur? Je sais qu'il est peut-être plus petit, mais cela concerne quand même une clientèle vulnérable, et même très vulnérable.

Dr Hébert : Si vous me le permettez, je vais tenter une première réponse. Je pense que, effectivement, on est allé trop loin dans les restrictions dans les centres de soins palliatifs. Nous savons maintenant qu'il est possible d'aménager ces endroits et de prévoir des équipements de protection personnelle pour permettre à la famille de vivre les derniers moments aux côtés de leur proche. Dans un souci de protéger le plus possible la population de la propagation, je crois qu'on est allé trop loin, et les autorités de santé publique le reconnaissent. On devrait permettre, sous certaines conditions, bien sûr, que les familles soient là, dans les établissements de soins palliatifs, mais aussi dans les CHSLD, pour accompagner leur proche dans leurs derniers moments. Je crois qu'il est inhumain de faire le contraire et que les inconvénients d'une telle approche trop restrictive sont beaucoup plus importants que les bénéfices qu'on peut en retirer.

La sénatrice Mégie : Merci.

[Traduction]

La présidente : Madame Estabrooks, la sénatrice Mégie n'a plus de temps, mais j'aimerais vous entendre à ce sujet parce que je pense que nous avons tous été troublés par certaines de ces histoires.

Mme Estabrooks : Oui. Tout d'abord, presque tous les résidents des foyers de soins sont en fin de vie. C'est leur dernière résidence, et cela est entendu. Nous pouvons faire en sorte qu'il s'agisse d'un endroit agréable où vivre. Plus de 90 % des gens y mourront. Les 10 % restants, une bonne proportion d'entre eux, mourront à l'urgence, après y avoir été transférés à tort.

So palliative resources are critical and they're in short supply in nursing homes. Just on the palliative services issue, we've got a long way to go, as we do on mental health services.

In terms of families, I would like to ask the senators if they think that in any hospital in this country, if a dying baby in a neonatal intensive care unit would have been permitted to die without its parent. I think what we've done is completely egregious and unacceptable. I know why we did it, but we didn't let up fast enough. There is no reason a daughter can't dress up in a hazmat suit just as well as a personal support worker can. We have to give them equipment and teach them how to use it, but when you're old and dying in a nursing home and you have dementia, you need familiarity. You're scared and it's confusing. Now there are all these people walking around in masks and gowns. You can't hear their voices well or see them well.

Families in nursing homes provide a lot of care because we rely more and more on families than unpaid workers to fill the gaps we've got. If any of you have had a parent or a sibling or a spouse in a nursing home, you know how much care families provide. To just say, you can't come, is one of the biggest failures we have in the pandemic. Even if we did that in the beginning because we were confused and afraid, we could have let up much faster. That's one of the issues going forward that we have to address. I know it creates some risks, but life isn't without risk. We know enough now so we can manage it. On that issue we don't really have a good record. Thank you.

The Chair: Thank you both for those answers.

Senator Dasko: Thank you to the witnesses for appearing today. I've learned a lot. I would like to start with a couple of questions for Ms. Hall. First of all, you represent private owners, do you not?

Ms. Hall: Yes. We represent a mix of public and private.

Senator Dasko: A mix, yes. Okay. You mentioned earlier that the formula for funding is very specific and the money coming from public dollars is very focused and there is no room for profit in there. Where does the profit come from if every dollar you say is allocated to food goes to food, and so on? Where does the profit come in the care homes then?

Les ressources en soins palliatifs sont donc essentielles et elles sont rares dans les foyers de soins infirmiers. Pour ce qui est uniquement des soins palliatifs, nous avons encore beaucoup de chemin à parcourir, tout comme pour les services en santé mentale.

En ce qui concerne la présence des familles, j'aimerais demander aux sénateurs s'ils pensent que, dans n'importe quel hôpital du pays, il pourrait arriver qu'un bébé mourant dans une unité néonatale de soins intensifs meure sans la présence de ses parents. Je pense que ce que nous avons fait est tout à fait inacceptable. Je sais pourquoi cela est arrivé, mais je crois que nous n'avons pas réagi assez rapidement. Il n'y a aucune raison pour que la fille d'un résident ou d'une résidente ne puisse pas revêtir les vêtements de protection comme le fait un préposé aux services de soutien à la personne. Nous devons donner aux membres de la famille de l'équipement et leur apprendre à l'utiliser. Les personnes vieilles et mourantes dans un foyer de soins infirmiers, qui sont atteintes de démence, ont besoin d'un environnement familial. Elles sont effrayées et déroutées. Elles sont entourées de gens qui portent des masques et des blouses de protection. Elles ont de la difficulté à entendre quand ils parlent ou à bien voir leur visage.

Dans les foyers de soins infirmiers, les familles fournissent beaucoup de soins, parce que nous dépendons de plus en plus d'elles plutôt que des travailleurs non rémunérés pour combler les lacunes dans les soins. Si l'un d'entre vous a eu un parent, un frère ou une sœur ou un conjoint dans un foyer de soins infirmiers, vous savez combien de soins les familles fournissent. Leur interdire de le faire a été un des plus grands échecs de la pandémie. Même si on a pris ces mesures au début, parce qu'il y avait de la confusion et des craintes, on aurait pu lâcher prise beaucoup plus rapidement. C'est l'un des problèmes auxquels nous devons nous attaquer à l'avenir. Je sais que cela entraîne certains risques, mais la vie n'est pas sans risques. Nous en savons assez maintenant pour pouvoir gérer ces risques. Sur cette question, nous n'avons pas vraiment un bon bilan. Merci.

La présidente : Merci à vous deux pour ces réponses.

La sénatrice Dasko : Merci aux témoins présents aujourd'hui. J'ai beaucoup appris de vous. J'aimerais commencer par poser quelques questions à Mme Hall. Premièrement, vous représentez les propriétaires de résidences privées, n'est-ce pas?

Mme Hall : Oui. Nous représentons à la fois des résidences publiques et privées.

La sénatrice Dasko : Un mélange des deux. D'accord. Vous avez dit tout à l'heure que la formule de financement est très précise et que les fonds publics sont très ciblés et qu'il n'y a pas de place pour le profit. Comment des profits sont-ils possibles si chaque dollar est dépensé pour les fins prévues? Comment les foyers de soins réalisent-ils des bénéfices alors?

Ms. Hall: Sure. For those organizations that have this type of corporate structure — and I'm speaking in very general terms for a business concept — there are elements that are highly regulated and controlled. So if we talk about care, that is absolutely one of them, but then there's actual infrastructure of the facility. So there could be fees for accommodations, for example. So that is separated out in that way. That is a particular piece.

But then you have to think about these corporations as very large companies that have multiple business holdings, and where their profit margins are gained can be in different parts of their corporate structure, as opposed to the actual kind of nursing home care provision itself.

Senator Dasko: Let's say if you are contracting out the food service, there would be an opportunity for profit there, would there not?

Ms. Hall: There is slight variation across the provinces as to how the regulations work, but largely if there is a profit that is generated as a result of funding food, they have to be returned because they're in protected envelopes. As far as the quality of the food, the menus of what's being served for meals, those are also monitored and regulated and overseen by dietitians. I know that that's often a thought, that those are areas that are skimmed on, for example, to create profit margins, but that's not an example of an area where profit can be generated.

Senator Dasko: So it's in other areas then?

Ms. Hall: Yes.

Senator Dasko: Are the companies making profits in the long-term care facilities or is it just in the retirement homes?

Ms. Hall: It's often in retirement homes. Again, I can't speak to the specific business models of each of the organizations because they're all structured differently and uniquely, but you also have to think about it even from a real estate point of view and where equity comes from, and how equity can be used to leverage funds for other types of developments that can be more profitable. So it's part of an overall business concept.

Senator Dasko: Okay. Thank you. I have another question. I know I've got some time here.

A couple of you today and other experts in the field have talked about a greater federal role in this area. I just wanted to be a little more specific about this. If the federal government is going to get involved more, along the lines of the Canada Health Act, then what that actually would involve, as far as I understand, would be the federal government providing money

Mme Hall : Pour les organisations qui ont ce type de structure d'entreprise — et je parle en termes très généraux de concept d'entreprise —, il y a des éléments qui sont fortement réglementés et contrôlés. Donc, s'il est question de soins, cela en fait certainement partie, mais il y a aussi l'infrastructure de l'établissement. Il peut donc y avoir des frais d'hébergement, par exemple. C'est ainsi que les choses sont séparées. Voilà pour cet élément particulier.

Mais il faut ensuite considérer ces entreprises comme de très grandes entreprises qui ont de multiples intérêts commerciaux, et leurs marges de profit peuvent se retrouver dans différentes parties de leur structure organisationnelle, par opposition à la prestation des soins proprement dits.

La sénatrice Dasko : Si, par exemple, vous sous-traitez les services alimentaires, il y aurait là une possibilité de profit, n'est-ce pas?

Mme Hall : La réglementation varie légèrement d'une province à l'autre, mais dans une large mesure, si le financement du secteur alimentaire génère un profit, il faut le remettre parce que ce secteur appartient à une enveloppe protégée. Pour ce qui est de la qualité des aliments, des menus et des repas, elle fait également l'objet d'une surveillance par des diététistes et d'une réglementation. Je sais que l'on pense souvent que ce sont là des domaines où l'on peut faire des économies, par exemple, pour créer des marges de profit, mais ce n'est pas un exemple de domaine où l'on peut générer des profits.

La sénatrice Dasko : C'est donc dans d'autres domaines?

Mme Hall : Oui.

La sénatrice Dasko : Les entreprises font-elles des profits dans les établissements de soins de longue durée ou seulement dans les maisons de retraite?

Mme Hall : C'est souvent dans les maisons de retraite. Encore une fois, je ne peux pas parler des modèles d'affaires particuliers de chacune des organisations, parce qu'elles sont toutes structurées différemment et de façon unique, mais il faut aussi y penser même du point de vue de l'immobilier et de la provenance des capitaux propres, et comment les capitaux propres peuvent être utilisés pour mobiliser des fonds pour d'autres types de projets qui peuvent être plus rentables. Cela fait donc partie d'un concept d'entreprise global.

La sénatrice Dasko : D'accord. Merci. J'ai une autre question. Je sais qu'il me reste du temps.

Quelques-uns d'entre vous aujourd'hui et d'autres experts du domaine ont parlé du plus grand rôle que pourrait jouer le gouvernement fédéral. Je voulais simplement un peu plus de précisions à ce sujet. Si le gouvernement fédéral doit intervenir davantage, comme il le fait en vertu de la Loi canadienne sur la santé, il faudrait alors, d'après ce que je comprends, qu'il

in return for greater regulation. At the moment there is no regulation on the part of the federal government. This is a provincial area.

So presumably to improve the service, we are not actually looking for a common standard across the country. We are looking for a better standard across the country than what we are seeing now. So in return for the money, presumably there would be a much stronger regulatory framework that would cover, presumably, many areas of operation. So it's not just the money, of course. Everyone wants the money, but it has to come with something.

So I want to be a little specific about whether you welcome this particular model.

Dr. Hébert, you've been very helpful in setting out a couple of different models there, but I want to ask Ms. Hall and Dr. Estabrooks specifically if you do favour this model as well? Is this what you are calling for, keeping in mind that the federal role would have to be much greater, I presume?

[Translation]

The Chair: Would you like to answer first, Dr. Hébert?

[English]

Dr. Hébert: I think the federal government has two options: either by having a law, having a bill passed to set up standards, principles, for inviting provinces to adhere to these principles. If they adhere, they are a part of funding that is coming from the federal government or allocating direct payment to people.

I think the first model is the model of the Canada Health Act, and it was very effective in order to set up those standards. You see in Quebec, for example, that the two last ministers of health have written to Quebec in order to correct the situation for the excess rate fees that were charged to people, and was in contravention to the Canada Health Act, and it was very effective. So even in the hospital context, it's still very effective to have those principles.

What we've seen over the last years is that the federal government is providing much more money for home care, for example, without setting standards.

When I was minister, we allocated 20% more budget for home care. A couple of years later when we monitored the services that the people received, the services decreased dramatically. So there was no effect of the 20% increase in the budget for home care. I'm quite sure that it's going to be the same for the \$6-billion injection of the federal government, because the provinces and the institutions are prioritizing hospital care and access to hospitals. So there will not be a direct effect on home

fournisse de l'argent en contrepartie d'une réglementation accrue. À l'heure actuelle, le gouvernement fédéral n'assure pas de réglementation. Il s'agit d'une compétence provinciale.

Donc, pour améliorer le service, nous ne cherchons pas à établir une norme commune à l'échelle du pays. Nous cherchons plutôt une amélioration des normes partout au pays par rapport à ce qui existe actuellement. Donc, en échange de fonds, on peut présumer qu'il y aurait un cadre réglementaire beaucoup plus solide qui couvrirait, j'imagine, de nombreux secteurs d'activité. Ce n'est donc pas seulement une question d'argent, bien sûr. Tout le monde veut de l'argent, mais cela doit être assorti de quelque chose.

J'aimerais donc savoir si vous êtes favorable à ce modèle.

Docteur Hébert, vous avez été très utile en énonçant deux ou trois modèles différents, mais j'aimerais demander à Mme Hall et à Mme Estabrooks si elles sont aussi favorables à ce modèle? Est-ce bien ce que vous demandez, en gardant à l'esprit que le rôle du fédéral devrait être beaucoup plus important, je présume?

[Français]

La présidente : Voulez-vous répondre en premier, docteur Hébert?

[Traduction]

Dr Hébert : Je pense que le gouvernement fédéral a deux options, soit la mise en place d'une loi, l'adoption d'un projet de loi pour établir des normes et des principes et pour inviter les provinces à adhérer à ces principes. Si elles y adhèrent, elles font partie du financement qui provient du gouvernement fédéral ou qui est versé directement aux gens.

Je pense que le premier modèle est celui de la Loi canadienne sur la santé, et il a été très efficace pour établir ces normes. Vous voyez que dans le cas du Québec, par exemple, les deux dernières ministres de la Santé ont écrit au Québec pour que soit corrigée la situation en ce qui concerne les frais excessifs imposés aux gens, ce qui contrevenait à la Loi canadienne sur la santé, et la démarche a été très efficace. Donc, même dans le contexte hospitalier, ces principes demeurent très efficaces.

Ce que nous avons vu au cours des dernières années, c'est que le gouvernement fédéral fournit beaucoup plus d'argent pour les soins à domicile, par exemple, sans établir de normes.

Lorsque j'étais ministre, nous avons alloué 20 % de plus au budget des soins à domicile. Quelques années plus tard, lorsque nous avons contrôlé les services que les gens recevaient, nous avons constaté qu'ils avaient considérablement diminué. L'augmentation de 20 % du budget des soins à domicile n'a donc eu aucun effet. Je suis certain que ce sera la même chose pour l'injection de 6 milliards de dollars du gouvernement fédéral, parce que les provinces et les établissements accordent la priorité

care and even on nursing homes. Giving more money is not enough. You have to set standards or give money directly to people. Those are the two options the federal government has.

Senator Dasko: Exactly, Dr. Hébert.

Dr. Estabrooks: I want to underscore what Dr. Hébert has said. You've got to have accountability. It's just irrational to think of sending money without accountability.

One of the early places we could do it, and this is something I believe the federal government has jurisdiction over to some degree, is data. We don't have data. When I say data, I mean every nursing home in the country should be required to report on standardized quality of care measures, standardized quality of life measures and standardized measures about the state of the workforce.

We know that the state of the workforce is one of the main contributors to quality. If you don't know whether your people are burned out, are healthy or have injuries, have reasonable levels of job satisfaction; those things are eminently doable, but they're not being done right now.

I've just spent several weeks trying to put together a few simple tables, and I'm nearly pulling my hair out because once you get past the superficial data that Statistics Canada has, and some of the data that the Canadian Institute for Health Information has, you have to pick up the phone and start making calls, which is crazy in this country. We should be able to do better. I would argue that, yes, we require some federal framework. It has to have accountability built in. I would start with data and standards around education.

The Chair: Thank you.

Senator Campbell: I would like to thank the witnesses and tell Dr. Estabrooks that you touched my heart deeply.

I have a question to continue from Senator Manning for Dr. Hébert. Why is the task force not meeting anymore?

Dr. Hébert: I don't know. We've been working on two reports, and the job is done according to Health Canada. I cannot answer that question. I'm not the leader of this task force. You should ask the minister maybe.

Senator Campbell: I will do that, or I'm sure Senator Manning will do that.

aux soins hospitaliers et à l'accès aux hôpitaux. Cela n'aura donc pas d'effet direct sur les soins à domicile, ni même sur les maisons de retraite. Il ne suffit pas de donner plus d'argent. Il faut établir des normes ou verser l'argent directement aux gens. Voilà les deux options qui s'offrent au gouvernement fédéral.

La sénatrice Dasko : Exactement, docteur Hébert.

Mme Estabrooks : Je tiens à renchérir sur ce que le Dr Hébert a dit. Il faut rendre des comptes. Il est tout simplement irrationnel de penser à envoyer de l'argent sans demander de comptes.

L'un des premiers endroits où nous pourrions le faire, et je crois que c'est une chose sur laquelle le gouvernement fédéral a compétence dans une certaine mesure, ce sont les données. Nous n'avons pas de données. Quand je parle de données, je veux dire que tous les foyers de soins du pays devraient être tenus de soumettre des rapports sur des mesures normalisées de la qualité des soins, de la qualité de vie et de la situation de l'effectif.

Nous savons que la situation de l'effectif est l'un des principaux facteurs contribuant à la qualité. Il faut que l'on sache si les employés sont épuisés, en bonne santé ou blessés, ou encore s'ils ont un niveau raisonnable de satisfaction au travail; ces choses sont éminemment réalisables, mais elles ne se font pas à l'heure actuelle.

Je viens de passer plusieurs semaines à essayer de mettre au point quelques tableaux simples, et je suis presque en train de m'arracher les cheveux, parce qu'une fois épuisées les sources de données superficielles dont dispose Statistique Canada et certaines données de l'Institut canadien d'information sur la santé, il faut prendre le téléphone et commencer à faire des appels, ce qui n'a aucun sens dans ce pays. Nous devrions pouvoir faire mieux. Je dirais que oui, nous avons besoin d'un cadre fédéral. La reddition de comptes doit être intégrée. Je commencerais toutefois par les données et les normes en matière d'enseignement.

La présidente : Merci.

Le sénateur Campbell : J'aimerais remercier les témoins et dire à Mme Estabrooks qu'elle m'a profondément touché.

J'ai une autre question à poser au Dr Hébert dans la foulée de celles du sénateur Manning. Pourquoi le groupe de travail ne se réunit-il plus?

Dr Hébert : Je ne sais pas. Nous avons travaillé sur deux rapports, et selon Santé Canada, le travail est fait. Je ne peux pas répondre à cette question. Ce n'est pas moi qui dirige ce groupe de travail. Vous devriez peut-être poser la question à la ministre.

Le sénateur Campbell : Je vais le faire, ou je suis certain que le sénateur Manning le fera.

It would seem to me that the word “Constitution” keeps coming up and that health care is a provincial jurisdiction. Perhaps it’s time for us to take long-term care away from the provinces and make it federal. Do you have any comments on that?

The thing that I noticed the most is that in British Columbia this happens, in Quebec this happens, and in Ontario this happens. The problems are all the same. The solutions are different. I wonder if it wouldn’t make sense that we pull them all together. I know the Constitution is something we don’t want to go near, but I fear that when the pandemic is over, we will go back to same old, same old.

Dr. Hébert: One of the big achievements of Canada was to set up the health care system, and health care is still the responsibility of provinces but with national standards and transfers.

I think we could have the same approach. Let the provinces manage the long-term care system but with national standards. I think it could be a role for Canada in the 21st century.

Senator Campbell: Do other witnesses have any comments on that?

Dr. Estabrooks: I don’t think we need to just give it all, not that we could anyway, to Ottawa. But it seems, as Dr. Hébert has just explained, that there is a workable approach and we could identify a set of core issues that the federal government would require accountability on, for the transfers to occur. That would still leave enormous latitude in the provinces. It may be too much right now, but there is tremendous latitude now, but some key core pieces are missing.

The people in the sector, in the industry, know this, but as a population, and I keep coming back to it, this isn’t just health care. This is health and social care. This is about your quality of life. When you get up in the morning, is there some reason to get out of bed? Do you have any purpose? Do you have any meaning? Does anyone touch you? Do you have any joy? That isn’t necessarily the purview of health. There are some health components to it.

I would argue that you can’t have good quality of life if you don’t have decent and good quality of care. You can’t sit with a four-inch pressure sore and have quality of life. But health takes care of that. We need social workers, pastoral workers, recreational therapists, intergenerational programming, animals, gardens and sunlight. Those things are social care, so I think we could build that in. Ronald Reagan used to talk about a shining beacon on a hill. Well, we could be a shining beacon

Il me semble que le mot « constitution » revient constamment et que les soins de santé sont de compétence provinciale. Il est peut-être temps que nous retirions la responsabilité des soins de longue durée aux provinces pour la confier au gouvernement fédéral. Avez-vous des commentaires à ce sujet?

Ce que j’ai surtout remarqué, c’est que ces choses se passent en Colombie-Britannique, au Québec et en Ontario. Les problèmes sont tous les mêmes, mais les solutions sont différentes. Je me demande s’il ne serait pas logique de les regrouper. Je sais que nous voulons rester à l’écart des questions constitutionnelles, mais je crains qu’à la fin de la pandémie, nous ne revenions aux mêmes vieilles façons de faire.

Dr Hébert : Une des grandes réalisations du Canada a été de mettre sur pied le système de santé, et les soins de santé demeurent la responsabilité des provinces, mais avec des normes et des transferts nationaux.

Je pense que nous pourrions adopter la même approche. Laissons les provinces gérer le système de soins de longue durée, mais avec des normes nationales. Je pense que cela pourrait être un rôle pour le Canada au XXI^e siècle.

Le sénateur Campbell : Est-ce que d’autres témoins ont des commentaires à ce sujet?

Mme Estabrooks : Je ne pense pas qu’il soit nécessaire de tout donner à Ottawa, et je ne pense même pas que nous puissions le faire. Mais il semble, comme le Dr Hébert vient de l’expliquer, qu’il existe une approche viable et que nous pourrions cerner un ensemble de questions fondamentales sur lesquelles le gouvernement fédéral devrait rendre des comptes, pour que les transferts se fassent. Cela laisserait encore beaucoup de latitude aux provinces. C’est peut-être trop pour le moment; toutefois, il y a énormément de latitude à l’heure actuelle, mais il manque certains éléments essentiels.

Les gens du secteur, de l’industrie, le savent, mais pour la population, et j’y reviens toujours, il ne s’agit pas seulement des soins de santé. Il s’agit de la santé et de l’aspect social des soins. Il s’agit de la qualité de vie de tous. Quand vous vous levez le matin, avez-vous une raison de le faire? Avez-vous une raison de vivre? Votre vie a-t-elle un sens quelconque? Est-ce que vous êtes touché par quelqu’un? Avez-vous de la joie? Cela n’est pas nécessairement du ressort de la santé, mais cela en fait certainement partie.

Je dirais qu’on ne peut pas avoir une bonne qualité de vie si on n’a pas des soins décents et de bonne qualité. Il est impossible de s’asseoir sur une plaie de pression de quatre pouces et d’avoir une qualité de vie. Cela est du ressort de la santé. Nous avons besoin de travailleurs sociaux, de responsables de la pastorale, de ludothérapeutes, de programmes intergénérationnels, d’animaux, de jardins et de soleil. Il s’agit de l’aspect social des soins, et je pense que nous pourrions intégrer cela. Ronald Reagan avait

internationally if we put our shoulders to the wheel. This is a wealthy country despite our current challenges.

Ms. Hall: There is no question that this is a shared responsibility that I often think has gotten kind of passed back and forth, because of the constitutional questions here, but as has been referenced by my colleagues earlier, we're at a different point in time. I think we are going through an aging transition in Canada that is unlike anything that's ever been experienced historically, so we do need to look at different concepts for the future.

The data part is critical. There are centralized approaches to data collection, but not everyone can afford the systems to do it. I'm speaking about the data that gets submitted to the Canadian Institute for Health Information, either in the form of a management information system or a resident assessment data set that gets submitted, and then there is a national comparator, but there is a lack of funding for everyone to be able to participate in that.

With the leadership of the federal government, working with the provinces and with the homes on things like data, better understanding our workforce needs and finding a way to address the systemic issues — because introducing a national standard in itself doesn't necessarily mean that the systemic issues are going to be resolved. Whatever those challenges are going forward, I think it will require all of us to collaborate, and it's not just simply changing the constitutional components of who gets to control it.

Senator Campbell: Dr. Hébert, what is the formal name of that task force?

Dr. Hébert: It's a task force on long-term care issues with COVID-19.

The Chair: We will find the precise name for you, if needed, Senator Campbell.

Senator Campbell: Thank you, chair.

Senator Omidvar: Thank you to our witnesses. I have been educated and moved immensely by your testimony. I have a 92-year-old mother who lives with me and frankly, at this point, I will do everything to keep her away from long-term care homes from what I read.

My question follows up on Senator Campbell's question about the role of the federal government in the long-term care construct. I'll ask the question a little differently, and maybe I will still get the same answer.

l'habitude de parler d'un phare qui brille sur la colline. Eh bien, nous pourrions être ce phare à l'échelle internationale si nous mettions l'épaule à la roue. Notre pays est un pays riche, en dépit des défis auxquels il fait actuellement face.

Mme Hall : Il ne fait aucun doute qu'il s'agit d'une responsabilité partagée qu'on a souvent cherché, je crois, à se refiler en raison des questions constitutionnelles qui se posent ici, mais comme mes collègues l'ont mentionné plus tôt, nous sommes dans un contexte différent. Je pense qu'au Canada, nous sommes dans une phase de vieillissement de la population qui est sans précédent. Nous devons donc envisager différents concepts pour l'avenir.

Les données sont essentielles. Il existe des approches centralisées pour la collecte de données, mais tout le monde n'a pas les moyens de se payer les systèmes que cela exige. Je parle des données qui sont transmises à l'Institut canadien d'information sur la santé, que ce soit sous la forme d'un système d'information de gestion ou d'un ensemble de données d'évaluation des résidents, et il y a aussi un comparateur national, mais il n'y a pas le financement nécessaire pour que tout le monde puisse y participer.

Sous le leadership du gouvernement fédéral, en collaboration avec les provinces et avec les établissements pour des choses comme les données, pour mieux comprendre nos besoins en main-d'œuvre et trouver une façon de régler les problèmes systémiques... car la mise en place d'une norme nationale ne veut pas forcément dire que les problèmes systémiques seront réglés. Quels que soient les défis qui nous attendent, je pense que nous devons tous collaborer, et il ne s'agit pas simplement de changer les dispositions constitutionnelles dictant qui dirige.

Le sénateur Campbell : Docteur Hébert, quel est le nom officiel de ce groupe de travail?

Dr Hébert : C'est un groupe de travail sur les soins de longue durée et la COVID-19.

La présidente : Nous vous trouverons le nom exact, si nécessaire, sénateur Campbell.

Le sénateur Campbell : Merci, madame la présidente.

La sénatrice Omidvar : Merci à nos témoins. Votre témoignage m'a beaucoup éclairée et émue. J'ai une mère de 92 ans qui vit avec moi et, franchement, après ce que j'ai lu, je vais tout faire pour la garder loin des établissements de soins de longue durée.

Ma question fait suite à celle du sénateur Campbell au sujet du rôle du gouvernement fédéral dans la structure des soins de longue durée. Je vais poser la question un peu différemment, et je vais peut-être obtenir la même réponse.

An increasing number of voices have put forward the position that long-term care should be brought under medicare. In fact, a CBC journalist called it, very colourfully, that leaving out long-term care from medicare was the original sin. Dr. Hébert, do you think that senior citizens in long-term care homes would have been better served and better protected if long-term care institutions were under the jurisdiction of the federal government, leaving aside the federal-provincial dog fight that would ensue with this?

Do you think they would be better off today and tomorrow?

Dr. Hébert: I don't think so. Part of the problem in Quebec is the nursing homes no longer have their own administrative board and management team. It's a big superstructure that is managing and governing every single nursing home in the organization.

Nursing homes have to be managed and governed locally. It's quite important. Whether it is provincial or federal responsibility, if it's not managed locally, you cannot ensure that every single nursing home will get the quality standards to be able to react to an eventual crisis.

I think that's a critical issue. The local management and governance of those institutions are very important. If the federal government had been the overarching institution, I don't think it would have been better. I'm convinced it's not the overall political and big picture that is the case at the moment — it's how those institutions are governed and managed.

Senator Omidvar: Thank you, doctor.

My next question is for Ms. Hall. Again, I'm going to stick with a question asked by my colleague, Senator Mégie, around the latent pool of talent that is underutilized in Canada in the person of internationally educated health care professions.

I know there is a cohort of these who have taken all the examinations and met all the standards to enter into their profession, and all they are lacking to take the final step is a supervised internship. There is a proposal being developed, with federal funding, that would create these internships in long-term care homes with the supervision of hospital-located professionals, physicians, that the long-term care institute is partnering with. In this way, I can see everyone wins. The immigrant wins because he or she gets through the final step before licensing. The long-term care home wins. The taxpayer wins. Most importantly, the senior citizen wins because there is a medical professional on site.

Un nombre croissant de personnes ont fait valoir que les soins de longue durée devraient relever du régime d'assurance-maladie. En fait, un journaliste de Radio-Canada a dit, de façon très colorée, que le péché originel était d'avoir exclu les soins de longue durée de l'assurance-maladie. Docteur Hébert, pensez-vous que les aînés vivant dans des établissements de soins de longue durée auraient été mieux servis et mieux protégés si ces établissements relevaient de la compétence du gouvernement fédéral, sans tenir compte des bisbilles que cela entraînerait entre le fédéral et les provinces?

Pensez-vous qu'ils s'en tireraient mieux aujourd'hui et demain?

Dr Hébert : Je ne crois pas. Une partie du problème au Québec, c'est que les centres d'hébergement n'ont plus leur propre conseil d'administration et leur propre équipe de gestion. C'est une grande superstructure qui gère et régit chaque établissement de l'organisation.

Les centres d'hébergement doivent être gérés et régis localement. C'est très important. Qu'il s'agisse d'une responsabilité provinciale ou fédérale, si ce n'est pas géré localement, on ne peut pas s'assurer que chaque établissement aura les normes de qualité nécessaires pour réagir à une crise éventuelle.

Je pense que c'est une question cruciale. La gestion et la gouvernance locales de ces institutions ont une grande importance. Si le gouvernement fédéral avait été l'autorité suprême, je ne pense pas que cela aurait été mieux. Je suis convaincu que ce n'est pas l'organisation politique et globale qui est en cause à l'heure actuelle, mais la façon dont ces établissements sont administrés et gérés.

La sénatrice Omidvar : Merci, docteur.

Ma prochaine question s'adresse à Mme Hall. Encore une fois, je vais revenir sur une question posée par ma collègue, la sénatrice Mégie, au sujet du bassin de talents constitué des professionnels de la santé formés à l'étranger, qui est sous-utilisé au Canada.

Je sais qu'il y a une cohorte de ces personnes qui ont passé tous les examens et qui ont satisfait à toutes les normes pour entrer dans leur profession. Tout ce qu'il leur manque pour franchir la dernière étape, c'est un internat supervisé. Une proposition est en cours d'élaboration, avec un financement fédéral, en vue d'établir ces internats dans des foyers de soins de longue durée sous la supervision de professionnels travaillant en milieu hospitalier, de médecins, avec lesquels l'établissement de soins de longue durée travaillera en partenariat. Selon moi, tout le monde y gagnera. L'immigrant y gagnera parce qu'il franchira la dernière étape avant d'obtenir son permis. L'établissement de soins de longue durée sera gagnant. Le

Do you have a response to this proposal, Ms. Hall, and Dr. Hébert if you like?

Ms. Hall: I'm not aware of this proposal, but it sounds incredibly interesting. Understanding the needs of our sector, I'm sure there would be a positive response from long-term care to support a strategy like this. I think this is a wonderful example of the types of things that could be examined under a pan-Canadian health care strategy.

I touched on a few things earlier, but also adding in this piece around education and opportunities to better leverage the human resources that we have available in Canada right now is incredibly important, and one that we would be interested to know more about.

Dr. Hébert: Having part of the training in nursing homes would be interesting for all medical students, and it's not happening at the moment. In Canada, the training for geriatric medicine is not strong enough for the medical students trained in this country. I think it would be very interesting to have part of the training in nursing homes and in institutions.

For physicians trained abroad, the problem is when you get a licence as a physician, you don't get a licence to practise medicine in nursing homes. You get a licence to practise medicine overall. Receiving training only in nursing homes doesn't ensure competency to treat patients outside nursing homes. That's the problem with your proposition. Nursing homes should be part of the training for physicians but not be the only training of physicians trained abroad.

Senator Omidvar: Ms. Hall, you spoke about the pressing infrastructure needs in long-term care facilities. The government has billions of dollars in the Canada Infrastructure Bank. Do you believe that now is the time to undertake complete retrofitting of long-term care homes through the instrument of the Infrastructure Bank as opposed to other envelopes of money that may be harder to access?

Ms. Hall: Absolutely. We have asked these questions and it seems there is a lot of misunderstanding. For example, when dollars were released for housing, some thought we were included in that, and then some thought we were included in the infrastructure piece. We are excluded from both. So we have fallen into a crack where we're more closely associated with hospitals.

contribuable y gagnera. Le plus important, c'est que les personnes âgées seront gagnantes parce qu'il y aura un professionnel de la santé sur place.

Que pensez-vous de cette proposition, madame Hall, et docteur Hébert?

Mme Hall : Je ne suis pas au courant de cette proposition, mais elle semble extrêmement intéressante. Compte tenu des besoins de notre secteur, je suis sûre que le secteur des soins de longue durée appuierait une telle stratégie. Je pense que c'est un excellent exemple du genre de choses qui pourraient être examinées dans le cadre d'une stratégie pancanadienne en matière de soins de santé.

J'ai abordé plusieurs questions tout à l'heure, mais l'ajout de cet élément touchant la formation et la possibilité de mieux tirer parti des ressources humaines dont nous disposons actuellement au Canada est extrêmement important, et nous aimerions en savoir davantage à ce sujet.

Dr Hébert : Il serait intéressant pour tous les étudiants en médecine de recevoir une partie de leur formation dans les foyers de soins infirmiers, mais ce n'est pas le cas en ce moment. Au Canada, la formation en médecine gériatrique n'est pas assez solide pour les étudiants en médecine formés au pays. Je pense qu'il serait très intéressant qu'une partie de la formation ait lieu dans les foyers et établissements de soins infirmiers.

Pour les médecins formés à l'étranger, le problème, c'est que lorsqu'on obtient un permis d'exercice, ce n'est pas pour exercer la médecine dans les foyers de soins infirmiers. C'est pour exercer la médecine en général. Une formation reçue uniquement dans les foyers de soins infirmiers ne garantit pas la capacité de traiter les patients à l'extérieur de ces établissements. Voilà le problème de votre proposition. Cela devrait faire partie de la formation des médecins, mais pas être la seule formation que reçoivent les médecins formés à l'étranger.

La sénatrice Omidvar : Madame Hall, vous avez parlé des besoins urgents en matière d'infrastructure dans les établissements de soins de longue durée. Le gouvernement a des milliards de dollars dans la Banque de l'infrastructure du Canada. Croyez-vous que le moment est venu d'entreprendre la modernisation complète des foyers de soins de longue durée par l'entremise de la Banque de l'infrastructure, plutôt qu'avec d'autres enveloppes budgétaires qui pourraient être plus difficiles d'accès?

Mme Hall : Absolument. Nous avons posé ces questions et il semble y avoir beaucoup de malentendus. Par exemple, lorsque des fonds ont été débloqués pour le logement, certains pensaient que nous allions en bénéficier, et d'autres pensaient que nous aurions droit au financement de l'infrastructure. Nous sommes exclus des deux. Nous nous retrouvons dans une situation où nous sommes associés plus étroitement aux hôpitaux.

Absolutely, the opportunity is there. Across the country my colleagues have shovel-ready projects ready to go, as was the headline that was used before.

Senator Omidvar: I would dust them off and put them back on the table.

The Chair: We are slowly running out of time, but I want to make sure that the last two questions of the committee members are answered.

I realize other senators have more questions. I would ask you to forward those questions in writing to our clerk. We will make sure that we get these answers.

For now, we have the last questions from Senator Kutcher and then Senator Martin.

Senator Kutcher: Thank you, everyone. I want to note that family caregivers are partners in care, not just only at the end of life but in the continuation of life as well.

Are you in favour of there being a mandatory accreditation of all long-term care facilities, perhaps by Accreditation Canada? Are you in favour of personal support workers becoming a regulated profession with all the components that entails?

Dr. Hébert: The answers are yes and yes.

Senator Kutcher: Perfect.

Dr. Hébert: Yes, for the accreditation, but there should be norms specific to the nursing homes for accreditation of those types of facilities.

Senator Kutcher: I agree completely.

Dr. Hébert: Norms adapted to nursing homes.

Second, I think personal care workers should be regulated by a licensing body to ensure the quality of the services they provide.

I'm very pleased to see you again, Stan.

Senator Kutcher: It's lovely to see you too.

Ms. Hall: I'll jump in with a response as well with regard to the mandatory accreditation. Accountability structures are not something we're opposed to, but making sure that whatever is introduced is something that creates real change and not just an exercise to prepare for accreditation. For example, making sure there is evidence that that is a path which creates the type of change, and supports that type of reform that we're looking for.

Absolument, l'occasion d'agir est là. D'un bout à l'autre du pays, mes collègues ont des projets prêts à démarrer, comme disaient les manchettes des journaux.

La sénatrice Omidvar : Je les dépoussiérerais et les remettrais sur la table.

La présidente : Nous commençons à manquer de temps, mais je veux m'assurer qu'on réponde aux deux dernières questions des membres du comité.

Je sais que d'autres sénateurs ont d'autres questions à poser. Je vous demanderais de transmettre ces questions par écrit à notre greffier. Nous veillerons à obtenir des réponses.

Pour l'instant, les dernières questions seront posées par le sénateur Kutcher, puis par la sénatrice Martin.

Le sénateur Kutcher : Merci à tous. Je tiens à souligner que les aidants naturels sont des partenaires dans les soins, non seulement en fin de vie, mais aussi pour le maintien de la vie.

Êtes-vous en faveur d'un agrément obligatoire de tous les établissements de soins de longue durée, peut-être par Agrément Canada? Seriez-vous d'accord pour que le travail de préposé aux services de soutien à la personne devienne une profession réglementée avec tous les éléments que cela comporte?

Dr Hébert : Mes réponses sont oui et oui.

Le sénateur Kutcher : Parfait.

Dr Hébert : Oui, pour l'agrément, mais il devrait y avoir des normes propres aux maisons de soins infirmiers pour l'agrément de ces types d'établissements.

Le sénateur Kutcher : Je suis tout à fait d'accord.

Dr Hébert : Des normes adaptées aux maisons de soins infirmiers.

Deuxièmement, je pense que les préposés aux services de soutien à la personne devraient être réglementés par un organisme de réglementation professionnelle afin d'assurer la qualité des services qu'ils fournissent.

Je suis très heureux de vous revoir, sénateur Kutcher.

Le sénateur Kutcher : C'est merveilleux de vous voir aussi.

Mme Hall : Je vais également répondre à la question sur l'agrément obligatoire. Nous ne nous opposons pas aux structures de responsabilisation, mais il faut s'assurer que toute nouvelle exigence produira un véritable changement au lieu de simplement préparer l'agrément. Par exemple, il faut s'assurer d'avoir la preuve que cela créera le genre de changement et appuiera le type de réforme que nous recherchons.

As far as the PSW regulation, having some standardization and education is a very positive move. I think what we have to be mindful of is that through these efforts that we don't create more barriers to having people come to be employed in the workforce, especially right now where we're at a crisis state for staffing.

So if there is a way that allows people to enter into the long-term care workforce, with maybe more of an apprenticeship type of concept, as opposed to someone fully credentialed and going through the regulatory process. I think it would be helpful for us to explore a range of concepts as to how that could be achieved.

Senator Kutcher: Frankly, Ms. Hall, I can't see anyone saying, "I don't want to be a doctor or a nurse because I have to become a member of a regulated profession."

Ms. Hall: No, no.

Senator Kutcher: Dr. Estabrooks, could I ask you the last question?

The National Institute on Aging 2019 report devotes about 25% of its content to discussing innovative and in some cases successful interventions across the whole spectrum of long-term care. Yet there is no place in Canada that I know of that is driven by the federal government. There are organizations that work to ensure that things that work very well and are scaled up across the country. Is there a role for the federal government in this kind of process?

Dr. Estabrooks: I haven't thought about that deeply before. Yes, I think there is. It is clear that in Canada we have to do something to stop running these siloed, fractured places. Even if they're successful, it's not that helpful to us as a country if it's only successful in Cape Breton or northern Saskatchewan. There are some wonderful programs around memory care in northern Saskatchewan, but they're not being scaled. I can name some right across the country.

So yes, there is a role there. That's probably one of the places where we can get the most bang for the buck in terms of accountability. We have to be able to stop things if they don't work. We have to evaluate them. The way regions do it now is, here's a really good idea and here's \$8 million, let's do it. Three years later, you often can't find a trace or thread of that activity. If we can get that organized in some way, people will cooperate with that, because everybody I run into wants to make the system better.

The Chair: Thank you.

En ce qui concerne la réglementation du personnel des services de soutien à la personne, la normalisation et l'éducation sont des mesures très positives. Nous devons veiller à ce que ces efforts ne créent pas plus d'obstacles à l'embauche, surtout en ce moment où nous sommes en situation de crise sur le plan de la dotation.

Donc, s'il y a un moyen de permettre à des gens d'entrer sur le marché du travail des soins de longue durée, peut-être selon une formule davantage axée sur l'apprentissage, par opposition à des gens qui possèdent tous les titres de compétence requis et qui ont suivi le processus de réglementation. Je pense qu'il serait utile que nous explorions différentes solutions pour y parvenir.

Le sénateur Kutcher : Franchement, madame Hall, je ne vois personne dire : « Je ne veux pas être médecin ou infirmière parce que je dois devenir membre d'une profession réglementée. »

Mme Hall : Non, non.

Le sénateur Kutcher : Madame Estabrooks, puis-je vous poser la dernière question?

Le rapport de 2019 de l'Institut national sur le vieillissement consacre environ 25 % de son contenu à la discussion d'interventions novatrices et, dans certains cas, réussies dans tout le spectre des soins de longue durée. Pourtant, à ma connaissance, il n'y a aucun endroit au Canada où c'est fait sur l'initiative du gouvernement fédéral. Il y a des organismes qui travaillent pour s'assurer que ce qui fonctionne très bien est appliqué à l'échelle du pays. Le gouvernement fédéral a-t-il un rôle à jouer dans ce genre de processus?

Mme Estabrooks : Je n'y ai pas beaucoup réfléchi auparavant. Oui, je crois que oui. Il est clair qu'au Canada, nous devons faire quelque chose pour arrêter de fonctionner en vase clos. Même si ce sont des réussites, elles ne sont pas très utiles pour notre pays si elles n'ont lieu qu'au Cap-Breton ou dans le Nord de la Saskatchewan. Il y a d'excellents programmes de soins de la mémoire dans le Nord de la Saskatchewan, mais ils ne sont pas déployés à grande échelle. Je peux vous en citer d'autres un peu partout au pays.

Donc, oui, le gouvernement a un rôle à jouer. C'est probablement l'un des domaines où nous pouvons en avoir le plus pour notre argent en matière de responsabilisation. Nous devons être en mesure d'arrêter les choses si elles ne fonctionnent pas. Nous devons les évaluer. À l'heure actuelle, une région va tomber sur une très bonne idée et y consacrer un budget de 8 millions de dollars. Trois ans plus tard, il est souvent impossible de retrouver la moindre trace de cette activité. Si nous pouvons organiser cela d'une façon ou d'une autre, les gens coopéreront, parce que tous ceux que je rencontre veulent améliorer le système.

La présidente : Merci.

Senator Martin: Thank you. I agree that this has been so informative and very moving. Thank you to all the witnesses.

What I learned today is there's some very important language that we must all use in talking about long-term care, whether we say it's a resident in a home and it's about the continuum of life. Words like institution and facility make it feel very different. My mother is in long-term care. She's young, she's only 83, but she's been in care for about eight years because of her dementia. I feel very fortunate with the home care my mother has received.

Having said that, I feel there have been some unfair generalizations about what has happened. I'm in British Columbia and I, as a family member, have been very satisfied with the compassionate care my mother has received. I do believe education on all sides is very important in this issue.

One thing I hadn't heard throughout this session is the ethno-cultural needs of some of the residents. I'm in Vancouver, so fortunately my mother gets rice for three meals a day, which is important. Those considerations must be discussed when we talk about improvements we want to make to the care homes. I work very closely with a private facility, and they are exceptional as well. Regarding these unfair generalizations; I hope we educate all Canadians on this issue.

Ms. Hall, I'm wondering, in your discussions with the federal government — Dr. Tam, other national officials — if British Columbia is one of the provinces that can ease these restrictions for families, because they work with care workers. They are like our extended family. I'm just worried about the second wave; there is talk of a third wave. How do we move towards easing these restrictions? Can you give me some sense of hope, as a family member, that we will move forward bringing families into these homes again? That will be critical to caring for our seniors, our most vulnerable. Thank you.

Ms. Hall: I know there are many active conversations that are happening. Everyone across the board recognizes the critical role that families play in the lives of residents and making sure that we're not creating more harm as it relates to social isolation and loneliness as a result of trying to physically protect them.

There is a debate, if I'm being honest, as to the physical protection piece, and then the benefits that come from supporting and engaging families. I know there are two schools of thought that are actively having these conversations. If there was some further direction about how families can safely engage in a facility, especially if there are COVID-positive residents residing there, it will go a long way to help support. If that's something that the Public Health Agency of Canada can provide some

La sénatrice Martin : Merci. Je reconnais que cela a été très instructif et très émouvant. Merci à tous les témoins.

Ce que j'ai appris aujourd'hui, c'est qu'il y a un vocabulaire très important que nous devons tous utiliser pour parler des soins de longue durée, que ce soit à propos d'un résident de foyer de soins ou du continuum de la vie. Les mots comme institution et établissement donnent une impression très différente. Ma mère reçoit des soins de longue durée. Elle est jeune, elle n'a que 83 ans, mais elle est prise en charge depuis environ huit ans en raison de sa démence. Je me sens très chanceuse compte tenu des soins que ma mère a reçus.

Cela dit, j'estime qu'il y a eu des généralisations injustes au sujet de ce qui s'est passé. Je vis en Colombie-Britannique et, en tant que membre de la famille, j'ai été très satisfaite des soins pleins de compassion que ma mère a reçus. Je crois que l'éducation de tous les côtés est très importante à cet égard.

Il y a une chose dont je n'ai pas entendu parler au cours de cette séance : les besoins ethnoculturels de certains résidents. Comme je vis à Vancouver, on sert du riz à ma mère aux trois repas quotidiens, ce qui est important. Ce sont des considérations dont il faut discuter lorsque nous parlons des améliorations que nous voulons apporter aux foyers de soins. Je travaille en étroite collaboration avec un établissement privé, qui est également exceptionnel. En ce qui concerne ces généralisations injustes, j'espère que nous sensibiliserons tous les Canadiens à cette question.

Madame Hall, je me demande, dans vos discussions avec le gouvernement fédéral — la Dre Tam et d'autres autorités nationales — si la Colombie-Britannique est l'une des provinces qui peut assouplir les restrictions pour les familles, étant donné qu'elles travaillent avec le personnel soignant. Ce personnel est, pour nous, une sorte de famille élargie. Je m'inquiète de la deuxième vague; on parle d'une troisième vague. Comment pouvons-nous assouplir les restrictions? Pouvez-vous me donner l'espoir, en tant que membre de la famille, que nous pourrions ramener les familles dans ces établissements? Ce sera essentiel pour prendre soin de nos aînés, nos personnes les plus vulnérables. Merci.

Mme Hall : Je sais que de nombreuses conversations sont en cours. Tout le monde reconnaît le rôle essentiel que jouent les familles dans la vie des résidents et la nécessité de ne pas leur causer plus de torts résultant de l'isolement social et de la solitude, en essayant de les protéger physiquement.

Pour être honnête, il y a un débat au sujet de la protection physique et des avantages qui découlent du soutien et de la participation des familles. Je sais qu'il y a deux écoles de pensée qui discutent activement de ces questions. S'il y avait d'autres directives sur la façon dont les familles pourraient aller en toute sécurité dans les établissements, surtout si des résidents qui ont obtenu un test de dépistage positif à la COVID-19 s'y trouvent, cela faciliterait beaucoup les choses. Si l'Agence de la santé

technical direction on, I think it would be incredibly helpful. I don't think there's any debate about the importance of the family or the need to bring them in; it's just how do we safely do it so everyone's health and safety concern is respected as much as possible.

The Chair: Thank you for this. Dr. Estabrooks, did you want to have a last word on that before we have to go?

Dr. Estabrooks: I just wanted to comment on the diversity. There's cultural and racial diversity. There's diversity around gender status. We have a growing community of LGBTQ people in nursing homes who are not recognized and not always treated very well. We have people with intellectual disabilities. Two thirds of people in nursing homes are women. Two thirds of those with dementia are women. We've heard 95% of the paid care providers are women; 75% of unpaid care providers are women. Women residents in these homes are often of a lower socio-economic status. There's a tremendous colourful multicultural group of older adults moving increasingly into this sector that reflects the Canadian mosaic.

We have to put cultural sensitivity on the line here. They are being cared for by highly racialized staff who don't have a voice, nor do the residents often have a voice. So anything we can do to not continue to whitewash this resident population or the caregivers is going to be really important to quality of life and better care in this country. Thank you.

The Chair: Thank you very much for these answers. Witnesses, if you have something that you feel you forgot or you want to add, please do not hesitate to send it to the committee in writing.

I want to thank you so much for your very helpful, thought-provoking and inspiring testimony. Your assistance with our study is highly appreciated.

[Translation]

Dear colleagues, we will continue our study of our government's response to the COVID-19 pandemic without further delay. Our witnesses this afternoon are as follows: Marissa Lennox, Chief Policy Officer at the Canadian Association of Retired Persons; Laura Tamblyn Watts, President and CEO of CanAge; and Dr. Roger Wong, Clinical Professor of Geriatric Medicine in the Department of Medicine at the University of British Columbia.

publique du Canada pouvait fournir des directives techniques à ce sujet, je pense que ce serait extrêmement utile. Je ne pense pas qu'il y ait de débat quant à l'importance de la famille ou la nécessité de la faire venir; il s'agit simplement de savoir comment nous pouvons le faire en toute sécurité pour que les préoccupations de chacun en matière de santé et de sécurité soient respectées autant que possible.

La présidente : Je vous en remercie. Madame Estabrooks, voulez-vous dire un dernier mot à ce sujet avant que nous ne terminions?

Mme Estabrooks : Je voulais simplement faire un commentaire sur la diversité. Il y a la diversité culturelle et raciale. Il y a la diversité de genre. Nous avons, dans les foyers de soins infirmiers, une communauté croissante de personnes LGBTQ qui ne sont pas reconnues et qui ne sont pas toujours très bien traitées. Nous avons des personnes ayant une déficience intellectuelle. Les deux tiers des personnes hébergées dans ces établissements sont des femmes. Les deux tiers de celles qui souffrent de démence sont des femmes. Nous avons entendu dire que 95 % des fournisseurs de soins rémunérés sont des femmes; 75 % des fournisseurs de soins non rémunérés sont des femmes. Les résidentes de ces centres ont souvent un statut socioéconomique inférieur. Ce secteur voit arriver, de plus en plus, un groupe multiculturel très diversifié d'adultes âgés qui reflète la mosaïque canadienne.

Nous devons tenir compte de la sensibilité culturelle. Les résidents sont pris en charge par du personnel très racialisé qui n'a pas voix au chapitre, pas plus que les résidents dans bien des cas. Par conséquent, tout ce que nous pourrions faire pour ne pas continuer d'ignorer cette population résidente ou ce personnel soignant sera vraiment important pour la qualité de vie et l'amélioration des soins au pays. Merci.

La présidente : Merci beaucoup pour ces réponses. Chers témoins, si vous avez quelque chose que vous avez oublié ou que vous voulez ajouter, n'hésitez pas à l'envoyer au comité par écrit.

Je tiens à vous remercier de vos témoignages très utiles, inspirants et stimulants. Nous vous sommes très reconnaissants de l'aide que vous nous avez apportée dans le cadre de notre étude.

[Français]

Chers collègues, nous continuons sans plus tarder notre étude sur la réponse de notre gouvernement à la pandémie de COVID-19. Cet après-midi, nos témoins sont les suivants : Mme Marissa Lennox, directrice générale de la politique à l'Association canadienne des individus retraités; Mme Laura Tamblyn Watts, présidente et chef de la direction de CanAge; le Dr Roger Wong, professeur clinique de médecine gériatrique au Département de médecine de l'Université de la Colombie-Britannique.

[English]

We will begin with opening remarks from Ms. Lennox. She will be followed by Ms. Tamblyn Watts and then Dr. Wong. Ms. Lennox, please go ahead.

Marissa Lennox, Chief Policy Officer, Canadian Association of Retired Persons: Thank you very much for the invitation to present before you today.

CARP is a not-for-profit, non-partisan organization with 300,000 members in every province and territory in Canada. While most of our members are retired and enjoy above average education and income, an overwhelming majority consistently support that CARP represents the interests of all older Canadians across Canada. We fight to ensure that all older adults can live in dignity and with respect, regardless of income level, family support and health challenges.

COVID-19 has undermined the fundamental principles of aging well, and revealed a lack of planning and preparation that would secure the health and well-being of seniors during a pandemic. Since the onset of COVID-19, we at CARP have done everything in our power to provide credible and reliable information to older adult populations on our website, through our call centre, via email distribution and through programming. We've also conducted various surveys and town halls to better understand our members' needs and concerns.

I'd like to share with you areas of common concern, which we've heard from CARP members over the past three months. Apart from the obvious human consequence, many have been severely impacted by an increase in the cost of living. This includes grocery premiums and delivery fees; increases in prescription dispensing fees; increased transportation costs for taxis where transit was unavailable or as a measure of protection; and cessation of free or discounted community services, including volunteer tax-preparation programs and food banks, which initially closed down to adhere to physical distancing restrictions. We've heard stories of CARP members forced to trade off everyday necessities because of these added costs.

In addition, stock market volatility, together with significant and worrying fluctuations in the value of seniors' portfolios, has caused many to feel anxious and insecure about their ability to afford retirement. This problem is compounded by existing mandatory RRIF withdrawal rules that rob people of the flexibility to make adjustments and to control their own

[Traduction]

Nous allons commencer par la déclaration préliminaire de Mme Lennox. Elle sera suivie de Mme Tamblyn Watts, puis du Dr Wong. Madame Lennox, vous avez la parole.

Marissa Lennox, directrice générale de la politique, Association canadienne des individus retraités : Merci beaucoup de m'avoir invitée à comparaître devant vous aujourd'hui.

L'ACIR est un organisme sans but lucratif, faisant abstraction de tout intérêt partisan, qui compte 300 000 membres répartis dans chaque province et territoire du Canada. Bien que la plupart de nos membres soient à la retraite et bénéficient d'un niveau de scolarité et d'un revenu supérieurs à la moyenne, une écrasante majorité soutient constamment que l'ACIR défend les intérêts de tous les Canadiens âgés partout au pays. Nous luttons pour faire en sorte que tous les aînés puissent vivre dans la dignité et dans le respect, quels que soient leur niveau de revenu, leur soutien familial ou leurs problèmes de santé.

La COVID-19 a sapé les principes sur lesquels repose un vieillissement en bonne santé et elle a révélé l'absence de la planification et de la préparation nécessaires pour assurer la santé et le bien-être des aînés en cas de pandémie. Depuis l'apparition du virus, nous avons fait tout en notre pouvoir, à l'ACIR, pour fournir des renseignements crédibles et fiables aux personnes âgées sur notre site Web, par l'entremise de notre centre d'appels, par courriel et par l'entremise de programmes. Nous avons également mené divers sondages et assemblées publiques afin de mieux comprendre les besoins et les préoccupations de nos membres.

J'aimerais vous faire part de préoccupations communes que nous avons entendues de la part des membres de l'ACIR au cours des trois derniers mois. Outre les conséquences humaines évidentes, beaucoup ont été durement touchés par l'augmentation du coût de la vie. Cela comprend les hausses de prix et les frais de livraison des magasins d'alimentation; l'augmentation des frais d'exécution des ordonnances; l'augmentation des frais de taxi parce que le transport en commun n'était pas disponible ou comme mesure de protection; et la cessation des services communautaires gratuits ou à rabais, y compris les programmes de préparation bénévole des déclarations d'impôt et les banques alimentaires, qui ont initialement fermé leurs portes pour respecter les restrictions de distanciation physique. Nous avons entendu parler de membres de l'ACIR qui ont été forcés de sacrifier certains besoins quotidiens à cause de ces coûts supplémentaires.

De plus, la volatilité des marchés boursiers, conjuguée aux fluctuations importantes et inquiétantes de la valeur des portefeuilles des aînés, a amené beaucoup de personnes à se sentir anxieuses et incertaines quant à leur capacité de financer leur retraite. Ce problème est aggravé par les règles actuelles de retrait obligatoire des FERR qui privent les gens de la souplesse

finances. The emotional wear and tear is particularly evident in a population that includes so many people on fixed incomes.

While we understood that the government's initial economic response was to quickly address income replacement, it took several weeks to announce a financial relief program for seniors. OAS and GIS recipients were, indeed, relieved to learn of the one-time top-up, but many expressed that it should be recurring, considering that seniors will be the last to be released from physical distancing restrictions.

One final point on this topic: We have indeed been flooded with calls and emails from members expressing frustration with the length of time it is taking to deliver on both pre-election promises, as well as the one-time increase to OAS and GIS. Announcements claimed that these funds were to be expedited, but in actuality, the funds have been slow to disburse compared to other programs, and it will take a full eight weeks from announcement to disbursement. In contrast, the student CESB program took only 24 days from announcement to application, and payments arrived in student accounts in three short business days.

I would also like to speak to a second, more urgent piece around how we provide care for older adults, particularly in congregate settings like long-term care.

By now, we have all seen the military reports from Ontario and Quebec nursing homes, which detailed a blatant disregard for the human condition, including, "Aggressiveness when changing incontinence pads, forceful feeding by staff causing choking, patients observed crying for help with no response from staff, cockroaches, rotten food, patients left in soiled diapers. . ."

These findings are also consistent with stories we've heard from our own members in homes not inspected by the CAF. We've heard stories of residents going several weeks with only two meals per day and reports that quarantines were not effective or even acted upon, with both COVID negative and positive residents continuing to share rooms and bathrooms. One woman called to share that her brother was seen dressed in someone else's clothing and had a full beard — an indication he'd not been shaved in weeks.

If COVID-19 has revealed anything, it has revealed the following: We warehouse frail and often very ill seniors in unsafe situations, which are underfunded, understaffed, and staff often have little or no certified training. We expect individuals

nécessaire pour faire des ajustements et gérer leurs finances. L'usure émotionnelle est particulièrement évidente dans une population dont une grande partie a un revenu fixe.

Bien que nous ayons compris que la réponse économique initiale du gouvernement était de s'attaquer rapidement au remplacement du revenu, il lui a fallu plusieurs semaines pour annoncer un programme d'aide financière pour les aînés. Les prestataires de la SV et du SRG ont été soulagés d'apprendre l'existence de ce supplément ponctuel, mais bon nombre d'entre eux ont dit qu'il devrait être récurrent, étant donné que les aînés seront les derniers à être libérés des restrictions de distanciation physique.

Une dernière mention à ce sujet : nous avons effectivement été inondés d'appels et de courriels de membres qui se sont plaints du temps que prenait la réalisation des promesses préélectorales, ainsi que le versement de l'augmentation ponctuelle de la SV et du SRG. Les annonces indiquaient que ces fonds seraient versés rapidement, mais en réalité, ils ont été déboursés lentement comparativement à d'autres programmes, huit semaines complètes s'étant écoulées entre l'annonce et le versement. En revanche, pour la PCUE, il ne s'est écoulé que 24 jours entre l'annonce et la mise en œuvre, et les paiements sont arrivés dans les comptes des étudiants en trois jours ouvrables.

J'aimerais également parler d'un deuxième élément, plus urgent, qui concerne la façon dont nous fournissons des soins aux adultes âgés, particulièrement dans des contextes collectifs comme les établissements de soins de longue durée.

Nous avons maintenant tous vu les rapports des militaires sur les foyers de soins infirmiers de l'Ontario et du Québec, qui dénotent un mépris flagrant de la condition humaine, notamment : « Aggressivité lorsqu'il s'agit de changer les serviettes d'incontinence, alimentation forcée par le personnel causant l'étouffement, patients observés en train d'appeler à l'aide sans aucune réponse du personnel, des cafards, des aliments pourris, des patients laissés dans des couches souillées. »

Ces constatations correspondent également à ce que nos propres membres nous ont raconté à propos d'établissements non inspectés par les FAC. Nous avons entendu parler de résidents qui n'ont eu que deux repas par jour pendant plusieurs semaines et de quarantaines mal ou même pas du tout appliquées, les résidents négatifs et positifs au virus continuant de partager des chambres et des salles de bain. Une femme a appelé pour dire que son frère avait été vu vêtu des vêtements de quelqu'un d'autre et avait une barbe longue montrant qu'il n'avait pas été rasé depuis des semaines.

Si la COVID-19 a révélé quelque chose, c'est que nous parquons des aînés fragiles et souvent très malades dans des environnements dangereux, qui sont sous-financés, qui manquent de personnel et dont les employés ont souvent peu ou pas de

and/or their families to pay a significant amount for what is really expected to be a privilege to be in those facilities.

It is unconscionable that of over 7,800 deaths in Canada so far from COVID-19, 82% were from a population whom we are duty-bound to protect, and we failed. While this is not the responsibility of the federal government alone, it is the duty of the federal government to make sure it doesn't happen again.

It is clear now that we did not have a real plan in place for seniors in long-term care in this pandemic in spite of having advance warning from other countries and seeing previous crises of similar scale like SARS and MERS.

I'd like to conclude with just one final thought. As we reflect on Canada's response to COVID-19, we must also look ahead. In the next 15 years, the number of people over 75 will increase by more than 80%, to 5.5 million.

If long-term care is broken today, what will it look like tomorrow? We must invest in innovative solutions to modernize long-term institutional care and, just as important, find ways to support home care for those who are able to age comfortably at home, in order to meet the needs of an aging population.

We can, and we must, do better. Thank you.

The Chair: Thank you.

Laura Tamblyn Watts, President and Chief Executive Officer, CanAge: Good afternoon, senators. Thank you for the opportunity to address you today on the pressing issues facing Canadian seniors and those most pressing during the COVID-19 pandemic.

My name is Laura Tamblyn Watts and I am president and CEO of CanAge. CanAge is Canada's national seniors' advocacy organization. We are a non-partisan, federally incorporated not-for-profit that works to bring forth the voice of Canadian seniors and works across the country in a pan-Canadian and expert way, to work collaboratively with stakeholders to advance the rights and well-being of Canadians as we age.

We work to support older Canadians to live vibrant and connected lives. In the time of COVID-19, however, this has been far from our reality. We will focus on three key areas and provide recommendations to the Senate committee in each category. The three substantive areas we propose to make our

formation agréée. Nous nous attendons à ce que les résidents ou leurs familles paient une somme importante pour ce qui est censé être le privilège de vivre dans ces établissements.

Il est inadmissible que, sur plus de 7 800 décès causés par la COVID-19 enregistrés jusqu'ici au Canada, 82 % ont touché une population que nous avons le devoir de protéger, ce que nous n'avons pas su faire. Bien que ce ne soit pas seulement la responsabilité du gouvernement fédéral, il lui incombe de veiller à ce que cela ne se reproduise plus.

Il est maintenant clair que nous n'avions pas de véritable plan en place pour les personnes âgées qui recevaient des soins de longue durée pendant cette pandémie, même si d'autres pays nous ont avertis à l'avance et nous avons été témoins de crises semblables comme le SRAS et le SRMO.

J'aimerais conclure par une dernière réflexion. Alors que nous réfléchissons à la réponse du Canada à la pandémie de COVID-19, nous devons aussi regarder vers l'avenir. Au cours des 15 prochaines années, le nombre de personnes de plus de 75 ans augmentera de plus de 80 % pour atteindre 5,5 millions.

Si les soins de longue durée sont défaillants aujourd'hui, à quoi ressembleront-ils demain? Nous devons investir dans des solutions novatrices pour moderniser les soins de longue durée en établissement et, ce qui est tout aussi important, trouver des moyens d'appuyer les soins à domicile pour les personnes qui peuvent vieillir confortablement chez elles, afin de répondre aux besoins d'une population vieillissante.

Nous pouvons et nous devons faire mieux. Merci.

La présidente : Merci.

Laura Tamblyn Watts, présidente et chef de la direction, CanAge : Bonjour, honorables sénateurs. Je vous remercie de me donner l'occasion de m'adresser à vous aujourd'hui au sujet des problèmes pressants auxquels sont confrontés les aînés au Canada, et de ceux particulièrement urgents survenus pendant la pandémie de COVID-19.

Je m'appelle Laura Tamblyn Watts et je suis présidente et chef de la direction de CanAge. CanAge est l'organisme national de défense des droits des aînés au Canada. Nous sommes un organisme sans but lucratif faisant abstraction de tout intérêt partisan, constitué en vertu d'une loi fédérale, qui s'efforce de faire entendre la voix des aînés canadiens et qui travaille partout au pays de façon experte et pancanadienne, en collaboration avec les intervenants, pour faire progresser les droits et le bien-être des Canadiens à mesure qu'ils vieillissent.

Nous nous efforçons d'aider les Canadiens âgés à vivre une vie dynamique et connectée. Toutefois, dans le contexte de la COVID-19, c'est loin d'être notre réalité. Nous nous concentrerons sur trois domaines clés et nous formulerons des recommandations au comité sénatorial pour chacun d'eux. Les

submissions are, first, elder abuse and neglect; second, long-term care reform; and third, social inclusion.

Many senators will know that one in five older Canadian adults will experience abuse and neglect. Physical, financial, emotional, sexual and institutional neglect are the most common forms. In fact, on Monday, we celebrate the fifteenth anniversary of the Canadian-founded World Elder Abuse Awareness Day, which is a United Nations recognized day. And I'm sorry to say that abuse and neglect in Canada has never been worse.

The one in five statistic is pre-COVID. Since mid-March, agencies that are responding to abuse and neglect across this country are experiencing what appears to be about a tenfold increase in calls. For example, Elder Abuse Prevention Ontario, a charitable not-for-profit organization that responds to elder abuse neglect issues in this province, used to get approximately 800 calls per month about abuse and neglect. Since mid-March, they receive about 800 calls every three days. This increase is also supported by evidence from police across the country, the Canadian Anti-Fraud Centre and organizations like CanAge. We are inundated daily with concerns about abuse and neglect, and not only about concerns in long-term care but overwhelmingly for the 92% of Canadian seniors who live in the community.

This government invested \$50 million very early on, in March, to address the pressing issue of domestic violence at a time of self-isolation. And while the Minister for Seniors has a very specific mandate about addressing abuse and neglect in her mandate letter, almost nothing has been done in this regard. Our recommendations are as follows:

One, designate a similar amount of emergency funding to combat the spike in increased concern for elder abuse and neglect in the time of COVID, analogous to what was given to prevent and respond to domestic violence.

Two, as currently there is no easy place to report elder abuse and neglect, fund a national elder abuse and neglect toll-free line — it's just a phone line — which would be answered by staff who could then support Canadians by connecting them to local responders. The national anti-fraud centre line could be expanded by its mandate, or a separate line could be added very easily.

The second substantive area I would like to echo from my colleague is long-term care, and we would like to provide some practical solutions. The national tragedy which has been

trois principaux sujets que nous comptons aborder sont, premièrement, la violence et la négligence à l'égard des aînés; deuxièmement, la réforme des soins de longue durée; et troisièmement, l'inclusion sociale.

De nombreux sénateurs savent qu'un Canadien âgé sur cinq sera victime de mauvais traitements et de négligence. La négligence physique, financière, émotionnelle, sexuelle et institutionnelle sont les formes les plus courantes. En fait, lundi, nous célébrerons le 15^e anniversaire de la Journée internationale de sensibilisation à la maltraitance des personnes âgées, une journée reconnue par l'Organisation des Nations unies. Et je suis désolée de dire que la violence et la négligence n'ont jamais été pires au Canada.

Le chiffre d'une personne sur cinq est antérieur à la pandémie. Depuis la mi-mars, les organismes qui interviennent dans les cas de mauvais traitements et de négligence dans l'ensemble du pays connaissent ce qui semble être une multiplication par dix du nombre d'appels. Par exemple, Prévention de la maltraitance envers les aînés Ontario, un organisme de bienfaisance sans but lucratif qui répond aux signalements de maltraitance des aînés dans la province recevait environ 800 appels par mois à ce sujet. Depuis la mi-mars, il reçoit environ 800 appels tous les trois jours. Cette augmentation est également corroborée par des données provenant de la police de partout au pays, du Centre antifraude du Canada et d'organisations comme CanAge. Nous sommes tous les jours inondés de signalements de maltraitance concernant non seulement les soins de longue durée, mais surtout les 92 % d'aînés canadiens qui vivent dans la collectivité.

Notre gouvernement a investi 50 millions de dollars très tôt, en mars, pour s'attaquer au problème pressant de la violence familiale en cette période de confinement. Et bien que la ministre des Aînés ait un mandat très précis pour s'attaquer à la maltraitance dans sa lettre de mandat, presque rien n'a été fait à cet égard. Nos recommandations sont les suivantes :

Premièrement, il faudrait prévoir un montant semblable de financement d'urgence pour lutter contre la montée en flèche des préoccupations concernant la maltraitance des aînés pendant la pandémie, comme ce qui a été accordé pour prévenir la violence familiale et y réagir.

Deuxièmement, comme il n'y a actuellement aucun endroit pour signaler facilement la maltraitance des aînés, il faudrait financer une ligne téléphonique nationale sans frais pour le signalement des mauvais traitements infligés aux aînés. Il s'agit simplement d'une ligne téléphonique. Le personnel qui répondrait soutiendrait les Canadiens en les mettant en contact avec des intervenants locaux. Le mandat du Centre national de lutte contre la fraude pourrait être élargi, ou une ligne distincte pourrait être ajoutée très facilement.

Le deuxième aspect important sur lequel j'aimerais me faire l'écho de ma collègue est celui des soins de longue durée, et nous aimerions proposer des solutions pratiques. La tragédie

unfolding in our long-term care system can no longer be denied, although the issues are well-known. And of course, we are challenged by our division of powers. We offer the following three recommendations:

First, establish a federal-provincial-territorial, national long-term care working group that will include seniors and caregiver organizations. Often, older adults and caregivers are excluded from conversations that are in fact about them.

Two, study the Australian model of long-term care. They also have a similar federation and a division between their federal and state authorities, yet the Australian model has worked extremely well during this time of COVID-19. We should consider creating a national, arm's-length Canadian long-term care home regulator, analogous to the Australian version, which could oversee licensing, quality standards, and has the ability to suspend licences and issue fines. This model would be agreed upon across the federal-provincial-territorial bodies and would be attached to our third recommendation: to allow for federal transfers of designated funds, in coordination with the national regulator, to the provinces for delivery of services. Those funds would be designated and have reporting structures attached to them so they would not end up in general treasury.

My third substantive area is around social inclusion. We are now sharing the same experience for the first time. Indeed, everyone over the age of 70 has been put in self-isolation. We have all felt some impact of social exclusion and how hard that is, but it's worse for many older people. In 2018, a Statistics Canada report found that 20% of Canadian seniors did not have a single person to reach out to — not one. And we know that social exclusion is a concern for both physical and mental well-being. Also, the World Health Organization found that ageism is the most prevalent form of discrimination in the world, and we would like to recommend three key substantive issues to address these.

First, this government give intentional focus on community-based programming for seniors as a way to provide upstream supports and services to older Canadians. We know that connecting people in their community is a way to encourage social inclusion and prevent loneliness.

Two, create an office of the seniors' advocate at the federal level to consistently address issues faced by older people as our population ages, and to bring the federal government in line with the majority of provinces in this country, as well as comparator countries.

And three, embrace a national initiative for combatting ageism.

nationale qui se déroule dans notre système de soins de longue durée ne peut plus être niée, même si les problèmes sont bien connus. Et bien sûr, nous sommes confrontés au partage des pouvoirs. Nous formulons les trois recommandations suivantes :

Premièrement, créer un groupe de travail fédéral-provincial-territorial sur les soins de longue durée qui inclura les aînés et les fournisseurs de soins. Souvent, les aînés et les fournisseurs de soins sont exclus des conversations qui les concernent.

Deuxièmement, étudier le modèle de soins de longue durée de l'Australie. Ce pays a également une fédération similaire et une répartition des pouvoirs entre les autorités fédérales et étatiques, et pourtant le modèle australien a très bien fonctionné pendant la pandémie de COVID-19. Nous devrions envisager la création d'un organisme national indépendant de réglementation des établissements de soins de longue durée au Canada, semblable à la version australienne, qui pourrait superviser l'octroi des permis, les normes de qualité et avoir le pouvoir de suspendre les permis et d'imposer des amendes. Ce modèle serait accepté par l'ensemble des organismes fédéraux, provinciaux et territoriaux et serait annexé à notre troisième recommandation qui est de permettre le transfert aux provinces de fonds désignés par le gouvernement fédéral, en coordination avec l'organisme de réglementation national, pour la prestation des services. Ces fonds seraient désignés et assujettis à des dispositions de report afin qu'ils ne se retrouvent pas dans le Trésor.

Mon troisième sujet important porte sur l'inclusion sociale. Nous partageons maintenant la même expérience pour la première fois. En fait, tous les gens de plus de 70 ans ont été mis en auto-confinement. Nous avons tous ressenti les effets et la difficulté de l'exclusion sociale, mais c'est pire pour de nombreuses personnes âgées. En 2018, un rapport de Statistique Canada a révélé que 20 % des aînés canadiens n'avaient pas une seule personne à qui s'adresser, pas une seule. Et nous savons que l'exclusion sociale est une préoccupation pour le bien-être physique et mental. De plus, l'Organisation mondiale de la Santé a constaté que l'âgeisme est la forme de discrimination la plus répandue dans le monde, et nous aimerions faire trois recommandations clés pour y remédier.

Premièrement, que le gouvernement actuel mette délibérément l'accent sur les programmes communautaires destinés aux aînés afin d'offrir un soutien et des services en amont aux Canadiens âgés. Nous savons qu'en reliant les gens à leur communauté, on peut favoriser l'inclusion sociale et prévenir la solitude.

Deuxièmement, que l'on crée un bureau de défense des droits des aînés au niveau fédéral pour s'attaquer de façon cohérente aux problèmes auxquels les personnes âgées sont confrontées à mesure que notre population vieillit et pour aligner le gouvernement fédéral sur la majorité des provinces du pays, ainsi que sur les pays de comparaison.

Troisièmement, que l'on adopte une initiative nationale de lutte contre l'âgeisme.

We would like to touch briefly on three other pieces as I conclude. We are pinning our hopes on a national COVID vaccine, but we need to reform our vaccine development, purchasing, distribution and approval systems in order to make sure that we get a COVID vaccine out, prioritizing people who need it most. That means we also need to make sure we get the vaccines already functional that we are not distributing equally, including our high-dose flu, shingles and pneumonia vaccines.

We need to fix the system and make sure the vaccines we already have get distributed to key people, safe and well. We also agree that we need to get rid of mandatory RRIF withdrawals, and we recommend that we prevent greater negative impact for people who have to cash in RRSPs early because of COVID-19 economic concerns, by giving tax relief.

And last, we know that insolvencies and bankruptcies are on the horizon, and we would like to suggest to this committee that we prioritize pension protection for pensioners who have paid in their whole lives, so that we don't lose the pensions and create greater poverty for seniors. Thank you.

Dr. Roger Wong, Clinical Professor of Geriatric Medicine, Department of Medicine, University of British Columbia, as an individual: Good afternoon, Madam Chair, and good afternoon, senators. Thank you for inviting me to the Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology.

I am honoured to speak with you regarding the protection and support of older Canadians amid the COVID-19 pandemic.

I am the executive associate dean in the Faculty of Medicine at the University of British Columbia, a geriatrics doctor, a clinical professor of geriatric medicine, as well as the 13th president of the Canadian Geriatrics Society.

Older adults are vulnerable to developing infections, including COVID-19. In part, that is because the immune system function in seniors may not be working as well. Many seniors live with long-standing health conditions such as diabetes, heart disease and lung disease.

As I wrote in my recent op-ed in *The Globe and Mail*, in many ways, our life's work is culminating now in real time with each new development of COVID-19. Everyone wants to help. From front-line health care workers, who risk infection caring for those in need, including our seniors, to our neighbours and friends who leave groceries on front steps, ringing the doorbell right before they walk away. That collective desire to help to alleviate stress and suffering is one reason to remain hopeful, even as the number of COVID cases and tragic deaths increase.

Nous aimerions aborder brièvement trois autres éléments avant de conclure. Nous misons sur un vaccin national contre la COVID, mais nous devons réformer nos systèmes d'élaboration, d'achat, de distribution et d'approbation des vaccins afin de nous assurer de produire ce vaccin et de le donner en priorité aux gens qui en ont le plus besoin. Cela signifie que nous devons aussi nous assurer d'obtenir les vaccins déjà fonctionnels que nous ne distribuons pas de manière égale, notamment le vaccin antigrippal à forte dose et les vaccins contre le zona et la pneumonie.

Nous devons réparer le système et nous assurer que les vaccins que nous avons déjà sont distribués aux personnes clés, en toute sécurité. Nous sommes également d'accord pour dire que nous devons éliminer les retraits obligatoires des FERR et nous recommandons d'éviter que les gens forcés d'encaisser des REER prématurément en raison de préoccupations économiques liées à la COVID-19 subissent un impact négatif plus lourd en accordant des allègements fiscaux.

Enfin, nous savons que l'insolvabilité et les faillites sont à l'horizon, et nous aimerions suggérer au comité d'accorder la priorité à la protection des pensions pour les retraités qui ont cotisé toute leur vie, afin que nous ne perdions pas les pensions et que nous n'augmentions pas la pauvreté chez les aînés. Merci.

Dr Roger Wong, professeur clinique de médecine gériatrique, Département de médecine, Université de la Colombie-Britannique, à titre personnel : Bonjour, madame la présidente, sénateurs et sénatrices. Merci de m'avoir invité au Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie.

C'est un honneur pour moi de vous parler de la protection et du soutien des personnes âgées au Canada dans le contexte de la pandémie de COVID-19.

Je suis doyen associé à la direction de la Faculté de médecine de l'Université de la Colombie-Britannique, je suis gériatre et professeur clinicien de médecine gériatrique, et je suis le 13^e président de la Société canadienne de gériatrie.

Les personnes âgées sont sujettes aux infections, dont celle de la COVID-19. C'est peut-être en partie parce que leur système immunitaire ne fonctionne plus aussi bien. De nombreux aînés vivent avec des problèmes de santé de longue date comme le diabète, les maladies cardiaques et les maladies pulmonaires.

Comme je l'écrivais dans une récente lettre d'opinion publiée dans le *Globe and Mail*, à bien des égards, le travail de notre vie culmine maintenant en temps réel à chaque tournure que prend la COVID-19. Tout le monde veut aider. Depuis les intervenants de première ligne, qui risquent d'être infectés en s'occupant des personnes dans le besoin, dont nos aînés, jusqu'aux voisins et amis qui déposent des sacs d'épicerie sur le seuil et qui sonnent à la porte avant de s'en aller. Ce désir collectif d'aider à soulager le stress et la souffrance est une raison de garder espoir, même

I believe that all of us must do everything we can to protect and support our most vulnerable, including older adults.

Government agencies, including Health Canada and the Public Health Agency of Canada, have repeatedly reminded us of the importance of physical distancing, such as visiting our older loved ones virtually, rather than in person during the pandemic. However, we must remember that physical distancing does not mean social isolation. We know that loneliness and isolation can have negative impacts on physical and mental health, especially for seniors.

We must interact with older adults regularly, perhaps at this point through computer technology, social media, or if they prefer, by telephone. The accessibility of virtual technology may present barriers for some older Canadians, such as those who reside in rural or remote geographic areas, because they may have limited internet network coverage, or those who cannot afford it due to socio-economic reasons.

For seniors, connecting with compassion is important at all times, but especially during the pandemic. It is even more crucial for those who live with dementia, such as Alzheimer's disease, because they may not understand what is going on. It is imperative that we increase the support for family caregivers and people who have dementia. I believe the Government of Canada is well positioned to champion the development of national best practices in supporting vulnerable seniors and their households, and to provide the resources for sustainable implementation.

This includes how Canada responds to the situation unfolding, in particular, at long-term care homes across the country. Older adults living in long-term care are highly vulnerable, relatively voiceless and without strong advocacy.

As of June 1 of this year, 6,007 Canadians residing in long-term care homes have died as a result of COVID-19, accounting for 82% of the 7,326 deaths reported here in Canada.

We must protect seniors where they live. Recently, the Chief Science Advisor of Canada convened a task force on long-term care, of which I am a member. Our government and health leaders must set the tone now by emphasizing a humanistic and compassionate approach to ensure that we fully address the ongoing needs of older adults in long-term care. Practically, this would mean dedicating societal priority, strategic attention and appropriate resources towards long-term care in Canada, such as through the creation of a Canada long-term care strategy that is informed by continuous learning from a national health data system.

lorsqu'on voit augmenter le nombre de cas de COVID et de décès tragiques.

Je crois que chacun de nous doit faire tout ce qu'il peut pour protéger et soutenir les plus vulnérables, y compris les personnes âgées.

Les organismes gouvernementaux, dont Santé Canada et l'Agence de la santé publique du Canada, nous ont rappelé à maintes reprises l'importance de la distanciation physique, par exemple de visiter nos proches âgés de façon virtuelle plutôt qu'en personne pendant la pandémie. Or, distanciation physique ne veut pas dire isolement social. Nous savons que la solitude et l'isolement peuvent avoir des effets néfastes sur la santé physique et mentale, surtout chez les personnes âgées.

Nous devons interagir régulièrement avec elles, peut-être en ce moment par ordinateur, par les médias sociaux ou, si elles préfèrent, par téléphone. L'accessibilité de la technologie virtuelle peut présenter des obstacles pour certains Canadiens âgés, comme ceux qui habitent en région rurale ou éloignée, en raison d'un accès limité au réseau Internet, ou qui ne peuvent pas se le permettre pour des raisons socioéconomiques.

Avec les personnes âgées, il est important de faire preuve de compassion en tout temps, mais surtout durant la pandémie. C'est encore plus important pour celles qui vivent avec une forme de démence, comme la maladie d'Alzheimer, parce qu'elles ne comprennent peut-être pas ce qui se passe. Il est impératif d'accroître le soutien aux aidants naturels et aux personnes atteintes de démence. Je crois que le gouvernement du Canada est bien placé pour promouvoir l'adoption de pratiques exemplaires nationales en vue de soutenir les personnes âgées vulnérables et leurs familles, et pour fournir les ressources nécessaires à leur application durable.

Cela comprend la réaction à la situation constatée en particulier dans les centres de soins de longue durée partout au pays. Les personnes âgées qui y vivent sont très vulnérables, relativement sans voix et sans appuis solides pour défendre leurs intérêts.

En date du 1^{er} juin de cette année, 6 007 Canadiens résidant dans des centres de soins de longue durée étaient décédés à cause de la COVID-19, soit 82 % des 7 326 décès signalés au pays.

Nous devons protéger les personnes âgées là où elles vivent. Récemment, la conseillère scientifique en chef du Canada a convoqué un groupe de travail sur les soins de longue durée, dont je fais partie. Notre gouvernement et les autorités de la santé doivent donner le ton maintenant en insistant sur une approche humaniste et compatissante pour répondre pleinement aux besoins permanents des aînés dans les centres de soins de longue durée. Dans la pratique, cela veut dire d'en faire un enjeu de société, d'y accorder une attention stratégique et d'y affecter les ressources nécessaires, en établissant par exemple une stratégie canadienne de soins de longue durée qui miserait sur

We all have observed that COVID-19 has unmasked a fragmented continuum of seniors' care in Canada, which is compounded by the heterogeneous operational models involved in public and private sectors, making it difficult to provide older Canadians with equal and consistent access to the necessary services based on their care needs as they age. We must take action now to identify immediate and ongoing solutions to resolve these national systemic issues. This should, for instance, include a national dialogue to explore how long-term care can be covered within the Canada Health Act.

COVID-19 has also revealed that long-term care sector resources are not at the levels needed to enable the quality of health and social care required, both at regular times and at times of a pandemic. We must develop national strategies to ensure adequate and sustainable staffing in long-term care so that workers with the right mix of skills can focus working at a single site without crossing sites at a given time. This would require national guidelines to address compensation inequity and sick leave policies that allow symptomatic staff to stay home.

Nationally accredited and continuous professional development programs are also needed to refresh long-term care skills, including infection prevention and control. In addition, I believe that a national emphasis in Canada on increased health professional training — especially in areas of geriatric medicine, geriatric psychiatry, care of the elderly, palliative care, family medicine, internal medicine, and psychiatry — preferably done in a collaborative learning format, can bridge the existing service gaps across Canada in delivering the best possible care for older adults.

To mitigate the challenges in the long-term-care sector, I believe that Canada should also implement a number of additional systemic solutions, including the national supply-chain management of personal protective equipment, or PPE, with priority provision to the long-term care sector, as well as deploying a national approach to fast track COVID-19 diagnostic testing for both seniors and staff in long-term care.

I'm trying to share with you today that all of us must take collective action now in addressing these cross-sectorial and systemic issues affecting older adults, which are unmasked by COVID-19. I believe that a coordinated and strategic approach, led by the Government of Canada and with full engagement of the provinces and territories, can make the much-needed

l'apprentissage continu à partir d'un système national de données sur la santé.

Comme nous avons tous pu le constater, la COVID-19 a dévoilé la fragmentation du continuum des soins offerts aux aînés au Canada, aggravée par les modes de fonctionnement hétérogènes des secteurs public et privé, de sorte qu'il devient difficile d'offrir aux personnes âgées un accès égal et uniforme aux services dont elles ont besoin à mesure qu'elles vieillissent. Nous devons dès maintenant trouver des solutions immédiates et continues à ces problèmes systémiques nationaux, en établissant par exemple un dialogue national sur l'intégration des soins de longue durée dans les dispositions de la Loi canadienne sur la santé.

La COVID-19 a aussi révélé que les ressources du milieu ne suffisent pas à assurer la qualité de soins nécessaire, aussi bien en temps normal qu'en période de pandémie. Nous devons élaborer des stratégies nationales pour que les centres de soins de longue durée disposent en tout temps d'un effectif suffisant de préposés ayant les compétences nécessaires pour faire le travail en un seul endroit sans avoir à se promener d'un établissement à l'autre. Il faudrait des lignes directrices nationales pour remédier à l'iniquité des salaires et des politiques sur les congés de maladie qui permettent de rester à la maison lorsqu'on présente des symptômes.

Il faudrait aussi des programmes de perfectionnement continu reconnus à l'échelle nationale pour rafraîchir les compétences en soins de longue durée, y compris la prévention et le contrôle des infections. De plus, je crois qu'un effort accru de formation en santé — en particulier en gériatrie, en psychiatrie gériatrique, en soins des personnes âgées, en soins palliatifs, en médecine familiale, en médecine interne et en psychiatrie —, dispensée de préférence selon une formule d'apprentissage coopératif, peut combler les lacunes actuelles des services au Canada en offrant les meilleurs soins possible aux personnes âgées.

Afin d'aplanir les problèmes du milieu des soins de longue durée, le Canada devrait aussi appliquer un certain nombre de solutions systémiques supplémentaires, dont la gestion de la chaîne nationale d'approvisionnement en équipement de protection individuelle, ou EPI, avec priorité d'approvisionnement aux soins de longue durée, et l'adoption d'une méthode nationale pour accélérer les tests diagnostiques de la COVID-19 chez les personnes âgées et les préposés aux soins de longue durée.

J'essaie de vous faire comprendre aujourd'hui que nous devons tous unir nos efforts devant ces problèmes intersectoriels et systémiques qui affectent les personnes âgées, et que nous révèle la COVID-19. Je crois qu'une approche stratégique coordonnée, menée par le gouvernement du Canada avec la pleine participation des provinces et des territoires, peut faire

difference for older Canadians and their loved ones. The time to act is now. Thank you very much.

The Chair: Thank you, Dr. Wong. We will proceed with questions from senators. Just a quick reminder to use the raise-hand function in Zoom if you want to ask a question or answer a question. When you do ask a question, please identify whom you wish to answer the question.

Senator Poirier: Thank you to the witnesses for being here and for your excellent presentations.

My first question is for the Canadian Association of Retired Persons, Ms. Lennox. I come from a rural area in New Brunswick. Seniors in the rural areas have been hit differently than many seniors in urban areas, specifically in everyday things that we don't sometimes think about, for example, banking needs. Right now, our local banks have closed down because of COVID-19. For seniors, a lot of them over 80 years old, we are realizing they don't use credit cards or debit. They're still into the cash system. Going to a debit machine is not something they would do; nor is online banking.

Quite a few who reached out to me were surprised by the lack of services. They would have to drive over an hour to access services in the city. There is no bus or taxi service in rural New Brunswick. There are many issues happening there, different than if you were living in the city of Ottawa, where there would be multiple branches and things like that.

In your opinion, what actions, if any, can the federal government take to better support seniors in rural and remote areas, who don't have access to services in the same way as others?

Ms. Lennox: Thank you for your question. I think I caught part of it.

We have chapters in Nova Scotia and New Brunswick, and we've heard similar concerns raised. Part of the issue is that there aren't a lot of services available for people in rural communities. This goes back to what I was talking about in my introduction around an increase in the cost of living associated with COVID, and a number of programs that have shut down as a result of COVID-19. These are things that have had a direct impact on seniors.

I think there's a misconception that seniors haven't been impacted by COVID-19. In fact, many have been directly impacted. As you say, many banks and tax preparation services have shut down, which people relied on, particularly at this time. Seniors have lost access to a number of food banks as well. It has

toute la différence dont ont tant besoin les personnes âgées et leurs proches au Canada. C'est maintenant qu'il faut agir. Merci beaucoup.

La présidente : Merci, docteur Wong. Nous allons passer aux questions des membres du comité. Je vous rappelle d'utiliser la fonction « lever la main » dans Zoom si vous voulez poser une question ou répondre à une question. Lorsque vous posez une question, veuillez préciser à qui vous l'adressez.

La sénatrice Poirier : Je remercie les témoins de leur présence et de leurs excellents exposés.

Ma première question s'adresse à Mme Lennox, de l'Association canadienne des individus retraités. Je viens d'une région rurale du Nouveau-Brunswick. Les personnes âgées dans les régions rurales ont été touchées différemment de bien d'autres dans les régions urbaines, surtout dans des aspects du quotidien auxquels on ne pense pas toujours, par exemple, les services bancaires. À l'heure actuelle, nos succursales bancaires sont fermées à cause de la COVID-19. Or, les personnes âgées, dont beaucoup ont plus de 80 ans, n'utilisent pas de cartes de crédit ou de débit. Elles paient encore comptant. Elles ne vont pas au guichet automatique et n'utilisent pas les services bancaires en ligne.

Bon nombre de personnes qui ont communiqué avec moi se sont dites surprises du manque de services. Il leur faut rouler plus d'une heure en voiture pour accéder aux services offerts en ville. Il n'y a pas d'autobus ni de taxi dans la campagne du Nouveau-Brunswick. Il y a beaucoup de problèmes là-bas, bien différents de ce qu'on peut vivre à Ottawa, par exemple, où il y a beaucoup de succursales et ce genre de choses.

À votre avis, quelles mesures, s'il en est, le gouvernement fédéral peut-il prendre pour mieux soutenir les aînés des régions rurales et éloignées, qui n'ont pas le même accès aux services que d'autres?

Mme Lennox : Je vous remercie de votre question. Je crois en avoir saisi une partie.

Nous avons des chapitres en Nouvelle-Écosse et au Nouveau-Brunswick, et on nous a fait part de préoccupations semblables. Une partie du problème, c'est qu'il n'y a pas tellement de services offerts en région rurale. Cela nous ramène à ce que je disais dans mon introduction au sujet de l'augmentation du coût de la vie et de la fermeture d'un certain nombre de programmes en raison de la COVID-19. Ce sont des choses qui ont touché directement les aînés.

On croit à tort qu'ils ont échappé aux conséquences de la COVID-19, mais beaucoup ont été directement touchés. Comme vous le dites, bien des banques ont fermé leurs portes, comme bien des services de préparation des déclarations de revenus, et les gens comptaient là-dessus, surtout en ce moment. Les aînés

been a real struggle. We've certainly heard similar stories from our own members, that they've struggled.

Senator Poirier: In your opinion, has the government put in place the needed programs and financial aid to ensure that our low-income seniors, in both remote and urban areas, are protected from the second wave that everybody is saying will probably come?

Ms. Lennox: No. I think the second wave is a real concern for a lot of our members. Many are concerned that, with the second wave, we could see a number of programs similarly either not reopen or shut down again.

Many of our members were welcoming of the OAS and GIS top-up but felt it should be recurring. Many felt they would be the last to be released from physical distancing restrictions. So I think more can certainly be done.

Senator Poirier: Do you feel that the government should have a little bit more say in what should and should not be shut down, or what is essential and not essential?

Ms. Lennox: I think the government has a role to play in working collaboratively with the provinces to come to that determination.

Senator Poirier: I have a question for CanAge. In a recent article you said that seniors are facing financial insecurity. The government's response is a one-time payment, and two months after its announcement, people are still waiting for it. The Prime Minister said the economy is frozen, yet he moves ever so slowly to help seniors in this frozen economy that he's talking about.

After the one-time payment that is given in July, do you feel that low-income seniors can continue to survive with no further financial aid from the federal government? My question is to CanAge, Ms. Tamblyn Watts.

Ms. Tamblyn Watts: The answer is no, older adults are not adequately supported. A one-time payment is welcome, but they've been waiting for an OAS top-up as well, and that has not yet been coming. We know that older people, and particularly rural older people, who may already be experiencing intersectional poverty and marginalization, are the hardest hit. The second wave is not going to come as a theory; it is already going to be a key issue.

I wonder if I could follow up on the question you asked my colleague. In the area of rural banking, we need to explore the notions of open banking; banking through Canada Post; increased use of direct deposits and automatic payments; and,

ont aussi perdu l'accès à plusieurs banques alimentaires. Cela a été vraiment dur, comme nous l'avons entendu d'ailleurs de la part de nos propres membres.

La sénatrice Poirier : À votre avis, le gouvernement a-t-il mis en place les programmes et l'aide financière nécessaires pour que les aînés à faible revenu, à la campagne ou à la ville, soient protégés contre la deuxième vague qui, selon tout le monde, viendra probablement?

Mme Lennox : Non. Je pense que la deuxième vague inquiète réellement beaucoup de nos membres. Ils craignent qu'en pareil cas, certains services ne rouvrent pas ou ferment de nouveau.

Beaucoup étaient heureux de recevoir la prestation complémentaire à la pension de vieillesse et au SRG, mais ils auraient préféré qu'elle soit récurrente. Beaucoup sentaient qu'ils seraient les derniers à être libérés des contraintes de la distanciation physique. Alors je pense qu'on peut certainement faire mieux.

La sénatrice Poirier : Pensez-vous que le gouvernement devrait avoir un peu plus son mot à dire sur ce qui devrait ou ne devrait pas fermer, sur ce qui est essentiel ou non?

Mme Lennox : Je pense que le gouvernement a un rôle à jouer dans ces décisions-là, en collaboration avec les provinces.

La sénatrice Poirier : J'ai une question pour CanAge. Dans un article récent, vous disiez que des aînés vivaient dans l'insécurité financière. La réponse du gouvernement est un paiement unique, et deux mois après son annonce, les gens l'attendent toujours. Le premier ministre a dit que l'économie était gelée, mais il ne semble pas pressé d'aider les aînés dans cette économie gelée dont il parle.

Après le paiement unique qui sera fait en juillet, pensez-vous que les aînés à faible revenu pourront survivre sans autre aide financière du gouvernement fédéral? Ma question s'adresse à CanAge, Mme Tamblyn Watts.

Mme Tamblyn Watts : La réponse est non, les aînés ne reçoivent pas assez d'aide. Le paiement unique est bienvenu, mais ils attendent aussi un supplément à la Sécurité de la vieillesse, qui ne s'en vient pas encore. Nous savons que les personnes âgées sont les plus durement touchées, surtout celles qui vivent en milieu rural, et qui sont peut-être déjà aux prises avec la pauvreté et la marginalisation intersectionnelles. La deuxième vague n'est pas une théorie; c'est déjà un enjeu majeur.

J'aimerais revenir à la question que vous avez posée à ma collègue. En ce qui concerne les services bancaires ruraux, nous devons nous ouvrir aux idées du système bancaire ouvert, des services bancaires par l'entremise de Postes Canada, du recours

above all, as we move forward in the next two years, to explore automatic tax implications. We know that older people are having problems preparing their taxes, yet tax preparation is the gateway to benefits. We should be looking to align with other OECD countries by having an opt-out of automatic tax preparation as opposed to putting the onus on people who may be increasingly in need and marginalized to do their own taxes.

Senator Poirier: Thank you very much.

Senator Griffin: Thank you to the panellists for your presentations. I have one question for Dr. Wong.

As you know, the job of our committee is to review the government's response to the COVID-19 crisis. What do you think the government has done well in this response, and what has it not done well?

Dr. Wong: Thank you, Senator Griffin, for the question. This is a very strange period of time. This is an unprecedented time facing not only Canada but many countries and jurisdictions in the world.

In terms of the reaction and the responses of the Government of Canada so far, in particular when it comes to seniors, I would say there are a number of areas that are quite well done in terms of trying to share relevant public health information as it applies to seniors. We heard about the importance of physical distancing, for example. What does that mean for seniors, their families and loved ones? I think the work done through public health — namely, through Health Canada and the Public Health Agency of Canada — has gone quite well in terms of information sharing. Clearly, when we look at some of the most vulnerable seniors, including those who reside in long-term care, we see there are many areas that can present further opportunity for improvement, hence the reason for my commentary.

Two categories of issues have been unmasked by COVID-19. One category requires immediate action and response when it comes to physically protecting seniors, including those in long-term care, but also addressing their mental health needs — my comment that physical distancing does not mean social isolation.

There is a second category of deeper-rooted systemic issues. These are issues that have been around for some time, including, for example, regulatory mechanisms and standard-setting for long-term care homes. Even though there is a division of labour between the federal, provincial and territorial governments, there is an opportunity for the federal government, along with its leadership, to set benchmarks. This will be crucial.

accru aux dépôts directs et aux versements automatiques et surtout, au cours des deux prochaines années, explorer la question des incidences fiscales automatiques. Nous savons que les personnes âgées ont de la difficulté à préparer leurs déclarations de revenus, mais c'est par là qu'on accède aux prestations. Nous devrions essayer de faire comme d'autres pays de l'OCDE et offrir la préparation automatique des déclarations de revenus au lieu d'en imposer le fardeau à des gens de plus en plus démunis et marginalisés.

La sénatrice Poirier : Merci beaucoup.

La sénatrice Griffin : Je remercie les témoins de leurs exposés. J'ai une question pour le Dr Wong.

Comme vous le savez, le travail de notre comité est d'examiner la réponse du gouvernement à la crise de la COVID-19. Selon vous, qu'est-ce que le gouvernement a fait de bien et qu'est-ce qu'il a fait de moins bien?

Dr Wong : Je vous remercie de votre question, madame la sénatrice. Nous traversons une période très étrange. C'est du jamais-vu, non seulement pour le Canada, mais aussi pour de nombreux pays et de nombreuses instances de par le monde.

Pour ce qui est des interventions du gouvernement du Canada à ce jour, notamment en ce qui concerne les aînés, je dirais qu'il a fait du bon travail dans plusieurs domaines en diffusant l'information pertinente en matière de santé publique. Nous avons entendu parler de l'importance de la distanciation physique, par exemple. Qu'est-ce que cela signifie pour les aînés, leurs familles et leurs proches? Je pense que les autorités de la santé publique — c'est-à-dire Santé Canada et l'Agence de la santé publique du Canada — ont bien fait leur travail de diffusion. Mais lorsque nous voyons certains de nos aînés les plus vulnérables, dont ceux qui vivent dans les centres de soins de longue durée, il apparaît évident que de nombreux domaines se prêtent à l'amélioration, d'où mon commentaire.

La COVID-19 a dévoilé deux catégories de problèmes. La première catégorie exige des mesures immédiates, parce qu'il s'agit de protéger physiquement les aînés, y compris ceux qui reçoivent des soins de longue durée, mais aussi de voir à leurs besoins en santé mentale; c'est ce qu'il faut comprendre quand je dis que distanciation physique ne signifie pas isolement social.

Il y a une deuxième catégorie de problèmes ancrés profondément dans le système. Ce sont des problèmes qui existent depuis un certain temps, par exemple dans les mécanismes de réglementation et l'établissement des normes applicables aux centres de soins de longue durée. Même s'il y a une division du travail entre les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux, le gouvernement fédéral et ses dirigeants ont l'occasion de fixer des balises. Ce sera crucial.

There are some real nuggets and areas where the Government of Canada can devote priority attention and resources to address the issue. I think the key, the root of all this, is priority setting. For seniors and older adults and their loved ones, if the priority is indeed to focus on those areas, then the rest of the actions and resources that will ensure implementation is sustainable will come. It all comes from the priority setting.

Senator Griffin: Are you saying that the government has not done a good job in setting priorities, or that you simply want it to be better?

Dr. Wong: I would say that priority setting is an evolving concept. During regular times, when we have said that we view seniors' care as an important priority, that's good. It's always good.

But when it comes to a crisis such as during COVID-19, and with the observations, in terms of some of the opportunities that we haven't realized, it tells us that we need to re-prioritize and put even more emphasis on what we say we're going to do.

Senator Griffin: Thank you.

[Translation]

Senator Forest-Niesing: Thanks to the witnesses for your testimony and for enlightening us on these issues that concern us so much.

My question is complementary to Senator Griffin's and is specifically focused on what Dr. Wong identified as one of the many priorities, the attention that needs to be paid to broadening mental health services.

Before the crisis, but especially since the beginning of the pandemic, it was and is quite understandable to anticipate a certain level of anxiety among the elderly due to isolation and the consequences it has on mental health, whether we are talking about seniors living in long-term care facilities or those living in communities.

Can you tell us how much priority should be given to seniors' mental health needs? I will ask Dr. Wong first, but I would also like to hear from our other witnesses.

[English]

Dr. Wong: Thank you, senator. This is a question which is very close and dear to my heart. I would try to be brief in my answer, but I want to share with senators an actual example that is happening here in British Columbia.

Le gouvernement du Canada peut diriger son attention prioritaire et ses ressources vers des éléments concrets pour régler le problème. Je pense que la clé, c'est d'établir les priorités. Pour les aînés et leurs proches, si on accorde vraiment la plus haute importance à ces questions-là, alors les mesures et les ressources nécessaires à une application durable vont suivre. Il s'agit d'établir les priorités.

La sénatrice Griffin : Êtes-vous en train de dire que le gouvernement n'a pas bien établi ses priorités ou que vous voulez simplement qu'il s'améliore?

Dr Wong : Je dirais que l'établissement des priorités est un concept en évolution. En temps normal, lorsque nous disons que nous considérons les soins aux aînés comme d'une haute importance, c'est bien. C'est toujours bien.

Mais lorsque survient une crise comme celle de la COVID-19, qui nous met en face des occasions que nous n'avons pas su saisir, force est de constater que nous devons revoir nos priorités et insister davantage pour faire ce que nous disons que nous allons faire.

La sénatrice Griffin : Merci.

[Français]

La sénatrice Forest-Niesing : Merci aux témoins de vos témoignages et de nous éclairer sur ces questions qui nous préoccupent tant.

Ma question est complémentaire à celle de la sénatrice Griffin et est particulièrement axée sur ce qu'a identifié le Dr Wong comme étant une des nombreuses priorités, soit l'attention qui doit être accordée à l'augmentation des services en matière de soins de santé mentale.

Dans le contexte de l'avant-crise, mais surtout depuis le début de la pandémie, il est tout à fait compréhensible d'anticiper, chez les personnes âgées, un certain niveau d'anxiété causé par l'isolement et de constater les conséquences que cela engendre sur la santé mentale, que l'on parle des personnes âgées résidant dans des établissements de soins de longue durée ou de celles vivant dans des communautés.

Pouvez-vous nous préciser quelle priorité devrait être accordée aux besoins en santé mentale des personnes âgées? Je pose d'abord ma question au Dr Wong, mais j'aimerais également entendre la réponse de nos autres témoins.

[Traduction]

Dr Wong : Merci, madame la sénatrice. C'est une question qui me tient beaucoup à cœur. J'essaierai d'être bref, mais je veux vous donner un exemple concret de ce qui se passe ici en Colombie-Britannique.

In order to reach out to seniors living in long-term care and to combat loneliness and social isolation during COVID-19, because of the result of physical distancing, we have launched an initiative, an innovation, called Connecting with Compassion. It is part of the Edwin S.H. Leong Healthy Aging Program at UBC, whereby we use computer tablet devices reaching out to seniors living in long-term care homes and connecting them with their loved ones, but more importantly, providing tailored programming of two types. The first type is connecting them with music. School of Music students at UBC have performed for free for these seniors, and we actually use these musical pieces as a conduit to connecting the seniors with their loved ones and so on.

We also recognize that many seniors don't have families or loved ones, so they are alone, which is why we launched a second component, which is called the "Big Grandkids" program, similar to Big Sisters and Big Brothers, connecting seniors who do not have families and loved ones with students at the university. We have already launched this program in a couple of care homes in British Columbia. This is a province-wide initiative, and it provides an excellent opportunity to address the mental health issues, not just for seniors, but also for students who are affected as a result of COVID-19.

I think that is an exemplar of what I think can be scaled up nationally across Canada, and it is deeply rooted with grassroots movements of local communities to make it sustainable. Thank you.

Senator Forest-Niesing: Those are wonderful initiatives.

The Chair: Ms. Lennox, did you want to comment on that, and Ms. Tamblyn Watts?

Ms. Lennox: We've heard about wonderful programs similar to what Dr. Wong has mentioned. Another thing that we've heard is a lot of programs leverage the use of animals, through video technology, to engage with seniors in long-term care homes.

It's a problem. I can speak personally. I know people who have feared for the mental health of their loved one in a facility and haven't been able to reach them or have access to them. Others have taken them out of the homes as a result, so I do think more needs to be done in the way of leveraging technology to continue, particularly during a pandemic.

One thing that many provinces haven't done is allowed family caregivers to go into long-term care homes to meet with their family. At a time when we had so many care workers going in and out of these homes — and I know now that they're restricted — when family members were being isolated at home

Pour rejoindre les aînés qui vivent dans des centres de soins de longue durée et combattre la solitude et l'isolement social pendant la pandémie, en raison de la distanciation physique, nous avons lancé une initiative entièrement nouvelle appelée Connecting with Compassion. Elle fait partie du programme de la chaire Edwin S.H. Leong sur le vieillissement en santé de l'Université de la Colombie-Britannique, où nous utilisons des tablettes électroniques pour rejoindre les aînés dans les centres de soins de longue durée et les mettre en contact avec leurs proches, mais surtout, pour leur offrir une programmation personnalisée de deux types. Le premier type consiste à créer des liens par la musique. Des étudiants de l'École de musique de l'Université ont offert des spectacles gratuits à ces aînés, et nous nous servons des pièces musicales pour mettre les aînés en contact avec leurs proches, et ainsi de suite.

Nous savons aussi que bien des aînés n'ont pas de famille ou d'êtres chers, alors ils sont seuls, et c'est pourquoi nous avons créé un deuxième volet, appelé le programme des « Grands Petits-Enfants », sur le modèle des Grands Frères et des Grandes Sœurs, pour créer des liens entre les aînés qui n'ont pas de famille ou d'êtres chers avec des étudiants de l'Université. Nous avons déjà lancé ce programme dans quelques centres de soins en Colombie-Britannique. C'est une initiative d'envergure provinciale qui offre une excellente occasion de s'attaquer aux problèmes de santé mentale, non seulement des aînés, mais aussi des étudiants qui sont touchés par la COVID-19.

C'est un exemple de ce qu'on pourrait faire à l'échelle du Canada, et c'est appelé à durer parce que c'est enraciné profondément dans la culture populaire des collectivités locales. Merci.

La sénatrice Forest-Niesing : Ce sont de merveilleuses initiatives.

La présidente : Madame Lennox, vouliez-vous intervenir à ce sujet, et madame Tamblyn Watts?

Mme Lennox : Nous avons entendu parler de merveilleux programmes semblables à ceux que le Dr Wong a mentionnés. Il y en a aussi de nombreux autres qui font appel à des animaux, grâce à la technologie vidéo, pour interagir avec les aînés dans les centres de soins de longue durée.

C'est un problème. Je peux en témoigner personnellement. Je connais des gens qui ont craint pour la santé mentale de leurs proches dans un établissement et qui n'ont pas été en mesure de les joindre. D'autres les ont carrément retirés de l'établissement, alors je pense qu'il y a lieu de faire davantage appel à la technologie désormais, surtout en période de pandémie.

De nombreuses provinces n'ont pas autorisé les proches aidants à se rendre dans les centres de soins pour rencontrer les membres de leur famille. À une époque où il y avait tellement de travailleurs de la santé qui se promenaient d'un établissement à l'autre — je sais qu'ils ne peuvent plus maintenant —, où des

and were being told they couldn't go in to see their family member or loved one, it had an impact upon them. I would encourage provinces to lift that restriction so family caregivers can get into these homes and see their family and loved ones.

Ms. Tambllyn Watts: Thank you very much. At CanAge we've been creating programs and connecting with some of the work at UBC, and CanAge has partnered with United Way for the Healthy Aging program, and delivering services to the program called Better at Home. That's been a priority to ensure that we include social inclusion and mental well-being.

CanAge has also partnered with the University of Toronto and the National Initiative for Care of the Elderly to create a program entirely staffed by masters of social work students and practising social workers, to allow not just for people to call in for mental health checks and well-being checks at a more advanced level than just friendly neighbourhood programs, but it also provides a horizontal strategy for other programs that are doing friendly visitor checks, but have identified that mental health and well-being are real concerns. This is called the TALK 2 NICE program, and I am happy to provide the senators with more information on the program that we've created.

We've also worked with universities to change their advancement programs where they're typically asking for money and support, and in fact, in wrapping community around that. In that program Queen's University partnered with CanAge to do friendly visits and social isolation checks as well as alumni development, two to three times a week. This is a trusted resource because they're already part of a community — again, working to see that we've identified mental health and well-being red flags, and then they would be transferred over to that more advanced TALK 2 NICE area.

What I would just like to partner with and focus on here is why we said social inclusion is such a key priority, and why we need to have a national seniors' advocate, and why our investments need to happen at the community level. We know that communities connect with seniors, and seniors connect with communities, and what we need to see from the government is investment to support that.

Senator Forest-Niesing: Thank you for all that wonderful work.

[Translation]

Has my time run out?

The Chair: Unfortunately, it has.

membres de la famille confinés à la maison se faisaient dire qu'ils ne pouvaient pas entrer pour aller voir un être cher, il y a eu des conséquences. J'encourage les provinces à lever cette restriction afin que les proches aidants puissent entrer dans les centres et voir leurs parents et leurs proches.

Mme Tambllyn Watts : Merci beaucoup. Chez CanAge, nous avons créé des programmes et établi des liens avec certains des travaux de l'Université de la Colombie-Britannique, nous sommes associés au programme Healthy Aging de Centraide de la Colombie-Britannique et nous offrons des services au programme appelé Better at Home. L'inclusion sociale et le bien-être mental sont des priorités pour nous.

Nous sommes en partenariat avec l'Université de Toronto et l'Initiative nationale pour le soin des personnes âgées afin de créer un programme dont l'effectif est entièrement composé d'étudiants de maîtrise en travail social et de travailleurs sociaux en exercice, qui non seulement permet aux gens de demander des examens de santé mentale et de bien-être à un niveau plus élevé que celui des milieux communautaires, mais qui offre également une stratégie horizontale à ces autres programmes qui effectuent des contrôles amicaux, mais qui ont cerné de vrais problèmes de santé mentale et de bien-être. Il s'agit du programme TALK 2 NICE, et je suis heureuse de vous fournir plus de renseignements à son sujet.

Nous avons aussi travaillé avec des universités pour changer leurs programmes de perfectionnement où elles demandent habituellement de l'argent et du soutien et, en fait, pour les intégrer dans la collectivité. C'est ainsi que l'Université Queen's s'est associée à CanAge pour faire des visites amicales et des contrôles d'isolement social, ainsi que du perfectionnement pour ses anciens étudiants, deux ou trois fois par semaine. C'est une ressource digne de confiance parce qu'elle fait déjà partie d'une collectivité... capable encore là de reconnaître les signaux d'alarme que nous avons repérés en matière de santé mentale et de bien-être, puis de transférer les cas à l'échelon supérieur que représente le programme TALK 2 NICE.

Ce sur quoi je voudrais insister ici, c'est la raison pour laquelle nous faisons une telle priorité de l'inclusion sociale, la raison pour laquelle nous avons besoin d'un défenseur national des aînés et la raison pour laquelle nos investissements doivent se faire au niveau communautaire. Nous savons que les collectivités sont en contact avec les aînés et que les aînés sont en contact avec les collectivités. Ce que le gouvernement doit faire, c'est investir pour favoriser ces relations déjà établies.

La sénatrice Forest-Niesing : Merci pour tout ce merveilleux travail.

[Français]

Est-ce que mon temps de parole est écoulé?

La présidente : Oui, malheureusement.

Senator Forest-Niesing: In that case, I will be back in the second round of questions. Thank you.

[English]

Senator Moodie: Thank you to our witnesses today. My questions centre around data.

All of you have made many recommendations that could be solutions to counter the many failings that our seniors have lived during this pandemic. My focus is on data and on the forgotten seniors who are vulnerable amongst us.

Dr. Wong, I'd like to start with you. Could you comment on the impact on seniors who live in poverty, who are disabled, who are women, who are black here in Canada — who may not really have the luxury of worrying about their portfolios or cashing in their RRSPs, but whose lives have been devastated by COVID-19? Has the government been collecting this important data, and was it made available to you in your work with the task force? That is the first question directed mainly to Dr. Wong.

Second, could you comment on the overrepresented number of racialized women working as PSWs? Do we know how many of these women — who are black or non-white workers — have died while caring for others during this pandemic?

Dr. Wong: Thank you, senator. Perhaps I can begin by saying that I am completely in agreement with you that we must learn from data. One of the difficulties here, when we look at the pan-Canadian setting, is that there is a very heterogeneous availability of data.

Even when data is collected, whether that is made available to the various teams, whether in government or outside of government, to have access in a timely way. A real-time access to data is essential, in particular when facing something like COVID-19, which is so rapidly evolving. That is not the current status in Canada. That is something we must learn from and go from here. We need to address systemic issues which are based on learning from data, because otherwise it becomes opinions. Opinions are important but opinions must also be validated and supported by data, which allows opportunity for continuous quality improvements. If your original assumptions or hypotheses need to be fine-tuned, then data will help you drive that.

That said, to answer your question, within the task force there is some data available. I underline the word some, but there clearly can be more that should be available in addressing specific needs. I entirely agree that COVID-19 has unmasked a

La sénatrice Forest-Niesing : Dans ce cas, je reviendrai lors de la deuxième ronde de questions. Merci.

[Traduction]

La sénatrice Moodie : Merci à nos témoins d'aujourd'hui. Mes questions portent sur les données.

Vous avez tous fait de nombreuses recommandations qui pourraient corriger de nombreuses lacunes dont nos aînés ont souffert pendant cette pandémie. Mes questions portent sur les données et sur les personnes âgées qui sont vulnérables et peut-être oubliées dans notre entourage.

Docteur Wong, j'aimerais commencer par vous. Pourriez-vous nous parler des conséquences pour les aînés qui vivent dans la pauvreté, qui sont handicapés, qui sont de sexe féminin, qui sont de couleur noire ici au Canada, qui n'ont peut-être pas le luxe de s'inquiéter de leur portefeuille ou d'encaisser leur REER, mais dont la vie a été dévastée par la COVID-19? Le gouvernement recueille-t-il ces données importantes et ont-elles été mises à la disposition de votre groupe de travail? C'est la première question et elle s'adresse principalement au Dr Wong.

Deuxièmement, pourriez-vous nous parler de la surreprésentation des femmes racialisées dans les rangs des préposés aux services de soutien à la personne, les PSSP? Savons-nous combien de ces femmes, qui sont des travailleuses noires ou autres que blanches, sont mortes en prenant soin des autres durant cette pandémie?

Dr Wong : Merci, madame la sénatrice. Je commencerai en disant que je suis tout à fait d'accord avec vous pour dire qu'il faut apprendre des données. Une des difficultés ici, dans le contexte pancanadien, c'est que les données sont présentées de façon très hétérogène.

Même lorsqu'on en recueille, qu'elles soient mises à la disposition des diverses équipes, que ce soit au gouvernement ou à l'extérieur du gouvernement, il est difficile d'y avoir accès en temps utile. Or, il est essentiel d'avoir accès aux données en temps réel, surtout lorsqu'on a affaire à quelque chose qui évolue aussi rapidement que la COVID-19. Ce n'est pas le cas actuellement au Canada. Nous devons tirer un enseignement des données et fonctionner à partir de là. Nous devons nous attaquer aux problèmes systémiques en étant armés de ce que nous apprennent les données, sinon cela devient des opinions. Les opinions sont importantes, mais il faut aussi les vérifier et les étayer par des données, et c'est ainsi qu'on en améliore continuellement la qualité. Si vos hypothèses originales ont besoin d'être peaufinées, ce sont les données qui vont vous permettre de le faire.

Cela dit, pour répondre à votre question, le groupe de travail dispose de certaines données. J'appuie sur le mot « certaines », mais il est clair qu'il en faudrait davantage pour répondre à des besoins précis. Je suis tout à fait d'accord pour dire que la

number of systemic challenges, including those seniors who are living either in poverty or who are disadvantaged, therefore having other social determinants of health rendering them to be more vulnerable. In fully addressing the needs of all seniors, we must remember not only the medical pieces of determinants of health, but the social determinants of health.

I also agree that the same argument would apply to supporting our long-term care staff and workers in the country. Let's face it, in many of the conversations I had with colleagues who work either as PSWs or as other staff in long-term care homes, they are running off their feet. Everybody is trying to do everything they can, but somehow their hands are tied because of some of these systemic issues. Henceforth in my statement, I made reference to having national strategies and approaches that would address a continuous and steady, sustainable supply of health human resources, including our front-line workers to long-term care.

Senator Moodie: Thank you, Dr. Wong. I want to allow Ms. Tambllyn Watts and Ms. Lennox the chance to give us a sense of the profile of the membership of their organizations, in terms of disabled women and black individuals. Give us a sense of who you represent, please.

Ms. Lennox: While the majority of our members skew more educated and more affluent, I would say in terms of actual members that are part of a minority group, it would probably be a lot smaller than our own demographic, in the membership that CARP has.

Having said that, while the actual membership base of CARP tends to skew more affluent and more educated, we consistently hear from our members that they would like us to represent the interests of all Canadians across the country. For example, this month we're actually launching a series on inclusion for Pride Month and for some of the demonstrations we've seen occur in the United States as well. We will be rolling that out on a weekly basis.

Ms. Tambllyn Watts: Thank you for the question, senator. CanAge works on a coalition basis. So we have a very intersectional approach and we proactively work in cooperation and coalition with groups that are historically marginalized.

On top of that, I also wanted to share with you a bit about the question you posed about who are the personal support workers and what data do we have about that.

Senator, aging and care of aging is gendered, and care of aging is especially racialized. I'll just use some data from a province. I happen to be in Ontario at the moment. Personal support workers are about 92% women, and a significant over-representation of

COVID-19 a mis au jour un certain nombre de problèmes systémiques, dont ceux des aînés qui vivent dans la pauvreté ou qui sont autrement défavorisés, de sorte que ce sont d'autres déterminants sociaux de la santé qui les rendent plus vulnérables. Pour répondre pleinement aux besoins de toutes les personnes âgées, nous devons tenir compte non seulement des déterminants médicaux de la santé, mais aussi de ses déterminants sociaux.

Le même argument s'appliquerait au soutien de nos travailleurs affectés aux soins de longue durée. Regardons les choses en face : dans bon nombre des conversations que j'ai eues avec des collègues qui travaillent soit comme PSSP, soit à d'autres titres dans les centres de soins de longue durée, j'ai été à même de constater qu'ils sont en train de perdre la tête. Tout le monde essaie de faire tout ce qu'il peut, mais d'une façon ou d'une autre, chacun a les mains liées à cause de ces problèmes systémiques. Dans mon exposé, j'ai parlé de stratégies et d'approches nationales qui permettraient d'assurer une disponibilité constante et durable de ressources humaines en santé, y compris aux premières lignes des soins de longue durée.

La sénatrice Moodie : Merci, docteur Wong. Je veux laisser à Mme Tambllyn Watts et à Mme Lennox le temps de nous décrire un peu le profil des membres de leurs organisations, en ce qui concerne les femmes handicapées et les personnes de couleur. Donnez-nous une idée des gens que vous représentez, s'il vous plaît.

Mme Lennox : La majorité de nos membres sont plutôt instruits et bien nantis, et je dirais que la proportion réelle de ceux qui font partie d'un groupe minoritaire est sans doute beaucoup moindre que dans notre propre population.

Cela dit, même s'ils sont pour la plupart instruits et à l'aise, nos membres nous disent constamment qu'ils aimeraient que nous représentions les intérêts de tous les Canadiens d'un bout à l'autre du pays. Ce mois-ci, par exemple, qui est le Mois de la fierté, nous lançons une série d'activités hebdomadaires sur le thème de l'inclusion, inspirées également de certaines des manifestations que nous avons vues aux États-Unis.

Mme Tambllyn Watts : Je vous remercie de votre question, madame la sénatrice. CanAge travaille comme une coalition. Nous avons donc une approche très intersectionnelle et nous travaillons de façon proactive en collaboration avec des groupes considérés depuis toujours comme marginaux.

Je voulais aussi répondre un peu à la question que vous avez posée au sujet des préposés aux services de soutien à la personne et des données dont nous disposons à ce sujet.

Le vieillissement et les soins liés au vieillissement sont différents selon le sexe, et les soins sont particulièrement racialisés. Je vais juste me servir de quelques données d'une province. Il se trouve que je suis en Ontario en ce moment. Les

poor women who are recent immigrants in precarious work, who also have immigration status concerns and who work to support multigenerational families.

Senator, our personal support workers in many provinces are significantly underpaid and their work is also causing further poverty because they're having to make choices about care and care giving. So these are systemic issues that CanAge is seized on and we work very strongly in a coalition basis with our marginalized communities. Thank you for the question.

Senator Moodie: Thank you.

Senator Seidman: Thank you very much for your contribution to our study of the impact of COVID-19.

I can't resist continuing the conversation about data. I think I'm going to go back to Dr. Wong, if I may.

In fact, in your presentation, you talked about systemic issues and you did say we need a national health data system. So I'd like to explore that a little more of that with you if I can. At the end of your response to Senator Moodie, you were beginning to talk about national standards as well.

We have heard a lot about LTC data management systems and the importance of having a national management system. So if you could help us understand. Obviously these are things that have to be considered in a report about the government's response to COVID-19 and what recommendations we can make going forward. So I would be really happy to hear what you could tell us further about these two issues. Thank you.

Dr. Wong: Thank you, senator. What I'm going to say in terms of this reference to a national health data system, it is an opportunity for us to put in a way that the data can actually drive some of the decision-making, rather than a simple tick box exercise. I'm not trying to be too negative about current systems that might be in place which involve a lot of quality assurance, but when it comes to quality improvements, opportunities must arise from this data collection that allows for improvement more than a little tick box.

Let me share with you some on-the-ground experience when you talk to practitioners and staff in long-term care, for example, that being a significant pressure point in mastering COVID-19. The notion of someone coming in with a clipboard and a little tick box sheet of paper can be very overwhelming and scary for staff who are already working and running off their feet, and say, what do you mean I need to meet these 10 little extra boxes? That is not the system that I'm making reference to.

PSSP sont environ à 92 % des femmes, et il y a une forte surreprésentation de femmes pauvres, immigrantes de fraîche date qui occupent un emploi précaire, qui ont des ennuis avec leur statut d'immigrante et qui travaillent pour soutenir des familles composées de plusieurs générations.

Dans de nombreuses provinces, madame la sénatrice, ces préposées sont nettement sous-payées et leur travail entraîne aussi plus de pauvreté parce qu'elles doivent faire des choix en matière de soins. Voilà des problèmes systémiques auxquels nous faisons face, et nous travaillons très fort en coalition avec nos communautés marginalisées. Merci de votre question.

La sénatrice Moodie : Merci.

La sénatrice Seidman : Merci beaucoup de votre contribution à notre étude des répercussions de la COVID-19.

Je ne peux m'empêcher de poursuivre la conversation sur les données. Je vais revenir au Dr Wong, si vous me permettez.

Dans votre exposé, vous avez parlé de problèmes systémiques et vous avez évoqué le besoin d'un système national de données sur la santé. J'aimerais approfondir un peu cette question avec vous. À la fin de votre réponse à la sénatrice Moodie, vous avez aussi abordé la question de normes nationales.

Nous avons beaucoup entendu parler de systèmes de gestion des données des soins de longue durée et de l'importance d'avoir un système national. Alors, si vous pouviez nous aider à comprendre... De toute évidence, ce sont des choses à considérer dans un rapport sur la réponse du gouvernement à la COVID-19 et dans les recommandations que nous pourrions y présenter. Je serais donc très heureuse d'entendre ce que vous avez à nous dire sur ces deux questions. Merci.

Dr Wong : Merci, madame la sénatrice. Ce que j'ai à dire à propos de ce système national de données sur la santé, c'est que nous pourrions le configurer de telle sorte que les données puissent effectivement orienter une partie des décisions, plutôt que de simplement cocher des cases. Je ne veux pas dénigrer des systèmes en place qui contribuent déjà beaucoup à l'assurance de la qualité, mais lorsqu'il s'agit d'améliorer la qualité, il faut trouver le moyen de mettre à contribution les données recueillies autrement que dans des cases à cocher.

Laissez-moi vous amener sur le terrain, celui des praticiens et du personnel des soins de longue durée, par exemple, qui est un point critique dans la maîtrise de la COVID-19. L'idée de voir quelqu'un arriver avec une planchette à pince et une petite feuille de cases à cocher peut être très intimidante et même effrayante pour des employés qui travaillent déjà d'arrache-pied et qui se demandent bien quoi faire pour remplir, disons, ces 10 petites cases supplémentaires. Ce n'est pas le système dont je parle.

When I talk about a national health data system, I'm talking about, for example, things that are already happening in Europe. So, for example, when I look at Britain, and I look at the National Health Service in the U.K., it has some pressure points. I'm not trying to say we want to replicate those pressure points, but one of the new directions when it comes to big data — and we talk about data size and data analytics — how do you capture real-time data that is going to be available to, not just practitioners, but also folks who are helping to make decisions when it comes to resource allocation, policy deviation and so on, so that they actually have this data to work as a premise. That currently is not available. Even when data is collected, it is stored magically in this big black box that somehow is almost next to impossible for people to have access in a ready way.

Senator Seidman: You also talked about national standards. Again, this is something that requires federal government regulation or some such thing. If you could please elaborate on that, that would be good. Thank you.

Dr. Wong: Thank you, Senator Seidman. Full disclosure, I'm a medical and health educator. In the UBC medical school, I am the senior education dean. The way I look at it is, it would be nice and important for our federal government to take on a leadership position at a national level to set the benchmarking. The word accreditation comes to mind; that is about setting those standards nationally so that it can be implemented at the provincial and territorial level. There is a precedent in doing this. This is exactly how most, if not all of the health professional programs, training programs work in Canada. There is a national accreditation body setting the standards, and then individual provinces, territories, schools, colleges, etc., implement, and is a regular exercise of continuous quality improvement. That is the analogy that I would use, and is what we need for long-term care.

Senator Seidman: That would be right across the board for all the particular classifications, positions, a lot of descriptions of different kinds of jobs in long-term care. So you're saying right across the board?

Dr. Wong: Correct. To expand on that answer, recognizing that heterogeneity in the public-private sector involvement in the country, these standards would have to apply across the board because otherwise there's a risk of creating a second-class or third-class type of arrangement.

Senator Seidman: The real question I wanted to ask Dr. Wong has to do with this expert task force on long-term care. When I asked him this morning, Dr. Réjean Hébert said he too has been on this task force but there has been very little public information available on it. I'm wondering if you can help us

Quand je parle d'un système national de données sur la santé, je pense par exemple à ce qui se fait déjà en Europe. Je pense par exemple à la Grande-Bretagne et à son National Health Service, où il y a des points de pression, des points critiques. Je ne dis pas que nous voulons reproduire ces points de pression, mais une des nouvelles orientations dans le domaine des mégadonnées — on parle ici de données de grande ampleur et d'analyse de données massives — c'est de capter des données en temps réel qui soient accessibles non seulement aux praticiens, mais aussi aux gens qui influent sur les décisions d'affectation des ressources, sur les politiques et ainsi de suite, pour qu'ils disposent de ces données afin de fonder leur travail. Pour le moment, ce n'est pas possible. Même les données recueillies sont stockées comme par magie dans une sorte de grosse boîte noire à laquelle il est pratiquement impossible d'accéder aisément.

La sénatrice Seidman : Vous avez aussi parlé de normes nationales. Encore une fois, cela exigerait une réglementation fédérale ou quelque chose du genre. Si vous pouviez nous en dire plus à ce sujet, ce serait bien. Merci.

Dr Wong : Merci, madame Seidman. Pour tout vous dire, je suis un éducateur en médecine et en santé. À la faculté de médecine de l'Université de la Colombie-Britannique, je suis le doyen principal de l'éducation. À mon avis, il serait bon, important même, que le gouvernement fédéral prenne l'initiative à l'échelle nationale et qu'il fixe les balises. Le mot « agrément » me vient à l'esprit; il faudrait établir ces normes à l'échelle nationale de telle sorte qu'elles puissent être appliquées à l'échelon provincial et territorial. Il existe un précédent. C'est exactement ainsi que fonctionnent la plupart, sinon la totalité, des programmes de formation des professionnels de la santé au Canada. Il y a un organisme national d'agrément qui fixe les normes, puis les provinces, les territoires, les écoles, les collèges, et cetera, les mettent en œuvre, et c'est un exercice régulier d'amélioration continue. C'est l'analogie que je ferais, et c'est ce dont nous avons besoin dans les soins de longue durée.

La sénatrice Seidman : Cela s'appliquerait à toutes les classifications, à tous les postes et à toutes les descriptions d'emplois dans le domaine des soins de longue durée. Vous dites donc que ça s'appliquerait partout?

Dr Wong : C'est exact. Pour étoffer cette réponse, compte tenu de l'hétérogénéité de la participation du secteur public et du secteur privé au pays, ces normes devraient s'appliquer à tout le monde parce qu'autrement, il y a un risque de créer un type de mécanisme de deuxième ou de troisième classe.

La sénatrice Seidman : La vraie question que je voulais poser au Dr Wong concerne ce groupe d'experts sur les soins de longue durée. Lorsque je lui ai posé la question ce matin, le Dr Réjean Hébert a dit qu'il faisait lui aussi partie de ce groupe de travail, mais qu'il y avait très peu d'information publique à ce

understand the official mandate, who is part of it, what is the time frame and when do you hope to finish your report?

Dr. Wong: The task force of the Government of Canada is convened by the Chief Science Advisor, Dr. Mona Nemer, from Ottawa and it involves an expert panel from across the country. Most of the initial work has been completed. We have submitted our report to the government, and my understanding is it's sitting within the federal government. We clearly agree that key messaging from the reports should be shared and communicated effectively. We are currently waiting for the government to take the next steps.

Senator Seidman: Thank you very much. I think my time is up.

The Chair: Yes. Thank you for these questions and answers.

[Translation]

Senator Mégie: My question is for all three guests. COVID-19 is said to have had a major impact on CHSLDs, that is, long-term care centres. This morning, the committee heard from a guest who strongly suggested that every effort be made to promote home care through a long-term care insurance program. What is your position on prioritizing home care? I would like to hear the views of all three guests on it.

[English]

Ms. Tamblyn Watts: Thank you for the question, senator. I can't agree enough; 92% of all Canadian seniors will always live in the community with 8% in long-term care settings. We know that older people wish to live and age in place, and we know a focus on long-term care strategy must take a systems approach. That means to make sure that we are providing emotion-focused, systemic and quality care in all environments, and home care is a key priority to that. I know that Dr. Wong is smiling because we've had many conversations about that before, haven't we, Dr. Wong?

When we think about it, we must think from a health and housing continuum. Home care is significantly underfunded and not prioritized, and it needs to be part of a health and housing strategy.

The Chair: Thank you. Dr. Wong, do you want to continue?

Dr. Wong: Absolutely. Thank you very much, senator, for the question.

sujet. Je me demande si vous pouvez nous aider à comprendre le mandat officiel du groupe, nous dire qui en fait partie, quel est l'échéancier et quand vous espérez terminer votre rapport?

Dr Wong : Le groupe de travail du gouvernement du Canada est convoqué par la conseillère scientifique en chef, Mme Mona Nemer, d'Ottawa, et il comprend un groupe d'experts de partout au pays. La majeure partie du travail initial est terminée. Nous avons présenté notre rapport au gouvernement, et je crois comprendre que le gouvernement fédéral l'a entre les mains. Nous sommes clairement d'accord sur le fait que les messages clés des rapports doivent être transmis et communiqués efficacement. Nous attendons actuellement que le gouvernement prenne les prochaines mesures.

La sénatrice Seidman : Merci beaucoup. Je crois que mon temps est écoulé.

La présidente : Oui. Merci de ces questions et réponses.

[Français]

La sénatrice Mégie : Ma question s'adresse aux trois invités. On considère que la COVID-19 a beaucoup frappé les CHSLD, c'est-à-dire les centres de soins de longue durée. Ce matin, le comité a reçu un invité qui a fortement suggéré de déployer tous les efforts possibles pour favoriser les soins à domicile par le biais d'un programme d'assurance autonomie. Quelle est votre position par rapport à la priorisation des soins à domicile? J'aimerais entendre le point de vue des trois invités là-dessus.

[Traduction]

Mme Tamblyn Watts : Je vous remercie de votre question, sénateur. Je suis tout à fait d'accord; 92 % de tous les aînés au Canada vivront toujours dans la collectivité, dont 8 % dans des établissements de soins de longue durée. Nous savons que les personnes âgées souhaitent vivre et vieillir chez elles, et nous savons que la stratégie de soins de longue durée doit être axée sur les systèmes. Cela signifie que nous devons nous assurer de fournir des soins systémiques, de qualité et avec empathie dans tous les milieux, et les soins à domicile sont une priorité essentielle à cet égard. Je sais que le Dr Wong sourit parce que nous avons eu de nombreuses conversations à ce sujet auparavant, n'est-ce pas, Dr Wong?

Lorsque nous y réfléchissons, nous devons le faire dans le cadre d'un continuum de santé et de logement. Les soins à domicile sont nettement sous-financés et ne sont pas prioritaires; ils doivent faire partie d'une stratégie en matière de santé et de logement.

La présidente : Merci. Dr Wong, voulez-vous continuer?

Dr Wong : Absolument. Merci beaucoup, sénatrice, de votre question.

We need to be mindful that when we talk about providing the best possible care for seniors and older adults, it is a continuum of care, underlining the word continuum. Continuum means, on a population basis, there are individuals such as Ms. Tamblyn Watts just mentioned, who will be residing in a community, requiring home care all the way to requiring assisted living, supportive housing and long-term care.

We also have to remember that any individual older adult may at times be moving along the continuum, to requiring different needs.

The essential component in terms of providing the best possible care for that person at a given time is the direction we should take. Therefore, home care being part of the continuum clearly plays a very important role in supporting seniors. I do agree aging in place is not just a statement, but a best practice that we aim for.

Are we there yet in Canada? I would say we have seen good examples of best practices in some parts of the country but there's a lot of variability. Therefore, we need to do a lot more work to ensure it is across the board.

The Chair: Ms. Lennox, do you have something to add to that?

Ms. Lennox: Thank you for your question. I couldn't agree more with my colleagues. When we've surveyed our own members, an overwhelming majority believe they would like to live their days at home and don't anticipate moving into a long-term care facility. When we think about the continuum of care, obviously home care has to be a big component of that.

Also when we surveyed our members, a quarter of them receiving home care services have actually had to purchase additional private home care services in order to actually meet their needs at home, to prevent moving into a congregate setting.

Denmark is often cited as an example of a model that works really well. Thirty years ago, it made significant investments in health care on the home care level and it hasn't had to build a new conventional nursing home in 20 years. It is often cited as an example.

I know Ms. Tamblyn Watts also mentioned Australia as a model we should be looking to as well, but when we think about home care, one of the things we also need to think about, beyond investing, is modernizing our approach to home care, so at-home infusion services, pharmacy services, physicians, hearing, vision services, which today only happen in congregate settings. I think

Nous devons garder à l'esprit que, lorsque nous parlons d'offrir les meilleurs soins possible aux aînés et aux personnes âgées, il s'agit d'un continuum de soins, et j'insiste sur le mot continuum. Continuum signifie, en fonction de la population, qu'il y a des personnes comme Mme Tamblyn Watts qui habitent dans une collectivité et qui ont besoin de soins à domicile, de logement avec services de soutien et de soins de longue durée.

Il ne faut pas oublier non plus que toute personne âgée peut, à l'occasion, évoluer dans le continuum et avoir des besoins différents.

L'élément essentiel pour fournir les meilleurs soins possible à cette personne à un moment donné est la direction que nous devrions prendre. Par conséquent, le fait que les soins à domicile fassent partie du continuum joue clairement un rôle très important dans le soutien aux aînés. Je suis d'accord pour dire que lorsque nous parlons de vieillissement à domicile, nous ne faisons pas seulement une simple déclaration, nous visons une pratique exemplaire.

En sommes-nous là au Canada? Je dirais que nous avons vu de bons exemples de pratiques exemplaires dans certaines régions, mais il y a beaucoup de variabilité. Par conséquent, il faut en faire beaucoup plus pour veiller à ce que ce soit généralisé.

La présidente : Madame Lennox, avez-vous quelque chose à ajouter?

Mme Lennox : Je vous remercie de votre question. Je suis tout à fait d'accord avec mes collègues. Nous avons sondé nos propres membres, et une majorité écrasante d'entre eux disent vouloir vivre dans leur maison et ne prévoient pas déménager dans un établissement de soins de longue durée. Lorsqu'il est question de continuum de soins, il est évident que les soins à domicile doivent en être une composante importante.

De plus, lorsque nous avons sondé nos membres, le quart d'entre eux qui reçoivent des soins à domicile nous ont dit avoir dû acheter des services privés supplémentaires pour répondre à leurs besoins à la maison, pour éviter de déménager dans un milieu collectif.

Le Danemark est souvent cité comme exemple d'un modèle qui fonctionne vraiment bien. Il y a 30 ans, il a fait d'importants investissements dans les soins de santé à domicile et il n'a pas eu à construire un seul nouveau foyer de soins conventionnel en 20 ans. Il est souvent cité en exemple.

Je sais que Mme Tamblyn Watts a aussi mentionné l'Australie comme modèle à envisager. Cependant, lorsque nous pensons aux soins à domicile, au-delà de l'investissement, il faudrait également penser à moderniser notre approche. Pensons notamment aux services de perfusion à domicile, de pharmacie, aux médecins, aux services audiolinguistiques, aux soins de la vue,

that would go a long way to meeting the needs of people aging in place.

[Translation]

Senator Mégie: I just have one request for Ms. Tamblyn Watts. Could she please send us her organization's community program in writing?

The Chair: That is a good idea. We will make sure we follow up. Thank you very much in advance.

[English]

Ms. Tamblyn Watts: I'd be delighted to. Thank you, senator.

The Chair: Thank you. On my list for questions I have Senator Omidvar. Did you have a question?

Senator Omidvar: Yes, I did. I have a question for each of our panellists. Thank you so much for being with us today. My first question is for Ms. Lennox and it's about money.

We generally recognize that Canada has a somewhat robust — it's not perfect — social safety net for senior citizens made up of CPP, OAS, GIS, etc., but their own savings also play into their livelihoods.

I'd like to ask you what percentage of senior citizens have RRIFs. Would they recommend that senior citizens with RRIFs be able to withdraw funds based on their lives and their context and their need, as opposed to being mandated to doing so on an annual basis? Because the way I look at it, the taxman will come one way or another, either when you withdraw the funds or when the funds are inherited by someone else.

Ms. Lennox: Thank you for the question, senator. I'd have to get back to you on the percentage of seniors, rather, who own RRIFs. RRSPs convert to RRIFs at some point.

Senator Omidvar: Let's just assume that all RRIFs are owned by senior citizens.

Ms. Lennox: I'll have to get back to you on the percentage of Canadians. I will do that research unless Ms. Tamblyn Watts or Dr. Wong has that knowledge on hand.

What I can say is that when we have surveyed our members, an overwhelming majority have said that they would like to be in control of their retirement savings. That's where RRIFs come in.

qui aujourd'hui ne sont offerts que dans des environnements collectifs. Je pense que cela contribuerait grandement à répondre aux besoins des gens qui vieillissent chez eux.

[Français]

La sénatrice Mégie : J'ai juste une demande à faire à Mme Tamblyn Watts. Pourrait-elle nous faire parvenir le programme communautaire de son organisme par écrit?

La présidente : C'est une bonne idée. Nous allons nous assurer de faire le suivi. Merci beaucoup à l'avance.

[Traduction]

Mme Tamblyn Watts : Avec plaisir. Merci, sénatrice.

La présidente : Merci. La sénatrice Omidvar figure sur ma liste de questions. Avez-vous une question?

La sénatrice Omidvar : Oui. J'ai une question pour chacun de nos témoins. Merci beaucoup d'être avec nous aujourd'hui. Ma première question s'adresse à Mme Lennox et concerne l'argent.

Il est généralement reconnu que le Canada a un filet de sécurité sociale assez solide — il n'est pas parfait — pour les personnes âgées, composé du RPC, de la PSV, du SRG, et cetera, mais les propres économies des aînés entrent également en ligne de compte dans leurs moyens de subsistance.

J'aimerais savoir le pourcentage de personnes âgées qui ont des FERR. Nos témoins recommanderaient-ils que les personnes âgées qui en possèdent puissent retirer des fonds en fonction de leur situation, de leur contexte et de leurs besoins, au lieu d'être obligées de les retirer chaque année? Parce qu'à mon avis, le fisc interviendra d'une façon ou d'une autre, soit lorsque les fonds seront retirés, soit lorsque quelqu'un d'autre en héritera.

Mme Lennox : Je vous remercie de votre question, sénatrice. Il faudrait que je vous revienne sur le pourcentage de personnes âgées qui possèdent des FERR. À un moment donné, les REER se transforment en FERR.

La sénatrice Omidvar : Supposons que tous les FERR appartiennent à des personnes âgées.

Mme Lennox : Je vais devoir vous revenir avec le pourcentage de Canadiens. Je ferai cette recherche, à moins que Mme Tamblyn Watts ou Dr Wong n'ait ces données en main.

Ce que je peux dire, c'est que lorsque nous avons sondé nos membres, une majorité écrasante d'entre eux ont dit qu'ils aimeraient être maîtres de leur épargne-retraite. C'est là que les FERR entrent en jeu.

As you know, at age 71 an RRSP will convert to a RRIF unless you choose to withdraw all of your funds at that time, and within a year there's a schedule you have to meet in order to start drawing down.

There is an option to transfer in kind. If you had \$100,000 in mutual funds, you could move 5% over to a different investment vehicle. Many seniors are unaware that option is available to them, and there are often costs associated with transferring, and also with moving with dollars into an additional investment vehicle.

To answer your question bluntly, absolutely, the taxman will get their dollars eventually; it's just a matter of time. That's something that we've advocated for some time, the need to re-examine or, frankly, completely eliminate mandatory RRIF withdrawals, so seniors have complete control over their retirement savings, particularly during COVID-19 when we've seen so much volatility in the market. People don't want to be rejigging their portfolios right now.

So while we welcomed the government's response, early days, when they announced that they would reduce the minimum withdrawal rate by 25%, one, this wasn't retroactive, so many people had already drawn down on their RRIFs in January or February; two, again, people would like to be in control of their retirement savings and would like to leave it in their RRIF so it can continue to ride through the pandemic.

Senator Omidvar: Thank you. My next question is for Ms. Tambllyn Watts. You referenced the work of elder abuse. I would like to ask you a question about the helping sector, the many not-for-profits and charities who serve senior citizens in these times of COVID and beyond. Just as elder abuse is seeing a real spike in services, I'm pretty sure others are too, by migrating to technology, etc., although I don't know how you deliver Meals on Wheels. You probably can.

We also know that the sector has been horrendously impacted, with billions of dollars of losses of revenue and also minimum layoffs of roughly 118,000 people in the sector. Just when we need these organizations the most, they are suffering and in dire straits. Could you comment on the call for a stabilization fund by Imagine Canada to support organizations such as yours and others serving senior citizens, not just to survive the crisis but to participate in the recovery?

Comme vous le savez, à l'âge de 71 ans, un REER sera converti en FERR, à moins que vous ne choisissiez de retirer tous vos fonds à ce moment-là, et au bout d'un an, vous devez respecter un échéancier pour commencer à retirer l'argent.

Il y a une option de transfert en nature. Si vous aviez 100 000 \$ de fonds communs de placement, vous pourriez transférer 5 % à un autre moyen de placement. De nombreuses personnes âgées ne savent pas que cette option existe, et il y a souvent des coûts associés au transfert, ainsi qu'au déplacement de fonds dans un moyen d'investissement supplémentaire.

Pour répondre franchement à votre question, il est certain que le fisc finira par obtenir son argent; ce n'est qu'une question de temps. C'est quelque chose que nous préconisons depuis un certain temps, la nécessité de réexaminer ou, franchement, d'éliminer complètement les retraits obligatoires des FERR, afin que les aînés aient la pleine maîtrise de leur épargne-retraite, particulièrement pendant la COVID-19, alors que nous avons constaté une grande volatilité dans le marché. Les gens ne veulent pas réorganiser leur portefeuille à l'heure actuelle.

Donc, même si nous avons accueilli favorablement la réponse du gouvernement, les premiers jours, lorsqu'il a annoncé qu'il réduirait le taux de retrait minimal de 25 %. Premièrement, cette mesure n'était pas rétroactive. En conséquence, de nombreuses personnes avaient déjà retiré de l'argent de leur FERR en janvier ou en février. Deuxièmement, encore une fois, les gens aimeraient être maîtres de leur épargne-retraite et la laisser dans leur FERR pour qu'elle puisse continuer de s'accumuler pendant la pandémie.

La sénatrice Omidvar : Merci. Ma prochaine question s'adresse à Mme Tambllyn Watts. Vous avez parlé des mauvais traitements envers les aînés. Je vais vous poser une question au sujet du secteur de l'aide, des nombreux organismes sans but lucratif et des organismes de bienfaisance qui viennent aider les personnes âgées et pas uniquement pendant la pandémie de COVID. On a constaté une nette augmentation des services offerts aux aînés ayant subi des mauvais traitements. Je ne crois pas me tromper en disant que c'est sans doute aussi le cas d'autres services qui bénéficient des nouvelles technologies, bien que je ne sache pas comment la Popote roulante livre ses repas. C'est probablement faisable.

Nous savons également que le secteur a été durement touché, qu'il a subi des pertes de revenus se chiffrant à des milliards de dollars, et qu'il y a eu au minimum près de 118 000 mises à pied. Au moment où nous avons le plus besoin de ces organisations, elles souffrent et sont dans une situation désespérée. Pourriez-vous commenter la demande d'un fonds de stabilisation d'Imagine Canada pour appuyer des organismes comme le vôtre et d'autres au service des personnes âgées, non seulement pour survivre à la crise, mais aussi pour participer à la reprise?

Ms. Tambllyn Watts: Thank you for the question, senator. The not-for-profit and charitable sector has never been needed as much as it is right now. As the senator has said, it is in crisis. Donations are down, volunteers are not allowed to participate in volunteering because, overwhelmingly, 72% of all volunteers in Canada are senior citizens themselves. So we're seeing a huge systemic impact at the time we need the sector the most.

I do want to acknowledge the \$350 million fund provided by this government, which was a needed step, but was divided into three cohort sectors. That was important to support Red Cross community funds and the United Way in supporting local at-home programs. Having said that, that does not help the general sector at a time they need most. CanAge is extremely supportive of the submissions of Imagine Canada and aligns with them in their request to assist the sector, because it is the amplifying and leverage that we know the Canadian government needs at this time.

Senator Omidvar: Thank you. If I have time, a quick question for Dr. Wong.

I would like you to comment on a news piece that has just come out on CBC that 83% of COVID-related deaths in long-term care homes happened in privately run long-term care homes, even though the rate of infection in private versus not-for-profit remains the same. What is your observation and advice to us on this report?

Dr. Wong: I think the long-term care sector, given its complexity of involving both the public and private sectors, requires immediate and tailored solutions in addressing, at a national level, that kind of benchmarking and standard-setting I spoke about earlier on.

These standards must be enacted upon in both the public and private sectors. I think what we're seeing here is an unmasking of systemic issues. We have to remember that not all institutions that are run either publicly or privately are the same. There is a huge amount of heterogeneity. Therefore, in implementing the national standards that will hopefully be set by the Government of Canada, we also need to take the tailored approach from jurisdiction to jurisdiction in addressing the most impacted need right now, right away, to save and keep the well-being of older Canadians.

Senator Omidvar: Thank you all.

The Chair: Senator Kutcher, do you have a question?

Senator Kutcher: I have a whole bunch of questions, but I can only ask two.

Thank you very much to all the presenters. It's wonderful to have you with us and to hear your words of wisdom.

Mme Tambllyn Watts : Je vous remercie de votre question, sénatrice. Nous n'avons jamais autant eu besoin du secteur caritatif et des organismes. Comme la sénatrice l'a dit, ce secteur est en crise. Les dons sont à la baisse, les bénévoles ne sont pas autorisés à faire du bénévolat parce que 72 % de tous les bénévoles au Canada sont eux-mêmes des personnes âgées. Nous constatons donc une énorme incidence systémique au moment où nous avons le plus besoin de ce secteur.

Je tiens à souligner le fonds de 350 millions de dollars fourni par le gouvernement, qui était une étape nécessaire, mais qui a été divisé en trois secteurs de cohorte. Il était important de soutenir les fonds communautaires de la Croix-Rouge et Centraide en appuyant les programmes locaux à domicile. Ceci dit, ce soutien n'aide pas le secteur en général au moment où il en a le plus besoin. CanAge appuie sans réserve les propositions d'Imagine Canada et s'aligne sur sa demande d'aide, parce que c'est l'amplification et l'effet de levier dont nous savons que le gouvernement canadien a besoin à l'heure actuelle.

La sénatrice Omidvar : Merci. S'il me reste du temps, j'aimerais poser une brève question au Dr Wong.

J'aimerais que vous commentiez une nouvelle qui vient d'être publiée sur les ondes de la CBC selon laquelle 83 % des décès liés à la COVID dans les foyers de soins de longue durée sont survenus dans des foyers privés, même si le taux d'infection dans ces foyers demeure le même que dans celui des foyers sans but lucratif. Quels sont vos observations et vos conseils au sujet de ce rapport?

Dr Wong : Je pense que, compte tenu de la complexité de la participation des secteurs public et privé, le secteur des soins de longue durée a besoin de solutions immédiates et adaptées pour aborder, à l'échelle nationale, ce type d'évaluation comparative et l'établissement de normes dont j'ai parlé plus tôt.

Ces normes doivent être appliquées dans les secteurs public et privé. Ce que nous voyons ici, c'est le dévoilement des problèmes systémiques. Il ne faut pas oublier que les établissements publics ou privés ne sont pas tous pareils. Il existe une grande hétérogénéité. Par conséquent, pour la mise en œuvre de normes nationales — qui espérons-le seront établies par le gouvernement du Canada —, il faudra également adopter une approche adaptée à chaque administration afin de répondre aux besoins les plus criants du moment et ainsi d'assurer le bien-être de nos aînés.

La sénatrice Omidvar : Merci à tous.

La présidente : Sénateur Kutcher, avez-vous une question?

Le sénateur Kutcher : J'ai toute une série de questions, mais je ne peux en poser que deux.

Merci beaucoup à tous les témoins. C'est merveilleux de vous avoir parmi nous et d'entendre vos sages paroles.

The first question I'm going to ask on behalf of my friend and colleague, Senator Wanda Bernard. This is her question. I'm going to have to read it so I get it correct. Then I want to ask one of my own.

"In Nova Scotia, a high proportion of deaths have been African Nova Scotians at Northwood facility. In the GTA, there have been many deaths of racialized personal care staff. How are these issues being addressed specifically regarding the particular vulnerability of racialized Canadians in these facilities, for both residents and staff?"

Ms. Tambllyn Watts: Thank you for the question, senator. That is a near and dear question to my heart. As a proud member of Sandy Cove, Nova Scotia, a community of 67 people, the issue is incredibly important when we're thinking about our rural and remote communities.

We don't know what we don't count. Overwhelmingly, the question of data has been throughout our discussions on long-term care. There has been not only just a lack of data about how racialized Canadians are affected by aging, as well as aging in long-term care, but aging generally. There has been an active resistance in some cases to collecting this needed data, which, in our respectful view at CanAge, senators, is part of the systemic problem we have on race in this country. So we are strongly advocating that we ensure we get the data collected that we need. We do know that overwhelmingly racialized Canadians are bearing the brunt of many of the effects of COVID-19, both in terms of seniors as well as the general population.

Senator Kutcher: Thank you for that.

Ms. Lennox quite correctly pointed out earlier that in Denmark and Canada there are vast differences in home care aspects of long-term care. In fact, the last I've seen is Denmark spends about 65% of its long-term care budget on home care; in Canada, it is roughly 13%. That's a huge ideological difference and a huge difference in approach. However, there have been some attempts made recently to remedy that. In 2017 in the federal budget, \$6 billion was allocated to home care.

What has been the return on that investment? Where did the money go and what did it achieve?

Ms. Lennox: The truth is, I don't know. I don't think it has necessarily gone to front-line care. It certainly doesn't feel that way when so many are struggling to access home care right now.

Je vais poser une première question au nom de mon amie et collègue, la sénatrice Wanda Bernard. C'est sa question. Je vais devoir la lire pour la poser correctement. Je vais ensuite poser une de mes questions.

« En Nouvelle-Écosse, à l'établissement de Northwood, une forte proportion des personnes décédées sont des Néo-Écossais d'origine africaine. Dans la région du Grand Toronto, il y a eu de nombreux décès de personnel racialisé. Comment ces problèmes sont-ils abordés en ce qui concerne la vulnérabilité particulière des Canadiens racialisés dans ces établissements, tant pour les résidents que pour le personnel? »

Mme Tambllyn Watts : Je vous remercie de votre question, sénateur. C'est un sujet qui me tient à cœur. En tant que fière membre de Sandy Cove, en Nouvelle-Écosse, une collectivité de 67 personnes, la question est extrêmement importante lorsque nous pensons à nos collectivités rurales et éloignées.

Si nous ne comptons pas, nous ne pouvons pas savoir. Dans une large mesure, la question des données a été soulevée tout au long de nos discussions sur les soins de longue durée. Il y a absence de données non seulement sur les effets du vieillissement sur les Canadiens racialisés, sur le vieillissement dans les établissements de soins de longue durée, mais aussi sur le vieillissement en général. Dans certains cas, il y a eu une résistance active contre la collecte de ces données nécessaires, ce qui, à notre humble avis à CanAge, sénateurs, fait partie du problème systémique que nous avons concernant la race dans ce pays. C'est pourquoi nous préconisons vivement de veiller à obtenir les données dont nous avons besoin. Nous savons que la grande majorité des Canadiens racialisés subissent les effets de la COVID-19, tant chez les aînés que dans la population en général.

Le sénateur Kutcher : Je vous remercie.

Mme Lennox a fait remarquer à juste titre tout à l'heure qu'au Danemark et au Canada, les soins de longue durée à domicile diffèrent énormément. En fait, aux dernières nouvelles, le Danemark consacre environ 65 % de son budget de soins de longue durée aux soins à domicile; au Canada, c'est environ 13 %. C'est une énorme différence idéologique et une énorme différence d'approche. Toutefois, on a récemment tenté de remédier à cette situation. Dans le budget fédéral de 2017, 6 milliards de dollars ont été affectés aux soins à domicile.

Quel a été le rendement de cet investissement? Où est allé l'argent et qu'est-ce que cela a donné?

Mme Lennox : En vérité, je ne sais pas. Je ne pense pas qu'il ait nécessairement servi aux soins de première ligne. Ce n'est certainement pas l'impression qu'on a alors que tant de gens ont de la difficulté à avoir accès aux soins à domicile en ce moment.

I think we need to re-examine our funding model for long-term care, both institutional and long-term medical home care. One of the ways we do this is either bringing it under the Canada Health Act, as Dr. Wong mentioned, or to create a separate piece of legislation that would do a similar thing. It would really allow the federal government and the provinces to work together to come up with a proper funding structure to make sure we're meeting the needs of people where they want to be met.

The Chair: Thank you. Did you have another question, Senator Kutcher? You have one minute.

Senator Kutcher: Time on my hands. In 2018, the Ontario Personal Support Workers Association published a study of 13,000 workers in long-term care facilities, and 79% of them said they were professionally unhappy. I've never seen those kinds of numbers in professional surveys. The top three things they said were short-staffed, inadequate pay and an unsafe work environment.

Three other studies done around that same time from the Canadian Federation of Nurses Unions, the Ontario Home Care Association and Manitoba Nurses Union all found the same thing. What the heck is going on?

The Chair: Who wants to answer that very good question?

Dr. Wong: I will try to clear up a very complex issue. That said, it does resonate with what I'm recommending in my opening statement, about the need of taking a national, holistic and systemic approach. When you're talking about work satisfaction, workplace safety, the well-being of our staff and workers — whether it is personal support workers, nurses, doctors or any other in the long-term care sector — we must remember there are drivers such as compensation equity issues or lack thereof, sick leave policies and a whole host of what are considered non-traditional medical reasons contributing to that. That is why I think some of the findings that you have shared, senator, are already available to us in terms of knowing what is going on.

The question is, I don't think we need to study this yet again. The question is, how do we identify solutions that are going to be sustainable in implementing, and also across the board, because we have seen a lot of health inequity across different communities in Canada.

Je pense que nous devons réexaminer notre modèle de financement des soins de longue durée, qu'il s'agisse de soins en établissement ou de soins médicaux de longue durée à domicile. L'une des façons d'y arriver est soit de l'assujettir à la Loi canadienne sur la santé, comme l'a mentionné le Dr Wong, soit de créer une mesure législative distincte qui aurait le même effet. Cela permettrait vraiment au gouvernement fédéral et aux provinces de travailler ensemble à l'élaboration d'une structure de financement adéquate pour s'assurer que nous répondons aux besoins des gens là où ils le souhaitent.

La présidente : Merci. Aviez-vous une autre question, sénateur Kutcher? Il vous reste une minute.

Le sénateur Kutcher : J'ai du temps. En 2018, l'Ontario Personal Support Workers Association a publié une étude portant sur 13 000 travailleurs dans des établissements de soins de longue durée, et 79 % d'entre eux se sont dits insatisfaits sur le plan professionnel. Je n'ai jamais vu ce genre de chiffres dans les sondages auprès des professionnels. Les trois principales choses qu'ils ont dites étaient le manque de personnel, une rémunération insuffisante et un milieu de travail dangereux.

Trois autres études réalisées à peu près au même moment par la Fédération canadienne des syndicats d'infirmières et infirmiers, l'Ontario Home Care Association et le Manitoba Nurses Union ont toutes obtenu les mêmes résultats. Qu'est-ce qui peut bien se passer?

La présidente : Qui veut répondre à cette excellente question?

Dr Wong : Je vais essayer de clarifier une question très complexe. Cela dit, cela correspond à ce que je recommande dans ma déclaration préliminaire, à savoir l'adoption d'une approche nationale, holistique et systémique. Lorsque vous parlez de satisfaction au travail, de sécurité au travail, du bien-être de notre personnel et de nos travailleurs — qu'il s'agisse de préposés aux services de soutien à la personne, d'infirmières, de médecins ou de tout autre intervenant dans le secteur des soins de longue durée —, il ne faut pas oublier que des facteurs comme les problèmes d'équité en matière de rémunération, voire l'absence d'équité, les politiques sur les congés de maladie et toute une gamme de raisons médicales considérées comme non traditionnelles y contribuent. C'est pourquoi je pense que nous avons déjà accès à certaines des conclusions que vous nous avez communiquées, sénateur, et qui nous permettent de savoir ce qui se passe.

En fait, je ne pense pas qu'il faille de nouveau étudier cela. La question est de savoir comment trouver des solutions qui seront durables dans leur mise en œuvre, et aussi de façon générale, parce que nous avons constaté beaucoup d'iniquités en matière de santé dans différentes collectivités au Canada.

An example we heard about, we alluded to again for seniors who live, for example, in areas of low socio-economic status, as well as seniors living in rural and remote Canada. I think we need to arrive at immediate and ongoing solutions.

The Chair: Thank you. Ms. Tamblyn Watts, I've seen you nodding. I have a feeling you want to add a few words to that so I'll let you go.

Ms. Tamblyn Watts: Thank you very much, Madam Chair. Just very briefly, the recipe for why personal support workers are having these types of results is well known. Let me take a moment to say what they are anyway. They have quite low pay. In many cases they do not have guaranteed shifts. They have to travel between many locations in order to make ends meet. Pensions and benefits are not generally available to them. They get paid less money the farther they work from a hospital. They could get paid twice as much money in a hospital, often with better pensions and benefits. The moment that an acute care job comes up, long-term and home care personal support workers will leave that for the better job.

They do not have the requirements they've been asking for across this country, which is to establish their own professional college to allow for standards and practices in professional education. The personal support workers know what the recipe is.

The last piece I would add is, neither the built environment nor the dementia controls are available in many cases. As a result, personal support workers are often having to do a two-person transfer with only one person. They're injuring themselves in the process and are often getting hit or assaulted because of behavioural responses, because we have a lack of behavioural response services in every long-term care home, which would be a key recommendation of CanAge.

The issues are well known, and I would also like to pull on the theme of the day: These are gendered issues and racialized issues.

The Chair: Thank you for that answer.

Senator Manning: Thank you to our witnesses. So many questions and so little time.

Un exemple dont nous avons entendu parler, nous y avons fait allusion encore une fois pour les aînés qui vivent, par exemple, dans des régions à faible statut socioéconomique, ainsi que pour ceux qui vivent dans des régions rurales et éloignées du Canada. Je crois que nous devons trouver des solutions immédiates et continues.

La présidente : Merci. Madame Tamblyn Watts, je vous ai vue hocher la tête. J'ai l'impression que vous voulez ajouter quelques mots, alors je vais vous laisser parler.

Mme Tamblyn Watts : Merci beaucoup, madame la présidente. Très brièvement, la recette qui explique pourquoi les préposés aux services de soutien à la personne affichent ce genre de résultats est bien connue. Permettez-moi de prendre quelques instants pour vous dire tout de même de quoi il s'agit. Leur salaire est assez bas. Dans bien des cas, ils n'ont pas de quarts de travail garantis. Ils doivent se déplacer d'un endroit à l'autre pour joindre les deux bouts. Ils n'ont généralement pas accès à des prestations de retraite ni à des avantages sociaux. Plus ils travaillent loin d'un hôpital, moins ils sont payés. Ils pourraient gagner deux fois plus dans un hôpital, souvent avec de meilleures prestations de retraite et de meilleurs avantages. Dès qu'un poste dans le domaine des soins de courte durée est affiché, les préposés aux services de soutien à la personne en soins de longue durée et en soins à domicile démissionnent pour occuper ce meilleur emploi.

Les conditions qu'ils ont demandé d'instaurer dans tout pays n'ont pas été mises en place, à savoir la création de leur propre ordre professionnel pour permettre l'établissement de normes et de pratiques en matière de formation professionnelle. Les préposés aux services de soutien à la personne connaissent la recette.

La dernière chose que j'ajouterais, c'est que dans bien des cas, il n'y a ni environnement bâti ni mesures de maîtrise des patients souffrant de démence. Par conséquent, les préposés aux services de soutien à la personne doivent souvent effectuer seuls un transfert qui se ferait normalement à deux. Ils se blessent dans le processus et sont souvent frappés ou agressés à cause de réactions comportementales, parce qu'il y a un manque de services de réponse comportementale dans tous les foyers de soins de longue durée. La mise en place d'une telle réponse est une recommandation clé de CanAge.

Les enjeux sont bien connus, et j'aimerais aussi parler du thème de la journée, soit les questions sexospécifiques et raciales.

La présidente : Merci de cette réponse.

Le sénateur Manning : Merci à nos témoins. Tant de questions et si peu de temps.

As a follow-up to Senator Kutcher, here in Newfoundland and Labrador there are some concerns with staffing shortages for personal support workers. Is this prevalent across the country? Are there any plans to try to address the shortage? I know you've hit on some of the issues why people may be moving away, but I want to see if the shortage is prevalent across the country.

My second question, to whoever may want to answer it: one of the largest issues we found during the COVID-19 experience with long-term care, which has been touched on several times today, is the fact that people couldn't visit their loved ones even if they were dying, extremely sick, whatever the case may be. I'm just wondering about the possibility of a second wave of COVID-19 this fall. Are there any plans that anybody is aware of that are being put in place to address what I felt was a failure in the system, to have a loved one near someone when they're passing away? Thank you.

The Chair: Who wants to take on that question first? Ms. Tamblyn Watts, I will volunteer you again.

Ms. Tamblyn Watts: Thank you. I will be brief because I'm sure my colleagues also have things to say. I know this is an area of great interest to Dr. Wong as well.

The staffing shortages question, senator, is profound and it's across the country. It's endemic. Part of the reasons we have staffing shortages is two-fold: The conditions are poor, and all the associated concerns I spoke with Senator Kutcher about make it a job that people don't want to do. If they do get that job, it's often one of the first jobs they do as a newcomer, and then will leave the minute something more stable, pays better with better shifts, is available.

We can solve some of the staffing shortages. I would indicate that Quebec has taken some dramatic steps in terms of trying to increase staffing by promising about a \$50,000 wage and increases. What I would offer is, making conditions more palatable is one piece of it, but making sure they have the training, standards and skills is as important. To do that, we could be promoting across the sector — not just personal support workers, but across the aging sectors — educational sponsorships, grants and promotions. We need to develop an entire sector in geriatric care from personal support workers up to geriatricians like Dr. Wong.

Pour faire suite à ce qu'a dit le sénateur Kutcher, ici à Terre-Neuve-et-Labrador, on s'inquiète des pénuries de personnel de soutien à la personne. Cette situation est-elle répandue dans tout le pays? Y a-t-il des plans pour essayer d'y remédier? Je sais que vous avez mis le doigt sur certaines des raisons pour lesquelles les gens partent, mais je veux savoir si la pénurie est généralisée dans tout le pays.

Ma deuxième question, qui s'adresse à quiconque voudra y répondre, est la suivante : l'un des plus grands problèmes que nous avons constatés au cours de l'expérience de la COVID-19 en matière de soins de longue durée — et qui a été évoqué plusieurs fois aujourd'hui — c'est que les gens ne pouvaient pas rendre visite à leurs proches même s'ils étaient mourants, ou extrêmement malades, quel que soit le cas. Je m'interroge sur la possibilité d'une deuxième vague de COVID-19 cet automne. Quelqu'un saurait-il si des plans ont été mis en place pour remédier à ce que j'estimais être une lacune du système, c'est-à-dire de permettre à un proche d'être aux côtés d'un être cher lorsqu'il décède? Merci.

La présidente : Qui veut répondre en premier? Madame Tamblyn Watts, je vais vous proposer de nouveau comme volontaire.

Mme Tamblyn Watts : Merci. Je serai brève parce que je suis sûre que mes collègues ont aussi des choses à dire. Je sais que c'est un domaine qui intéresse beaucoup le Dr Wong également.

Sénateur, la question des pénuries de personnel est sérieuse et elle touche l'ensemble du pays. C'est endémique. Une des raisons pour lesquelles nous avons des pénuries de personnel, c'est que les conditions sont mauvaises, et toutes les préoccupations connexes dont j'ai parlé avec le sénateur Kutcher font en sorte que c'est un travail que les gens ne veulent pas faire. S'ils obtiennent cet emploi, il s'agit souvent de l'un des premiers emplois qu'ils occupent en tant que nouveaux arrivants. Ils démissionnent dès qu'un emploi plus stable, mieux rémunéré et comportant de meilleurs quarts de travail leur est offert.

Nous pouvons remédier à certaines pénuries de personnel. Je dirais que le Québec a pris des mesures spectaculaires pour essayer d'augmenter le personnel en promettant un salaire de 50 000 \$ et des augmentations. Ce que je dirais, c'est qu'il est important de rendre les conditions plus acceptables, mais il est tout aussi important de veiller à ce que les employés possèdent la formation et les compétences nécessaires, et à ce qu'il y ait des normes. Pour ce faire, nous pourrions promouvoir dans l'ensemble du secteur — pas seulement les préposés aux services de soutien à la personne, mais tous les secteurs des personnes âgées — le parrainage, les subventions dans le domaine de l'éducation et l'avancement. Nous devons développer tout le secteur des soins gériatriques, des préposés aux services de soutien à la personne aux gériatres comme le Dr Wong.

To the question about a second wave, there's no question; the answer is yes. We at CanAge are part of development with folks across the country on what is called an essential caregivers program. We know we will be living with COVID, not battling against COVID. There are best practices that we are espousing and working with key partners, and I'm happy to share that with senators as we're developing that program. That provides personal protective equipment, extra training and supports, and allows at least one person to be designated an essential caregiver so we never, ever have this happen again.

Dr. Wong: Thank you very much. I just want to echo comments from Ms. Tamblyn Watts. In terms of answering Senator Manning's question, yes, this is prevalent across the country. All the different jurisdictions that I've spoken to, they all echo. The public and private sectors both echo, so this is clearly prevalent, and for all the good reasons Laura has already alluded to, so I won't repeat that.

To your second question, I will say that we have to remember, in Canada, each province and territory, in terms of public health advice, they provide guidance in terms of any visitation restriction when it comes to family members and loved ones going into long-term care. We must remind all of us, including our public health colleagues, that family — primary caregiving — is an essential activity. When we talk about having essential people going in, it is not limited to the workers and the staff and the doctors and nurses and the PSWs who go in. It includes families and loved ones, because all of us have been saddened when we hear stories during COVID-19 of someone dying alone, when a person living with Alzheimer's disease or dementia is not able to feed because normally family members would be there feeding them. These are very disheartening lessons learned.

I think there is a solution. One of the solutions we have heard is, how do we support designated members of families and loved ones so they can still visit as an essential component of caregiving from the family, but in a safe and effective way?

Ms. Lennox: I really couldn't agree more with my colleagues with respect to the role that caregivers play. I, myself, was a caregiver to two grandparents up until fairly recently. They were both in different respective long-term care facilities. I remember the joy that it brought them when I or my mother would go to visit them. It was so essential to their care and well-being.

Pour ce qui est de la deuxième vague, il n'y a pas de doute, la réponse est oui. À CanAge, nous participons avec des gens de partout au pays à l'élaboration de ce qu'on appelle un programme pour les proches aidants essentiels. Nous savons que nous allons vivre avec la COVID, et non nous battre contre elle. Nous adoptons des pratiques exemplaires et nous travaillons avec des partenaires clés, et je suis heureuse d'informer les sénateurs à ce sujet à mesure que nous élaborons ce programme. Il fournit de l'équipement de protection individuelle, de la formation supplémentaire et du soutien, et permet à au moins une personne d'être désignée comme proche aidant essentiel afin que la situation ne se reproduise plus jamais.

Dr Wong : Merci beaucoup. Je veux simplement faire écho aux commentaires de Mme Tamblyn Watts. Pour ce qui est de répondre à la question du sénateur Manning, oui, c'est ce qui se passe partout au pays. Toutes les administrations auxquelles j'ai parlé décrivent la même situation. Le secteur public et le secteur privé aussi, donc il est clair que c'est courant, pour toutes les bonnes raisons auxquelles Laura a déjà fait allusion, alors je ne vais pas les répéter.

Pour répondre à votre deuxième question, je dirais qu'il ne faut pas oublier qu'au Canada, chaque province et territoire fournit des conseils en matière de santé publique en ce qui a trait aux restrictions relatives aux visites lorsqu'il s'agit de membres de la famille et d'êtres chers qui reçoivent des soins de longue durée. Nous devons tous nous rappeler, y compris nos collègues de la santé publique, que les soins primaires fournis par la famille constituent une activité essentielle. Lorsque nous parlons de laisser entrer des gens essentiels, cela ne se limite pas aux travailleurs, au personnel, aux médecins, aux infirmières et aux préposés aux services de soutien à la personne. Cela comprend les familles et les proches. Nous avons tous été attristés d'apprendre que, pendant la COVID-19, une personne est morte seule, qu'une autre atteinte de la maladie d'Alzheimer ou de démence n'a pas été en mesure de s'alimenter parce que, normalement, des membres de sa famille auraient dû être là pour la nourrir. Ce sont des leçons très consternantes.

Je pense qu'il y a une solution. Une des solutions que nous avons entendues est la suivante : comment pouvons-nous soutenir les membres désignés de la famille et les proches afin qu'ils puissent continuer de rendre visite à la personne à titre d'élément essentiel de la prestation de soins, mais de façon sécuritaire et efficace?

Mme Lennox : Je suis tout à fait d'accord avec mes collègues au sujet du rôle que jouent les proches aidants. Jusqu'à tout récemment, je m'occupais moi-même de deux grands-parents. Ils étaient tous deux dans des établissements de soins de longue durée différents. Je me souviens de la joie qu'ils ressentaient lorsque ma mère et moi allions leur rendre visite. C'était tellement essentiel à leurs soins et à leur bien-être.

I would also stress, too, that we need to remember 80% of people living in long-term care facilities have some form of cognitive impairment that plays a role in the impact on them of being isolated. When you lose that familiarity, it can be extremely devastating for someone, particularly someone who suffers from Alzheimer's or dementia, and does not recognize who is surrounding them. They may only remember that one family member who comes to visit them every day.

Senator Dasko: Thank you to our witnesses today. It has been very interesting and very informative.

First a quick question to Ms. Lennox. You mentioned that your members were very unhappy about election promises not delivered. Could you tell us what those are that they're unhappy about?

Ms. Lennox: Specifically it's with respect to the election promise to increase OAS by 10% for people 75 and older, and the CPP survivor benefit by 25%. Many had hoped that they would see the benefit of that by now. It's unclear whether the government will even move forward with it. In conversations I've had, I haven't been told one way or another that they won't be. While we appreciate that COVID-19 happened, many are still hoping that the government will move forward on that promise.

Senator Dasko: Yes. Thank you. Some of the other senators have asked some of the questions I was planning to ask. I hope you don't mind, Dr. Wong, if I take yet another stab at this national data system, because I'm a data person and I'm going to keep drilling away at this. After both Senator Moodie and Senator Seidman asked you some questions, I will ask yet more.

As you know, the federal government has thrown money into CIHI and other efforts to try to do exactly what I believe is needed. We very much desire and need a data system that will collect data uniformly, and also will fill in the gaps of data. For example, the race-based measures are just one piece of it. We need to have socio-economic measures, etc.

Do you have any bright ideas, or whatever it may be, about how we can actually do this? As opposed to sort of expressing our great desire for this to happen. We've had the desire; we've had money thrown at it. Bad word, I know, but money has been allocated to these excellent efforts. Yet we seem to come up empty-handed years later.

Tell me what, if anything, can be done to make this happen.

J'insiste également sur le fait qu'il ne faut pas oublier que 80 % des gens qui vivent dans des établissements de soins de longue durée souffrent d'une forme quelconque de déficience cognitive qui a un effet sur leur isolement. Quand on perd cette familiarité, cela peut être dévastateur, particulièrement pour quelqu'un qui souffre de la maladie d'Alzheimer ou de démence et qui ne reconnaît pas celui qui l'entoure. Il se peut que la personne se souvienne uniquement du membre de sa famille qui vient lui rendre visite tous les jours.

La sénatrice Dasko : Merci à nos témoins d'aujourd'hui. Cela a été très intéressant et très instructif.

Je vais d'abord poser une brève question à Mme Lennox. Vous avez mentionné que vos membres étaient très mécontents des promesses électorales non tenues. Pourriez-vous nous dire de quoi ils sont mécontents?

Mme Lennox : Plus précisément, il s'agit de la promesse électorale d'augmenter de 10 % la Sécurité de la vieillesse pour les personnes de 75 ans et plus, et de 25 % la prestation de survivant du RPC. Bon nombre d'entre elles espéraient en voir les avantages maintenant. Il n'est même pas certain que le gouvernement ira de l'avant. Au cours des conversations que j'ai eues, on ne m'a pas dit d'une façon ou d'une autre que ce ne sera pas le cas. Nous savons qu'il y a eu la COVID-19, mais beaucoup espèrent toujours que le gouvernement donnera suite à cette promesse.

La sénatrice Dasko : Oui. Merci. D'autres sénateurs ont posé certaines des questions que j'avais l'intention de poser. J'espère que vous ne m'en voudrez pas, Dr Wong, si je m'attaque à ce système national de données, parce que je suis une spécialiste des données et que je vais continuer de creuser la question. Après que les sénatrices Moodie et Seidman vous aient posé des questions, je vais en poser d'autres.

Comme vous le savez, le gouvernement fédéral a versé de l'argent à l'ICIS et à d'autres organismes pour essayer de faire exactement ce qui, selon moi, est nécessaire. Nous souhaitons ardemment avoir un système qui recueillera des données de façon uniforme et qui comblera également les lacunes en matière de données, nous avons besoin d'un tel système. Par exemple, les mesures liées à la race ne sont qu'un élément parmi d'autres. Nous avons besoin de mesures socioéconomiques, et cetera.

Avez-vous des idées brillantes, ou quoi que ce soit d'autre, sur la façon de procéder. Autre que d'exprimer en quelque sorte notre grand désir de voir cela se réaliser? Nous l'avons souhaité; on a investi de l'argent. Je sais que c'est un mauvais mot, mais de l'argent a été affecté à ces excellents efforts. Pourtant, des années plus tard, nous semblons nous retrouver les mains vides.

Dites-moi ce qui peut être fait pour y arriver, le cas échéant.

Dr. Wong: Thank you, Senator Dasko. We need to understand some of the root causes of the phenomenon we are talking about now. Resources have been invested in data collection, through CIHI, for example, and yet we are saying that there are gaps in terms of data that we can learn from, in real time, in particular in addressing seniors' health issues, including long-term care.

I think one of the root causes has to do with the focus or the priority or the attention when these data systems are being built. Historically, most if not all the data systems are built on an acute-care or hospital-medicine model. It is very heavily driven by metrics that actually may make sense in an acute-care setting, hospital setting, but doesn't make much sense when it comes to the continuum of seniors' care, such as in long-term care. That includes some of the examples that we speak about, whether it is on the socio-determinants of health or some other underlying socio-economic factors.

Mr. Charbonneau: Dr. Wong, could we get you to move closer to the mic and slow down for the interpretation.

Dr. Wong: Sure. When we talk about trying to have investment realized, when it comes to the data system, it will be important to have deliverables earmarked which are actually relevant to the long-term care system and to seniors' health, not just a routine add-on to a system which historically has worked well, but mainly in an acute-care setting.

Senator Dasko: Yes. I wonder if you have any ideas of how we can actually get this to happen. These are data that we need. I agree and that's exactly what I'm saying, but somehow we've not been able to move that into action. There are various reasons. The provinces perhaps don't want to compare themselves to each other in terms of various metrics. There are silos. There are all kinds of motivations that they may have that will supersede the actual need for data. Can I conclude that we're still going to be struggling with this?

Dr. Wong: The solution does not necessarily rest with the technological aspect alone in terms of data. I think it rests with the non-technological factors, such as what you've described. Very briefly, I can share that this is the same observation we see whenever we look at data in other sectors, be it in education or business and so on. We can actually try to collaborate and learn from the other sectors when we talk about health-specific data.

Dr Wong : Merci, sénatrice Dasko. Nous devons comprendre certaines des causes profondes du phénomène dont nous parlons maintenant. Des ressources ont été investies dans la collecte de données, par l'entremise de l'ICIS, par exemple, et pourtant, nous disons qu'il y a des lacunes sur le plan des données dont nous pouvons tirer des leçons, en temps réel, en particulier en ce qui concerne les problèmes de santé des aînés, y compris les soins de longue durée.

Selon moi, ce sur quoi on met l'accent, ce qui est déterminé comme étant prioritaire ou ce à quoi on accorde de l'attention lorsque ces systèmes de données sont construits constituent les causes profondes du problème. Par le passé, la plupart des systèmes de données, sinon tous, étaient fondés sur un modèle de soins de courte durée ou de médecine hospitalière. Il est fortement motivé par des paramètres qui peuvent en fait être logiques dans un milieu de soins de courte durée ou en milieu hospitalier, mais qui n'ont pas beaucoup de sens lorsqu'il s'agit du continuum des soins aux personnes âgées, comme les soins de longue durée. Cela comprend certains des exemples dont nous avons parlé, qu'il s'agisse de données sociohistoriques sur la santé ou d'autres facteurs socioéconomiques sous-jacents.

M. Charbonneau : Dr Wong, pourriez-vous vous rapprocher du micro et ralentir pour l'interprétation.

Dr Wong : Bien sûr. Lorsque nous parlons d'essayer de réaliser des investissements, en ce qui concerne le système de données, il sera important de prévoir des livrables pertinents pour le système de soins de longue durée et la santé des aînés, et non pas se contenter d'un ajout de routine à un système qui a toujours bien fonctionné, mais surtout en milieu de soins de courte durée.

La sénatrice Dasko : Oui. Je me demande si vous avez une idée de la façon dont nous pouvons faire en sorte que cela se produise. Ce sont des données dont nous avons besoin. Je suis d'accord et c'est exactement ce que je dis, mais d'une façon ou d'une autre, nous n'avons pas été en mesure de passer à l'action. Il y a diverses raisons. Les provinces ne veulent peut-être pas se comparer les unes aux autres pour ce qui est des divers paramètres. Il y a des silos. Elles peuvent avoir toutes sortes de motivations qui l'emportent sur le besoin réel de données. Dois-je conclure que nous allons continuer à nous heurter à ce problème?

Dr Wong : La solution ne réside pas nécessairement uniquement dans l'aspect technologique des données. Je pense que cela dépend des facteurs non technologiques, comme ceux que vous avez décrits. Très brièvement, je peux vous dire que nous observons la même chose chaque fois que nous examinons des données dans d'autres secteurs, que ce soit dans le domaine de l'éducation ou des affaires. Nous pouvons en fait essayer de collaborer et d'apprendre des autres secteurs lorsque nous parlons de données propres à la santé.

Senator Dasko: Yes, for sure. I don't think it's a technology problem. I agree it's another problem. We'll all see collectively what we can do to try to move that along.

Ms. Lennox and Ms. Tamblyn Watts, in terms of the priorities and the best way to deal with the issues we've discussed in terms of long-term care, a number of people are supporting what might be termed the model on which the Canada Health Act is based.

Ms. Tamblyn Watts, you mentioned Australia as perhaps a model that we might use. You also mentioned federal transfers plus regulation and how that might be important for dealing with the situation here.

Are you both actually calling for a model that is similar to the Canada Health Act, in which the federal government would put forward and give money, and then would require stringent standards and regulations to try to promote change in the long-term care system?

Dr. Wong, you've already talked about this, but I wanted to ask the other two witnesses their thoughts about that very specifically. Is this something we should do? Is this something that is a practical solution? Will this happen?

Ms. Lennox: So we have to go back and recall why we got into publicly funded health care to begin with. It's to lower the barrier to access to health services that a Canadian needs, irrespective of their ability to pay for it.

The Canada Health Act is a great piece of legislation. It defines what is medically necessary as acute care provided in a hospital or care provided through physician-based services. But when you reflect on the kind of care that is being provided in long-term care homes, that isn't the long-term care of the 1960s and 1970s housing model. People were able to drive up in their cars and get out with their suitcases and so on and so forth. Today the needs are very high. In so many ways, what is being provided in long-term care is really an extension of what is being provided in hospitals.

One of the ways you can do this is change what qualifies as medically necessary under the Canada Health Act to include the highest level of long-term institutional care in every province.

This is one way in which you can do that, and I would suggest that then the federal government would revisit its funding model to reflect this new additional responsibility under the Canada Health Act, and then what you could do is, the highest standards currently available across the country could form the minimum standard going forward.

La sénatrice Dasko : Oui, bien sûr. Je ne pense pas que ce soit un problème technologique. Je conviens que c'est un autre problème. Nous verrons tous ensemble ce que nous pouvons faire pour faire avancer les choses.

Madame Lennox et madame Tamblyn Watts, pour ce qui est des priorités et de la meilleure façon de régler les problèmes dont nous avons parlé au sujet des soins de longue durée, un certain nombre de personnes appuient ce qu'on pourrait appeler le modèle sur lequel repose la Loi canadienne sur la santé.

Madame Tamblyn Watts, vous avez mentionné l'Australie comme modèle que nous pourrions peut-être utiliser. Vous avez aussi parlé des transferts fédéraux et de la réglementation et de l'importance que cela pourrait avoir pour faire face à la situation ici.

Est-ce que vous préconisez toutes les deux un modèle semblable à la Loi canadienne sur la santé, dans lequel le gouvernement fédéral proposerait et donnerait de l'argent, puis exigerait des normes et des règlements rigoureux pour essayer de promouvoir un changement dans le système de soins de longue durée?

Dr Wong, vous en avez déjà parlé, mais je voulais demander aux deux autres témoins ce qu'ils en pensent. Est-ce ce que nous devrions faire? Est-ce une solution pratique? Est-ce que cela va se produire?

Mme Lennox : Il faut donc se rappeler pourquoi nous nous sommes engagés dans les soins de santé financés par l'État. Il s'agit de réduire les obstacles à l'accès aux services de santé dont un Canadien a besoin, peu importe sa capacité de payer.

La Loi canadienne sur la santé est une excellente mesure législative. Elle définit ce qui est médicalement nécessaire comme les soins de courte durée dispensés dans un hôpital ou les soins dispensés par un médecin. Mais quand on pense au genre de soins qui sont fournis dans les foyers de soins de longue durée, il ne s'agit plus du modèle de soins de longue durée des années 60 et 70. Les gens pouvaient conduire leur voiture et sortir avec leurs valises et ainsi de suite. Aujourd'hui, les besoins sont très élevés. À bien des égards, ce qui est proposé en matière de soins de longue durée est vraiment un prolongement de ce qui est dispensé dans les hôpitaux.

On peut à cet effet par exemple modifier ce qui est considéré comme médicalement nécessaire en vertu de la Loi canadienne sur la santé pour inclure le niveau le plus élevé de soins prolongés en établissement dans chaque province.

C'est une façon de le faire, et je suggère que le gouvernement fédéral revoie son modèle de financement pour tenir compte de cette nouvelle responsabilité supplémentaire en vertu de la Loi canadienne sur la santé, et ensuite vous pourriez faire en sorte que les normes les plus élevées actuellement disponibles dans l'ensemble du pays constituent la norme minimale à l'avenir.

The other tool you can use is to create a separate piece of legislation, similar to the Canada Health Act, but specific to long-term institutional care and long-term medical home care. Either way, the federal government would be in a position to work with provincial and territorial governments as well as other stakeholders, to work collaboratively on standards of care that Canadians can expect in these environments, and ultimately the goal is to raise standards radically in long-term care. I do believe fundamentally that is the way you do it.

Ms. Tamblyn Watts: Thank you for the question, senator. It is at the heart one of the most fundamental issues, and if we could go back in time and put it under the Canada Health Act, I would.

Now we are in a difficult position. We have about 50% of all long-term care home beds — although they are in the homes of people — provided by for-profit, and the funding models we have across the country put it into different pockets of funding, so the transfers go for certain services and then any additional monies that can be taken out in terms of dividend is squeezed in other ways.

We all know there are many places where long-term care is done well privately and where long-term care is done poorly in a not-for-profit system. We are well into it. We must ask the question and start the dialogue, but I am also a realist. With 50% of all long-term care home beds already currently done, we would have to think about nationalizing them, so we should start the conversation, we should look to the Australian model, which does have a mix. We should ensure that we have national standards and then that piece about the regulation, the licensing and the ability to fine. That, at least, can provide a measure of control to support federal transfers to the provinces and territories and to the long-term care beds.

It's a difficult question to ask and functionally there is no magic wand that we can wave that will undo the system that we've created.

The Chair: Thank you for this.

Senator Munson: Thank you to the witnesses this afternoon. The first question is to Dr. Wong. I was struck, doctor, by three things that you said.

. . . Loneliness and isolation can have negative impacts on physical and mental health, especially for seniors.

L'autre outil que vous pouvez utiliser, c'est la création d'une loi distincte, semblable à la Loi canadienne sur la santé, mais spécifique aux soins prolongés en établissement et aux soins médicaux de longue durée à domicile. D'une façon ou d'une autre, le gouvernement fédéral serait en mesure de travailler en collaboration avec les gouvernements provinciaux et territoriaux ainsi qu'avec d'autres intervenants sur les normes de soins auxquelles les Canadiens peuvent s'attendre dans ces environnements. En fin de compte, l'objectif est d'augmenter radicalement les normes pour les soins de longue durée. Je crois fondamentalement que c'est ainsi qu'il convient de procéder.

Mme Tamblyn Watts : Je vous remercie de votre question, madame la sénatrice. C'est au cœur de l'un des enjeux les plus fondamentaux, et si nous pouvions revenir en arrière et l'assujettir à la Loi canadienne sur la santé, je le ferais.

Nous nous trouvons maintenant dans une situation difficile. Environ 50 % de tous les lits en foyers de soins de longue durée — bien qu'ils se trouvent au domicile des personnes — sont fournis par des organismes à but lucratif, et les modèles de financement que nous avons partout au pays les placent dans différents volets de financement. Ainsi, les transferts vont à certains services, puis toute somme supplémentaire pouvant être retirée sous forme de dividendes est soutirée d'autres manières.

Nous savons tous qu'il y a de nombreux endroits où les soins de longue durée sont bien dispensés par le secteur privé et où ils sont mal dispensés dans un système sans but lucratif. Nous le savons pertinemment. Il faut poser la question et entamer le dialogue, mais je suis aussi réaliste. Étant donné que 50 % de tous les lits dans les foyers de soins de longue durée sont déjà concernés, nous devrions songer à les nationaliser. Nous devrions donc amorcer la conversation et nous inspirer du modèle australien, qui combine les deux. Nous devrions nous assurer que nous avons des normes nationales, puis la réglementation, la délivrance de permis et la capacité d'infliger des amendes. Cela pourrait au moins fournir une mesure de contrôle à l'appui des transferts fédéraux aux provinces et aux territoires et aux lits de soins de longue durée.

C'est une question difficile à poser et, sur le plan fonctionnel, il n'y a pas de baguette magique que nous puissions brandir pour défaire le système que nous avons créé.

La présidente : Je vous remercie.

Le sénateur Munson : Merci aux témoins de cet après-midi. Ma première question s'adresse au Dr Wong. J'ai été frappé, docteur, par trois choses que vous avez dites.

La solitude et l'isolement peuvent avoir des répercussions négatives sur la santé physique et mentale, surtout chez les aînés.

For seniors, connecting with compassion is important at all times, but especially during the pandemic.

We must protect seniors where they live.

I've been talking with Senator Bovey about the Arctic and the North, and it struck me that we must protect seniors where they live. In this day and age, northern seniors, First Nations, Inuit and Innu — how can they be treated as families if they're routinely sent away from their families now for end of life? The federal government has a responsibility at least in this area. We hear the arguments about federal-provincial jurisdictions. Well, here it's federal. And you talked about connecting with compassion. How are we connecting with compassion? How can we do better for our residents in the North than we've done thus far?

Dr. Wong: This is a topic which is dear to my heart. When I talk about the potential negative impacts of social isolation and loneliness, there are actually good data to support the fact that the equivalent of that social isolation could be something like smoking 15 cigarettes a day, shaving off the life expectancy by an average of eight years. That comes from a comparison of different studies, so it's a huge impact.

I totally agree that there are particular seniors who are more vulnerable. What you're describing about those in the Arctic and the North is a good example of some of the underlying issues that occurred before COVID-19, but the impact is now exaggerated as a result of COVID-19. We all need to take a step towards connecting with a compassion approach. It is that driver, that root of compassion, trying to make sure that all decisions made are actually premised on that.

It does translate into different programming needs arising from the grassroots, from local communities, but also addressing systemic practices such as what you described before, when people are routinely being sent to different geographic areas, that creates extra barriers and difficulties. The question therefore becomes how can we reduce that risk by looking at practices that existed way before COVID-19?

Senator Munson: If home care is so important in the South it has to be equally important in the North. It may cost more but it doesn't matter what it costs. It has to be what it is. We have to understand and respect that.

Dr. Wong: I totally agree. In fact, there is a precedent in terms of this particular line of reasoning. When we think about providing health and supportive care services to everybody, but including seniors in rural and remote Canada, we know the measurement is not only going to be the incremental costs of delivering, but it's also the opportunity cost of having better

Pour les aînés, il est important de faire preuve de compassion en tout temps, mais surtout pendant la pandémie.

Nous devons protéger les aînés là où ils vivent.

J'ai parlé avec la sénatrice Bovey de l'Arctique et du Nord, et j'ai été frappé par le fait que nous devons protéger les aînés là où ils vivent. De nos jours, les aînés du Nord, les membres des Premières Nations, les Inuits et les Innus... comment peuvent-ils être traités comme des membres de la famille dès lors qu'ils sont systématiquement éloignés de leurs proches pour finir leurs jours? Le gouvernement fédéral est responsable, au moins à cet égard. Nous entendons les arguments au sujet des compétences fédérales-provinciales. Eh bien, ici, c'est fédéral. Et vous avez parlé de compassion. Comment pouvons-nous faire preuve de compassion? Comment pouvons-nous faire mieux pour nos résidents du Nord que nous ne l'avons fait jusqu'à maintenant?

Dr Wong : C'est un sujet qui me tient à cœur. Lorsque je parle des effets négatifs potentiels de l'isolement social et de la solitude, il y a en fait de solides données qui appuient le fait que cet isolement social pourrait équivaloir à fumer 15 cigarettes par jour, ce qui réduirait l'espérance de vie de 8 ans en moyenne. Cela vient d'une comparaison de différentes études, l'impact est donc énorme.

Je suis tout à fait d'accord pour dire que certains aînés sont plus vulnérables. Ce que vous décrivez au sujet de l'Arctique et du Nord est un bon exemple de certains des problèmes sous-jacents qui préexistaient à la COVID-19, mais les répercussions sont maintenant exagérées en raison du virus. Nous devons tous faire un pas vers une approche axée sur la compassion. Voilà le moteur, cette source de compassion, il faut essayer de s'assurer que toutes les décisions prises sont fondées là-dessus.

Cela se traduit par divers besoins en matière de programmes qui émanent de la base, des collectivités locales, mais aussi par des pratiques systémiques comme celles que vous avez décrites tout à l'heure, où les gens sont régulièrement envoyés dans d'autres régions géographiques, ce qui crée des obstacles et des difficultés supplémentaires. La question est donc de savoir comment nous pouvons réduire ce risque en examinant les pratiques qui existaient bien avant la COVID-19.

Le sénateur Munson : Si les soins à domicile sont si importants dans le Sud, ils doivent l'être tout autant dans le Nord. Cela peut coûter plus cher, mais peu importe ce que cela coûte. Il faut ce qu'il faut. Nous devons comprendre et respecter cela.

Dr Wong : Je suis tout à fait d'accord. En fait, il y a un précédent dans ce raisonnement. S'agissant de services de santé et de soins de soutien devant être offerts à tout le monde, y compris aux personnes âgées dans les régions rurales et éloignées du Canada, nous savons qu'il ne faudra pas seulement mesurer le coût supplémentaire des prestations, mais aussi le

health status, and therefore well-being of these seniors as a result of the services provided. Therefore, if we prioritize, and I hope we do, this is important for all seniors, no matter if they live in the North or the South, then the solutions and the programs and the offerings must follow accordingly.

Senator Munson: Thank you very much. I have one other question to the other two witnesses. I don't know if this question was already asked of the Canadian Association for Long Term Care, but they had a point of view about relieving staffing shortages by setting up dedicated immigration streams for long-term workers. I want to get your point of view on how the government could establish a dedicated immigration stream and how much a stream would address the shortages.

Ms. Tamblyn Watts: Thank you for the question. We do have a shortage of workers and one of the ways we can address it is by looking at immigration in that priority area. Certainly, we have the ability to establish key expertise or priorities. We do that across immigration. Previously, for home care, we were supported by the live-in caregiver program many years ago. That went away under the Harper government. But we know where there is opportunity to support immigration and we can clearly elucidate where standards would be met, it is certainly an area that we can do more in that regard.

If I could also just jump on the question about Nunavut and the North. I'm happy to say that CanAge has been trying to partner with HelpAge Canada and the United Way and have a proposal into the federal government right now to address the issue of capacity building, both in Nunavut and Nunavik, and in some of the northern areas as well to develop a social services sector. We're very hopeful that that proposal will get some attention.

I'm happy to provide that proposal to you, senator, if you would like to know more about capacity building in the home care sector in the North.

Senator Munson: I think we would all appreciate it very much.

Ms. Lennox: In relation to the immigration stream, it's a good idea. It's one part of the strategy to acquire talent, but ultimately we also need to be looking at ways in which we can retain talent in this space because we know there is such high turnover and such chronic shortages.

Senator Munson: Thank you very much.

coût que représente la renonciation à un meilleur état de santé et, par conséquent, le coût associé au bien-être de ces aînés découlant des services offerts. Donc, si nous établissons des priorités, j'espère que nous le faisons, car c'est important pour tous les aînés, peu importe qu'ils vivent dans le Nord ou dans le Sud. Cela étant, les solutions, les programmes et les offres doivent suivre en conséquence.

Le sénateur Munson : Merci beaucoup. J'ai une autre question pour les deux autres témoins. Je ne sais pas si cette question a déjà été posée à l'Association canadienne de soins de longue durée, mais elle avait un point de vue sur la façon d'atténuer les pénuries de personnel en créant des volets d'immigration réservés aux travailleurs de longue durée. J'aimerais connaître votre point de vue sur la façon dont le gouvernement pourrait créer un volet d'immigration réservé et sur la mesure dans laquelle un volet permettrait de remédier aux pénuries.

Mme Tamblyn Watts : Merci de la question. Il y a une pénurie de main-d'œuvre et l'une des façons d'y remédier est d'examiner l'immigration dans ce domaine prioritaire. Il est certain que nous avons la capacité d'établir l'expertise ou les priorités clés. C'est ce que nous faisons pour l'ensemble de l'immigration. Auparavant, s'agissant des soins à domicile, nous pouvions bénéficier du Programme des aides familiaux résidents, il y a de cela de nombreuses années. Cela a disparu sous le gouvernement Harper. Mais nous savons où il est possible d'appuyer l'immigration et nous pouvons clairement déterminer où les normes devraient être respectées; c'est clairement un domaine où nous pouvons faire mieux.

Si vous me le permettez je voudrais répondre à la question sur le Nunavut et le Nord. Je me réjouis de dire que CanAge essaie de s'associer à Aide aux Aînés Canada et à Centraide pour présenter une proposition au gouvernement fédéral visant à régler la question du renforcement des capacités, tant au Nunavut qu'au Nunavik, et dans certaines régions du Nord, pour développer un secteur des services sociaux. Nous avons bon espoir que cette proposition retiendra l'attention.

Je me ferai un plaisir de vous fournir cette proposition, sénateur, si vous voulez en savoir davantage sur le renforcement des capacités dans le secteur des soins à domicile dans le Nord.

Le sénateur Munson : Je pense que nous vous en serions tous très reconnaissants.

Mme Lennox : En ce qui concerne le volet de l'immigration, c'est une bonne idée. Cela fait partie de la stratégie d'acquisition de talents, mais, au bout du compte, nous devons aussi chercher des façons de retenir les talents dans ce domaine, car nous savons qu'il y a un roulement élevé et des pénuries chroniques.

Le sénateur Munson : Merci beaucoup.

Senator Bovey: Thank you, witnesses. I'd like to thank Senator Munson for raising the issues in the North and the discussion that has just happened. It is 40% of our land mass and I think so often those of us in the South tend to forget it.

I also want to thank Dr. Wong for his comments on the work with music and the arts regarding our seniors, and the intergenerational connections. I, indeed, have been involved in some of these music programs across the country. I actually started a public gallery in a hospital some 13 years ago, with the social determinants of health in mind.

As we talk about a continuum of care and the isolation from COVID-19, tell me how you think we can have the arts take a stronger place in solving some of the psychological loneliness, when we know the positive outcomes. What do we need to do? Because it's very patchwork across the country right now.

Dr. Wong: Thank you, Senator Bovey. If I may start, and I invite my colleagues to chime in as well.

Absolutely essential. I think the fine arts is a nice conduit, a solution for us to try to engage seniors and their loved ones — not just during the pandemic but even when the pandemic moves into a “new normal” state. One thing for sure is that new normal state may not look like what it used to.

If the senators are interested, I'm happy to share. There's a website story that UBC Faculty of Medicine published on how we deploy the fine arts, and talking about the music program Connecting with Compassion. I can share the link.

But there is another piece, namely, how do we get the information out to seniors so that they know this is available? This requires a communication strategy.

What I have also done, working with my colleagues at UBC Faculty of Medicine, is to develop an e-magazine called *Pathways*, which addresses seniors' health issues. This includes resources available to seniors and their loved ones during COVID-19. Again, if senators are interested, I'm happy to send the link.

These resources have been deployed internationally. I've shared them with Australia, New Zealand, England, Ireland and many other jurisdictions around the world. Two solutions will be to have programmatic approaches to support and empower our musicians and other artists, but at the same time, get the information out to seniors and their families so that they know this is available.

La sénatrice Bovey : Merci aux témoins. Je tiens à remercier le sénateur Munson d'avoir soulevé les problèmes dans le Nord et d'avoir initié la discussion qui vient d'avoir lieu. Il s'agit de 40 % de notre superficie terrestre et je pense que ceux d'entre nous qui sont dans le Sud ont souvent tendance à l'oublier.

Je tiens également à remercier le Dr Wong de ses commentaires sur le travail avec la musique et les arts concernant nos aînés, ainsi que sur les liens intergénérationnels. En fait, j'ai participé à certains de ces programmes de musique partout au pays. J'ai ouvert une galerie d'art publique dans un hôpital il y a environ 13 ans, en tenant compte des déterminants sociaux de la santé.

Alors que nous parlons d'un continuum de soins et de l'isolement en lien à la COVID-19, selon vous comment pouvons-nous faire en sorte que les arts prennent plus de place pour résoudre une partie de la solitude psychologique, alors que nous en connaissons les résultats positifs? Que devons-nous faire? C'est très disparate d'un bout à l'autre du pays à l'heure actuelle.

Dr Wong : Merci, sénatrice Bovey. Si vous me permettez de commencer, et j'invite mes collègues à intervenir également.

C'est absolument essentiel. Je pense que les beaux-arts sont un bon moyen, une solution pour nous d'essayer de mobiliser les aînés et leurs proches — pas seulement pendant la pandémie, mais même lorsque la pandémie deviendra une « nouvelle normalité ». Une chose est certaine, le nouvel état normal ne ressemblera peut-être plus à ce qu'il était.

Si cela intéresse les sénateurs, je me ferai un plaisir d'en parler. La Faculté de médecine de l'Université de la Colombie-Britannique a publié un article en ligne sur le déploiement des beaux-arts et sur le programme musical Connecting with Compassion. Je peux vous fournir le lien.

Mais il y a un autre élément : comment transmettre l'information aux aînés pour qu'ils sachent que c'est disponible? Cela exige une stratégie de communication.

En collaboration avec mes collègues de la Faculté de médecine de l'Université de la Colombie-Britannique, j'ai également élaboré un magazine Web appelé *Pathways*, qui traite des questions de santé des aînés. Cela comprend les ressources offertes aux aînés et à leurs proches pendant la COVID-19. Encore une fois, si cela vous intéresse, je me ferai un plaisir d'envoyer le lien.

Ces ressources ont été déployées à l'échelle internationale. J'en ai fait part à l'Australie, à la Nouvelle-Zélande, à l'Angleterre, à l'Irlande et à de nombreux autres pays. Deux solutions seront d'avoir des approches programmatiques pour soutenir et habiliter nos musiciens et autres artistes, tout en diffusant l'information aux aînés et à leurs familles pour qu'ils sachent que c'est disponible.

The Chair: Thank you Dr. Wong. We would welcome you sending the links.

Briefly, Ms. Tamblyn Watts and Ms. Lennox.

Ms. Tamblyn Watts: Building on great work that Dr. Wong has indicated, I also think there is a pragmatic approach. We would like to see Heritage Canada put into some of its programming specific requirements for social inclusion of seniors as a lens for part of its funding. We feel this would be a practical way to ensure that the funded arts, which we must and should support, are accessible to all people.

Ms. Lennox: If I may comment briefly. This is not my area of expertise, so I defer to my two colleagues on this. However, if I can say from personal experience how important music is, particularly for people with cognitive impairment. I witnessed my grandmother decline, and she got to a point where she didn't even recognize me, but she could continue to recite all the words of her favourite musicians. I would offer that as something that you should consider, because it's incredibly important to people, particularly those in long-term care.

Senator Bovey: I would be interested in those studies. A number of us across the country are working really hard on this, and I think connecting the dots is important. If there is anything I can do, let me know.

Senator Pate: Thank you to all our witnesses, especially for the work you do on an ongoing basis. As a daughter of a mom who is in long-term care, whom I haven't had an opportunity to see for three months, who is now on food supplements, who doesn't get the music, who has infections, all the information you raised is important.

I want to come back to questions that were raised earlier and that you responded to. When asked about the story that came out today around the rate of deaths in for-profits, it struck me that my first paid work, at the age of 14, was working in a for-profit long-term care facility where there were clear demographics in terms of who was hired, who was there and who was privileged. I was hired at 14 and fired at 16, because then they had to pay minimum wage.

I'm curious about the statistics, if you have them, the disaggregated data — in terms of gender, race, ability and class, in terms of both the patients or residents of long-term care facilities — by for-profit and not-for-profit, as well as the workers. I know the workers in my mom's home are wonderfully caring people. This is not in any way a criticism of them. However, many of them were working two or three jobs before the pandemic, and now only working one. They don't have

La présidente : Merci, Dr Wong. Nous serions heureux que vous nous fassiez parvenir les liens.

Brièvement, madame Tamblyn Watts et madame Lennox.

Mme Tamblyn Watts : Au sujet de l'excellent travail dont le Dr Wong a parlé, je pense qu'il y a aussi une approche pragmatique. Nous aimerions que Patrimoine Canada intègre à ses programmes des exigences précises en matière d'inclusion sociale des aînés comme prisme de leur financement. Nous pensons que ce serait une façon pratique de faire en sorte que les arts financés, que nous devons appuyer, soient accessibles à tous.

Mme Lennox : Permettez-moi de faire un bref commentaire. Ce n'est pas mon domaine d'expertise, alors je m'en remets à mes deux collègues à ce sujet. Toutefois, si je me fie à mon expérience personnelle, je peux dire à quel point la musique est importante, surtout pour les personnes ayant une déficience cognitive. J'ai vu ma grand-mère décliner et elle en est arrivée à un point où elle ne me reconnaissait même pas, mais elle pouvait continuer à réciter toutes les paroles de ses musiciens préférés. C'est quelque chose que vous devriez envisager, car c'est extrêmement important pour les gens, surtout ceux qui reçoivent des soins de longue durée.

La sénatrice Bovey : Ces études m'intéressent. Un certain nombre d'entre nous, partout au pays, travaillent très fort là-dessus, et je pense qu'il est important d'établir un lien entre ces personnes. Si je peux faire quelque chose, dites-le moi.

La sénatrice Pate : Merci à tous nos témoins, surtout pour le travail que vous faites en permanence. En tant que fille d'une mère qui reçoit des soins de longue durée, une mère que je n'ai pas pu voir pendant trois mois et qui reçoit maintenant des compléments alimentaires, à qui on ne propose pas de musique et qui a des infections, j'estime que toute l'information que vous nous avez donnée est importante.

Je veux revenir sur des questions qui ont été soulevées plus tôt et auxquelles vous avez répondu. Lorsqu'on m'a posé des questions sur le taux de décès dans les établissements à but lucratif, je me suis souvenue que mon premier travail rémunéré, à l'âge de 14 ans, était dans un établissement de soins de longue durée à but lucratif dans lequel il y avait des données démographiques claires sur qui était embauché, qui était là et qui était privilégié. J'ai été embauchée à 14 ans et congédiée à 16 ans, parce qu'ils devaient payer le salaire minimum.

Je suis curieuse d'avoir les statistiques, si vous les avez, les données désagrégées — en termes de sexe, de race, de compétences et de classe, en termes de patients ou de résidents d'établissements de soins de longue durée — dans le secteur à but lucratif et sans but lucratif, ainsi que celles concernant les travailleurs. Je sais que les travailleurs qui prennent soin de ma mère sont des gens merveilleusement bienveillants. Il ne s'agit aucunement d'une critique à leur endroit. Cependant, bon

benefits. At one time they would have had 10 patients to take care of and now have 50.

I'm interested in those demographics, as well as whether there has been any particular focus on Call for Justice 7.4 of the Inquiry into Missing and Murdered Indigenous Women and Girls, which talked about the need for a specific focus for Indigenous folks on elder care and the like. I'm interested in those, and if you have any other key recommendations that you haven't had an opportunity to share with us, if you could share those as well.

Ms. Tambllyn Watts: They're not easy questions to answer, but I'm happy to have a go at some of them. In particular, there is a recent National Institute on Ageing study, which I can forward to the Senate, which does have good information about aspects of demography. You're hearing me couch this term because I have not seen excellent studies done with disaggregated data in the way we would want, up to Campbell or Cochrane-style evidence-based data. What I have seen are some studies that say some things, and more homogeneous data. For instance, some of the CIHR studies will break out a particular experience in British Columbia or in the North.

Senator, what you have captured is a key gap in our evidence. I would also suggest that part of what we need to do is make sure we fill these gaps. Aging studies are consistently underfunded in comparison to other areas of study. We have lots of data to show how underfunded our data analysis and studies across the social and health sciences are. I can provide you with some of that data, and I know Dr. Wong will have some data as well.

The other piece I wanted to share, in terms of the for-profit and not-for-profit sectors. I think this is a perfect example. It's easy to say we know that lots of deaths occur in for-profits and fewer deaths occur in not-for-profits and therefore it must be the profit model. It may be the profit model, senator, but we need to have deeper information. How many people are staying in each room? Are they wards of four? Are the people in those homes getting the types of infectious disease control they need? What is the prevalence of donning and doffing in long-term care?

There are many more aspects other than the funding model. Having said that, it is critically important that we address where these shortages come from, because the single most difficult

nombre d'entre eux occupaient deux ou trois emplois avant la pandémie et n'en occupent maintenant plus qu'un seul. Ils n'ont pas d'avantages. À une certaine époque, ils auraient eu 10 patients à prendre en charge et maintenant, ils en ont 50.

Je m'intéresse à ces données démographiques et à la question de savoir s'il y a eu une attention particulière accordée à l'Appel à la justice 7.4 du rapport final de l'Enquête sur les femmes et les filles autochtones disparues et assassinées, qui parle de la nécessité de mettre l'accent sur les soins aux aînés et ce genre de choses pour les Autochtones. Cela m'intéresse, et si vous avez d'autres recommandations clés dont vous n'avez pas eu l'occasion de nous faire part, pourriez-vous le faire également?

Mme Tambllyn Watts : Il n'est pas facile de répondre à ces questions, mais je me ferai un plaisir d'essayer. Il y a en particulier une étude récente du National Institute on Ageing que je peux transmettre au Sénat et qui contient des renseignements de qualité sur certains aspects démographiques. J'emploie ce terme parce que je n'ai pas vu d'excellentes études faites avec des données désagrégées comme nous le voudrions, à la hauteur des données probantes de type Campbell ou Cochrane. Ce que j'ai vu, ce sont des études qui disent certaines choses et des données plus homogènes. Par exemple, certaines études des IRSC révéleront une expérience particulière en Colombie-Britannique ou dans le Nord.

Madame la sénatrice, vous avez mis en évidence une lacune importante de notre témoignage. J'ajouterais que nous devons notamment nous assurer de combler ces lacunes. Les études sur le vieillissement sont constamment sous-financées par rapport à d'autres domaines d'études. Nous avons beaucoup de données qui montrent à quel point notre analyse des données et nos études dans le domaine des sciences sociales et de la santé sont sous-financées. Je peux vous fournir certaines de ces données, et je sais que le Dr Wong en aura également.

L'autre élément dont je voulais vous parler concerne les secteurs à but lucratif et sans but lucratif. Je pense que c'est un exemple parfait. Il est facile de dire que nous savons qu'il y a beaucoup de décès dans le secteur à but lucratif et qu'il y en a moins dans celui sans but lucratif et que, par conséquent, le modèle économique doit être en cause. C'est peut-être vrai, sénatrice, mais nous avons besoin d'informations plus approfondies. Combien y a-t-il de personnes dans chaque pièce? S'agit-il de chambres de quatre? Est-ce que les gens dans ces foyers obtiennent le type de contrôle des maladies infectieuses dont ils ont besoin? Quelle est la fréquence de renouvellement des équipements de protection dans les établissements de soins de longue durée?

Il y a bien d'autres aspects que le modèle de financement. Cela dit, il est extrêmement important que nous nous attaquions à la source de ces pénuries, car la chose la plus difficile à laquelle

thing we're seeing is staff cutting. We are also constantly hearing — and these are not recent experiences — about people hiding incontinence products in the ceiling, about people having to jimmy open locks on products for their own personal health and well-being that should be available to them. Anecdotally, we see that more in the for-profit homes than not-for-profit homes, but what you're seeing is the lack of clear data that we have.

In terms of the North and the missing and murdered Indigenous women, I would offer that there is an opportunity to invest in home care and capacity support, but we have not done what we need to, senator.

Dr. Wong: If I may quickly add to the excellent response from Ms. Tamblyn Watts. Senator, your question illustrates that the gap in data that we've been talking about so much requires a deliberate way of doing the metrics that actually makes sense.

Your questions exemplify that we do not have that system in place now, that none of us can give you that bona fide data that you are looking for — that direct question that is done in a dedicated and thoughtful way. It's not because of people not trying and not interested in doing it; it's that the system is not built that way.

I think your question is an excellent example of where we need to drive this conversation. I remember the question from a couple of other senators about data. This is the example. You start from the answers, you try to look for mapping backwards. You try to figure out how to arrive at the answers.

Ms. Tamblyn Watts: Another reason why we need a federal seniors' advocate, so we are constantly driving this conversation and it's not left up to committees.

The Chair: Thank you very much. Ms. Lennox, if you have something to add, we can listen to you.

Ms. Lennox: I have seen numerous studies from around the world that compare for-profit to not-for-profit. Generally, what these studies show is there tends to be a trend that for-profit performs poorer, whether that's higher rates of bed ulcers, higher hospitalization transfers, higher mortality rates, and now this study that came out here recently in Canada. You can see why that might be the case because of the increased pressure to turn a profit. One of the biggest budget line items is staffing, and in the absence of clear ratios or hours per resident, this is often the first thing that gets cut. Budgets for food are also pretty deplorable.

nous sommes confrontés, c'est la réduction du personnel. Nous entendons aussi constamment dire — et ce n'est pas nouveau — que des gens cachent des produits pour l'incontinence dans le plafond, que des gens doivent forcer des serrures pour accéder à des produits qui devraient être disponibles pour leur santé et leur bien-être personnels. Empiriquement, nous le constatons davantage dans les foyers à but lucratif que dans les foyers sans but lucratif, mais cela illustre le manque de données claires.

En ce qui concerne le Nord et les femmes autochtones disparues ou assassinées, je dirais qu'il y a une occasion d'investir dans les soins à domicile et le soutien à la capacité, mais nous n'avons pas fait ce que nous devons faire, madame la sénatrice.

Dr Wong : Si vous me le permettez, j'aimerais ajouter un mot à l'excellente réponse de Mme Tamblyn Watts. Madame la sénatrice, votre question illustre le fait que les lacunes dans les données dont nous avons tant parlé requièrent une façon réfléchie et sensée d'établir des évaluations.

Vos questions montrent que nous n'avons pas ce système en place à l'heure actuelle et qu'aucun d'entre nous ne peut vous donner les données de bonne foi que vous recherchez — cette question directe qui est posée de façon consciencieuse et réfléchie. Ce n'est pas parce que les gens n'essaient pas et ne sont pas intéressés à le faire; c'est parce que le système n'est pas conçu de cette façon.

Je pense que votre question est un excellent exemple de la manière dont nous devons orienter cette conversation. Je me souviens de la question posée par quelques autres sénateurs au sujet des données. Voilà l'exemple. On commence par les réponses, on essaie de progresser à rebours. On essaie de trouver la manière d'obtenir les réponses.

Mme Tamblyn Watts : Voilà une autre raison pour laquelle nous avons besoin d'un défenseur fédéral des droits des aînés, afin que cette conversation soit permanente et que ce ne soit pas laissé aux comités.

La présidente : Merci beaucoup. Madame Lennox, si vous avez quelque chose à ajouter, nous vous écoutons.

Mme Lennox : J'ai vu de nombreuses études réalisées un peu partout dans le monde qui comparent le secteur à but lucratif au secteur sans but lucratif. En général, ces études indiquent une tendance du secteur à but lucratif à obtenir de moins bons résultats, qu'il s'agisse de taux plus élevés d'escarres, d'un plus grand nombre de transferts vers l'hôpital, de taux de mortalité plus élevés et il y a maintenant cette étude qui a été publiée récemment au Canada. Cela peut s'expliquer par la pression accrue pour réaliser un profit. L'un des postes budgétaires les plus importants est celui de la dotation en personnel, et en

Having said that, there are examples of for-profit homes that have performed quite well. While the ownership model could be a challenge, a more fundamental challenge is around the underfunding of this system. I would just offer that.

The Chair: Thank you, Senator Pate, for raising those questions.

To our witnesses, please, if you have those studies and data, don't hesitate to send them our way. We always appreciate it.

I want to thank our witnesses for the valuable time that they took to answer our questions. It is appreciated and very helpful to our study.

Honourable colleagues, I do need to keep you with me for a few more minutes. We have some housekeeping items for your consideration. As you may remember during the past meetings, some senators were not able to ask all their questions to the witnesses. Some of these questions were sent to the witnesses by the clerk. We have received some answers that were shared with all committee members.

I ask for a senator to move the following motion: That the document follow-up questions to the Canadian Support Workers Association and to Unifor be filed as an exhibit.

Senator Manning: So moved.

The Chair: Thank you. Senator Manning moves the motion.

Senator Moodie: I second that.

The Chair: All those in favour, please raise your hand in response and please keep your hand raised for 10 seconds.

All those opposed? All those who abstain? The motion is agreed.

Is it agreed, honourable senators, that we now proceed in camera to discuss future business? Again, all those in favour please raise your hand in response, and please keep your hand raised for 10 seconds. All those opposed? All those who abstain?

It is agreed. We will just wait a few minutes until the clerk advises that the committee is in camera.

l'absence de ratios clairs d'heures par résidant, c'est souvent la première chose qui fait l'objet de compressions. Les budgets pour l'alimentation sont aussi assez déplorables.

Cela dit, il y a des exemples de foyers à but lucratif qui obtiennent d'assez bonnes performances. Bien que le modèle de propriété puisse constituer un défi, le sous-financement de ce système est un défi plus fondamental encore. Voilà ce que je voulais dire.

La présidente : Merci, sénatrice Pate, d'avoir soulevé ces questions.

Je demanderais à nos témoins, s'ils disposent de ces études et de ces données, de ne pas hésiter à nous les faire parvenir. Nous l'apprécions toujours.

Je tiens à remercier nos témoins du temps précieux qu'ils ont pris pour répondre à nos questions. Nous leur en sommes reconnaissants et cela est très utile à notre étude.

Chers collègues, je dois vous garder encore quelques minutes. Nous avons quelques questions d'ordre administratif à vous soumettre. Comme vous vous en souviendrez peut-être, au cours des dernières réunions, certains sénateurs n'ont pas pu poser toutes leurs questions aux témoins. Certaines de ces questions ont été envoyées aux témoins par le greffier. Nous avons reçu des réponses qui ont été transmises à tous les membres du comité.

Je demande à un sénateur de présenter la motion suivante, à savoir que le document concernant les questions de suivi posées à Canadian Support Workers Association et à Unifor soit versé au dossier à titre de pièce.

Le sénateur Manning : J'en fais la proposition.

La présidente : Merci. Le sénateur Manning propose la motion.

La sénatrice Moodie : J'appuie cette proposition.

La présidente : Tous ceux qui sont pour, veuillez lever la main et gardez la main levée pendant 10 secondes.

Tous ceux qui sont contre? Tous ceux qui s'abstiennent? La motion est adoptée.

Êtes-vous d'accord, honorables sénateurs, pour que nous passions maintenant à huis clos pour discuter des travaux futurs? Encore une fois, que tous ceux qui sont en faveur de la motion veuillent bien lever la main pour répondre, et veuillez garder votre main levée pendant 10 secondes. Tous ceux qui sont contre? Tous ceux qui s'abstiennent?

C'est d'accord. Nous allons attendre quelques minutes jusqu'à ce que le greffier nous avise que le comité siège à huis clos.

Once again, many thanks to our witnesses. It is very much appreciated.

Encore une fois, merci beaucoup à nos témoins. Nous vous sommes très reconnaissants.

(The committee continued in camera.)

(La séance se poursuit à huis clos.)
