



A DECLARATION

CONCERNING A NATIONAL HEALTH CARE STRATEGY *FOR SENIORS*

We, the undersigned, are agreed that Canada needs a national seniors strategy that is reflective of a society that is just and compassionate and equal. Our current universal health care system, Medicare, does not fully reflect these values or the changing needs of our population.

We believe that Medicare still largely addresses the priorities it did fifty years ago. At that time it was designed to meet the health care needs of a younger Canadian population requiring treatment for acute health concerns which could be resolved in a relatively short period of time.

We agree that acute care needs must still be met and be adequately funded. Today, however, our population has a much larger proportion of older citizens who often require care for multiple chronic conditions to be managed over long periods of time, and who almost always prefer care in home or community-based settings. Our current health care system does not reflect these changing needs and preferences, and urgently needs to do so.

We believe that health care innovation and reformation, through a national health care strategy that takes into account our country's changing demographics, would enhance health care delivery to all – to older and younger Canadians alike. We urge governments to coordinate endeavors to establish this strategy to improve health care in our country.

We regard the following principles to be the fundamental tenets of such a strategy:

1. QUALITY CARE

Providing quality care to senior patients through a national strategy would free up hospital beds as well as benefit elderly patients and all who care for them. Because home care and community support as well as long-term care facilities aren't readily available, a significant portion of the acute care beds in Canadian hospitals (15% or more) are being used by people with chronic conditions (many of whom are seniors) who have no other place to go. This often results in prolonged wait times and overcrowded hospitals, sometimes with emergency room patients being treated on gurneys in hallways. This gridlock situation is distressing to both patients and health care providers. Equally distressed and frustrated are Canada's army of unpaid caregivers who are struggling to look after loved ones at home, sometimes caring for children as well and holding down jobs. Often the home care support offered to unpaid caregivers is fragmented, with gaps in community services, inconsistent support among medical professionals, and a lack of access to the necessary prescription drugs that would be provided without cost to the patient in a hospital setting.

A thoughtfully structured national health care strategy for aging Canadians could enable appropriate patient placements and treatment, and provide support to informal caregivers.

2. WELLNESS AND PREVENTION

Modern health care standards require an emphasis on how best to incorporate primary and hospital care with the goal of improving the overall wellness of Canadians and of preventing disease. This approach includes

addressing the social determinants of health, which include income security, safe and affordable housing, access to nutritious food, transportation and social connection. Canada is a country characterized by the foundational richness of its Indigenous peoples and by the diversity of backgrounds, cultures and ethnicities of the population as a whole. The social determinants of health must be addressed in light of the needs inherent in this diversity ensuring that all older adults have an equal opportunity to achieve the optimal state of wellness.

It is incumbent upon all levels of government to develop health-supporting public policies that will address all the social determinants of health so that the full health potential of all Canadians can be realized.

3. HEALTH SYSTEM INTEGRATION

As noted earlier, our current health care system was designed decades ago to treat acute health concerns that could be resolved over a relatively short period of time. Advances in technology and medical interventions, however, result in people being better able to address the multiple chronic conditions that may come with aging. Consequently, seniors are living longer and require health care that manages their chronic conditions as they live out their lives, ideally in home and community settings.

Health care delivery that focuses on the patient, with seamless transitions from one form of health care to another, should define a restructured system. Our vision for the future is a collaborative, patient-centred approach which includes a broad team of health care practitioners and which addresses all the needs of patients and their families. It is a vision that includes comparable access to quality of care across geographic boundaries and regions of our country as well as those related to language, culture and ethnicity.

4. PRIMARY CARE

A priority in making the health care system work efficiently in future years must be to help seniors stay out of hospitals. For that to happen, effective primary care is crucial.

Senior patients would be better served if primary care and specialist care were to be fully integrated within a community-based system that features inter-professional teams and increased palliative care.

5. TRAINING OF HEALTH CARE PROVIDERS

There is a need for more primary care team members

to have training in gerontology and geriatrics. A survey of the geriatrics content of Canadian undergraduate and postgraduate medical curricula in 2011 found that “it [was] possible in Canada to complete eight or more years of undergraduate and postgraduate medical training and receive a total of 10 hours of mandatory instruction in geriatrics.” Although this number was at the very lowest end of the spectrum, it demonstrates the need for revision of medical school curricula in light of our changing demographics.

Geriatricians can play a crucial role in the health care of older persons. They can deal with the prevention, diagnosis and treatment of chronic medical conditions; and they can work with a health care team to prevent illness or restore an ill, disabled older patient to a level of optimal ability, possibly returning the person to an independent life at home. Yet, a survey conducted in 2010 found that Canada, with a population of 32 million, had 233 geriatricians; in contrast, Sweden, with a population of 9 million, had 500 geriatricians.

Governments and others involved in setting priorities for medical and allied health professional training should move to ensure that health care personnel receive adequate training in treating elderly persons, that the geriatric content of medical school curricula be reviewed, and that more medical students be encouraged to select geriatrics as a specialty.

6. APPROPRIATE PRESCRIPTION MEDICATIONS

On the one hand many seniors may be overmedicated: a British Columbia report found that nearly half of residents in care facilities and nearly 45% of those receiving home care were taking nine or more different medications. Such polypharmacy may lead to medication error, dangerous drug interactions and other adverse effects. On the other hand, because of our fragmented and incomplete system of financial coverage of prescription drugs, many seniors in British Columbia – and across Canada – cannot afford to fill the prescriptions their doctors write for them. This results in poorer health for older individuals and increased use of medical and hospital care.

To ensure that medicines are universally accessible and appropriately prescribed, federal investment and leadership are essential in the development and implementation of a national strategy. Such a strategy should address the use of appropriate, impartially assessed medicines, and coordinate an approach for purchasing medically necessary prescriptions. The implementation of a national pharmacare plan has

long been recognized as the unfinished business of Medicare in Canada.

7. HOME CARE AND COMMUNITY SUPPORT

Most senior adults would prefer to continue living at home as long as possible. Home-based care is also a cost-effective solution for an improved health care system. Unfortunately, social policy and funding have not caught up to this reality. Access to and the quality of home care and community support vary widely across Canada.

We need national standards for home care and a strategy that will provide publicly-funded in-home care by paid, qualified professionals and also offer unpaid caregivers more support, such as tax breaks, leave and respite care.

8. ACUTE AND SPECIALTY CARE

Equity and respect for an individual's human dignity require that the shift from acute care to chronic care be planned carefully, with resources available to provide a smooth transition. Poor coordination between acute and specialty care too often means long waits to access specialist care and receive treatment, often resulting in avoidable hospital stays. Senior adults may be trapped in higher-need acute care beds in filled-to-capacity hospitals because community supports are not available to take care of their particular needs in non-acute facilities. Being stuck between stages of care can put these patients at risk as well as impact those waiting for acute care beds.

A national health strategy for the care of older adults should feature practices which reduce barriers to specialist care when it is required, and which facilitate the transition for patients between hospital care, medium-level care settings and home care.

9. LONG-TERM CARE AND ASSISTED LIVING FACILITIES

As Canadians live longer, demand for long-term care increases. Most individuals who qualify for long-term care residency are over age 85 and frail; they may have numerous cognitive and health challenges that require special care. There is a need for additional long-term facilities and for refurbishment or replacement of the existing care homes that are decades old and are not designed for today's high-need patients.

In British Columbia, for example, 5 to 15 % of patients currently in residential care could be cared for in assisted living settings or in the community with

supports, thereby freeing up beds for residents truly requiring the complex care that long-term care facilities provide. However, not all care homes are affordable. Assisted living is often expensive, with fees that are totally impossible for many people to pay.

A national care strategy for older persons must facilitate access to reasonably priced high quality assisted living settings and long-term care residences. Urgently needed are national standards of care, assurance that facilities have the physical and staffing resources they need to implement those standards, and a plan for funding them.

10. PALLIATIVE CARE

Access to palliative care across the country, while improving, is limited, with only 16 to 30% of Canadians and their families having timely and appropriate access. The coordination of palliative care with curative care is poor. All too often the quality and availability of the palliative care Canadians receive depend on their postal codes.

A team-based approach, with more training for health care professionals, and national standards would expand existing resources and potentially attract more physicians and other health professionals to the specialty.

11. END-OF LIFE CARE AND END-OF-LIFE DECISIONS

Patients and their families and care providers are often reluctant, before death is imminent, to have open discussions about end-of-life planning and care decisions. The vast majority of Canadians have neither end-of-life directives nor designated representatives to speak on their behalf. The failure to determine end-of-life preferences with family members or health providers will often result in patients receiving every available, perhaps unwanted, medical intervention as they approach death. Patients, families and providers need help in openly discussing end-of-life decisions. When these conversations take place, patients are more likely to get the care they value in the setting they prefer; and costly medical interventions may be avoided.

Above all, individuals at the end of their lives deserve professional and compassionate care that is in their best interests. The complex issue of end-of-life care and the decisions related to it constitute a dimension of health care that must be an integral part of a national seniors health care strategy.

ENDORSEMENTS RECEIVED TO DATE (NOVEMBER 15, 2016) IN SUPPORT OF A DECLARATION CONCERNING A NATIONAL HEALTH CARE STRATEGY FOR SENIORS:

Vancouver Roundtable Participants:

1. BC Retired Teachers' Association
2. Council of Senior Citizens' Organizations of BC
3. Canadian Association of Retired Teachers
4. BC Federation of Labour
5. Council of Advisors for the Office of the Seniors Advocate for British Columbia
6. BC Government and Service Employees' Union
7. Association of Registered Nurses of British Columbia
8. Hospital Employees Union (BC)
9. Dr. Habib Chaudhury: Chair, Gerontology Department, Simon Fraser University
10. Dr. Steven G. Morgan: Expert in Health and Pharmaceutical Policy, Professor, University of British Columbia

Beyond the Vancouver Roundtable:

Organizations:

11. United Senior Citizens of Ontario
12. The BC Institute of Technology Retirees' Association (BCITRA)
13. Newfoundland/Labrador Coalition of Pensioners, Retirees and Seniors Associations
14. Progressive Intercultural Community Services Society (BC)
15. Prince Edward Island Retired Teachers' Association
16. Federation of Senior Citizens and Pensioners of Nova Scotia
17. Congress of Union Retirees of Canada (CURC)
18. Metro Vancouver Cross Cultural Seniors Network
19. National Pensioners Federation
20. BC Federation of Retired Union Members (BC FORUM)
21. Retired Teachers Organization of the Nova Scotia Teachers Union
22. The Korean Canadian Women's Association Family and Social Services (ON)
23. The Retired Teachers of Ontario/ Les enseignantes et enseignants retraités de l'Ontario (RTO/ERO)
24. Disability Alliance BC
25. Quebec Provincial Association of Retired School Educators
26. Canadian Hospice Palliative Care Association
27. The Retired Teachers' Association of Manitoba
28. New Brunswick Society of Retired Teachers
29. British Columbia Old Age Pensioners Organization
30. Langley Retired Teachers' Association
31. Saskatchewan Seniors Association Incorporated
32. Quebec Association of Retired Teachers
33. C2V2 (Coalition citoyenne pour mieux vivre et vieillir: The "Citizen Coalition for living and aging") Quebec
34. B.C. Government Retired Employees' Association
35. Retired Teachers Association of Newfoundland and Labrador
36. Superannuated Teachers of Saskatchewan

Individuals:

1. Dr. Andrew V. Wister, PhD. Director, Gerontology Research Department, Simon Fraser University
2. Maurice Brewster, Director, Avalon Chapter of CARP, Newfoundland
3. Marvin Krawec, President of the Retired Teachers' Association of Manitoba
4. Don Davies, MP Vancouver Kingsway, NDP Critic for Health
5. Arthur Kube, C.M. Member of the Order of Canada
6. Judy Darcy, MLA New Westminster, BCNDP Spokesperson for Health
7. Selina Robinson, MLA Coquitlam-Maillardville, BCNDP Spokesperson for Seniors
8. Nancy Schandall, Career Nurse, Public Service Association (Retirees), Nova Scotia



UNE DÉCLARATION

D'ACCORD NATIONAL SUR LES SOINS DE SANTÉ *POUR LES AÎNÉS*

Nous, les soussignés, sommes d'accord sur le fait que le Canada a besoin d'une stratégie nationale pour les soins de santé pour les aînés et qui soit le reflet d'une société juste, humaine et égalitaire. Notre système actuel de soins de santé universelle, l'assurance maladie, ne représente plus ces valeurs ni les besoins changeants de notre population.

Nous croyons que l'assurance maladie satisfait encore en grande partie les priorités d'il y a cinquante ans. En ce temps-là, on avait prévu des soins à offrir à une population canadienne plus jeune qui avait besoin de soins en cas de maladies aiguës qui pouvaient être soignées en relativement peu de temps. Il est évident que ce type de traitement est encore nécessaire.

Mais aujourd'hui, notre population inclut une bien plus grande proportion de personnes âgées qui ont besoin de traitements pour des maladies chroniques nécessitant de plus longues périodes de traitement, de préférence à domicile ou dans des centres communautaires.

Notre système de santé actuel ne reflète plus ces besoins et préférences en évolution et l'on devrait y remédier dans les plus brefs délais.

Nous sommes convaincus que le renouvellement et la réforme du système de santé par le biais d'une stratégie nationale pour les soins de santé qui tienne compte des nouvelles données démographiques du pays, amélioreraient grandement la qualité des soins médicaux pour tous les Canadiens, jeunes ou moins jeunes.

Nous faisons donc appel aux gouvernements pour qu'ils coordonnent leurs efforts afin d'établir une stratégie à cette fin.

Nous considérons que les principes suivants seront fondamentaux d'une telle stratégie :

1. DES SOINS DE QUALITÉ

Le fait d'offrir des services de santé aux patients âgés grâce à une stratégie nationale libérerait plusieurs lits d'hôpital tout en bénéficiant aux personnes âgées ainsi qu'à ceux qui en ont la charge. Comme les soins à domicile et l'aide en communauté ainsi que les locaux pour soins de longue durée ne sont pas disponibles, un nombre significatif des lits pour soins urgents sont utilisés dans les hôpitaux canadiens (15 % ou plus) pour soigner des personnes souffrant de maladies chroniques. Plusieurs d'entre eux sont des personnes aînées et qui n'ont nulle part ailleurs où aller. Cela mène à des délais d'attente plus longs et des hôpitaux surpeuplés, avec parfois des patients aux urgences qui sont traités sur des civières dans les couloirs. Cette situation sans issue est déprimante pour les patients ainsi que pour les préposés aux soins. Elle est encore plus déprimante pour les milliers de soignants naturels non rémunérés qui luttent pour s'occuper de ceux qu'ils aiment, à la maison, avec parfois des enfants à leur charge et un emploi à sauvegarder.

L'aide à domicile offerte à des soignants non rémunérés est fragmentaire, avec des creux dans les services communautaires, un appui irrégulier de la part des professionnels de la santé et un manque d'accès aux médicaments d'ordonnance nécessaires qui seraient fournis gratuits aux patients dans un hôpital.

Une stratégie nationale pour la santé des aînés bien pensée permettrait de mieux placer les patients, de bien les traiter et d'offrir une aide appropriée aux soignants occasionnels.

2. BIEN-ÊTRE ET PRÉVENTION

Les normes modernes de soins de santé exigent qu'on examine la meilleure manière d'intégrer les soins primaires et ceux à l'hôpital dans le but d'améliorer le bien-être des Canadiens dans son ensemble et de freiner la maladie. Cette approche inclut l'examen des facteurs sociaux de la santé, dont la sécurité des revenus, le logement sécuritaire et abordable, l'accès à une nourriture saine et nutritive, les transports et le contact social. Le Canada est un pays reconnu pour la richesse culturelle de ses Premières Nations et par la diversité des origines ethniques de sa population. On doit se pencher sur ces facteurs sociaux de la santé à la lumière des besoins inhérents à cette diversité pour s'assurer que tous les aînés recevront des soins de santé optimaux. Il incombe à tous les niveaux de gouvernements d'établir des politiques publiques pour la santé en tenant compte de tous ses facteurs sociaux afin de réaliser le plein potentiel de bonne santé pour tous les Canadiens.

3. INTÉGRATION DU SYSTÈME DE SANTÉ

Comme il est noté plus haut, notre système de santé a été conçu il y a des décennies pour traiter des cas de maladies soudaines et aiguës qui pouvaient être soignées en un temps relativement court.

Les progrès de la technologie dans les interventions médicales permettent aux gens de reconnaître les nombreuses maladies chroniques qui viennent avec l'âge. Conséquemment, les aînés vivent plus longtemps et ont besoin de plus de soins, mais ils préfèrent se faire soigner chez eux ou dans un centre communautaire.

Les soins médicaux orientés vers le patient, avec des transitions plus fluides entre un traitement et un autre, doivent faire partie d'un système restructuré. Notre vision de l'avenir serait une approche collaborative, centrée sur le patient, qui engagerait un large éventail de professionnels de la santé et qui veillerait à offrir tous les besoins des patients et de leurs familles. C'est une vision qui inclut un accès égalitaire à des soins de qualité d'un bout à l'autre du pays sans distinction de culture, de langue ou d'ethnie.

4. SOINS PRIMAIRES

La priorité pour rendre le système de santé efficace et fonctionnel à l'avenir sera d'aider les aînés à rester hors des hôpitaux le plus longtemps possible. Et pour ce faire, les soins primaires seront cruciaux. Les patients âgés seront mieux servis si des soins primaires et spécialisés étaient intégrés dans un centre-base communautaire qui offre les services d'équipes interprofessionnelles et de soins palliatifs bien dotés.

5. FORMATION DES FOURNISSEURS DE SERVICES DE SANTÉ

Il y a un réel besoin de formation des fournisseurs de soins primaires, surtout en gériatrie et en gérontologie. Un sondage en 2011, du contenu des études médicales au Canada, diplômés et étudiants de premier cycle, indique que : « Il est (était) possible au Canada de terminer ses études médicales en n'ayant qu'un total de 10 heures de formation en gériatrie ». Et bien que ce chiffre ait été au plus bas sur l'éventail, il démontre le besoin de revoir le plan de cours des facultés de médecine à la lumière des changements démographiques.

Les gériatres peuvent jouer un rôle crucial dans les soins donnés aux personnes âgées. Ils peuvent s'occuper de prévention, de diagnostiquer et traiter des maladies chroniques. Ils peuvent travailler avec une équipe médicale pour prévenir la maladie, remettre sur pied au mieux une personne âgée malade, lui permettant de retourner vivre chez elle. Et pourtant un sondage mené en 2010 a révélé qu'au Canada avec une population de 32 millions d'âmes, on ne disposait que de 233 médecins spécialisés en gériatrie, alors qu'en Suède il y en avait 500 pour 9 millions de Canadiens.

Les gouvernements et autres organisations chargés d'établir les priorités pour la formation des professionnels de la santé et des auxiliaires devraient prendre les mesures pour s'assurer que le personnel soignant reçoive une formation adéquate dans l'exécution de leur travail auprès des personnes âgées, que les facultés de médecine revoient la formation des futurs médecins et les encouragent à se spécialiser en gériatrie.

6. MÉDICAMENTS D'ORDONNANCE APPROPRIÉS.

On peut dire que les personnes âgées prennent trop de médicaments : un rapport publié en Colombie-Britannique indique que près de la moitié des résidents dans des centres de santé et 45 % de ceux qui sont soignés chez eux absorbent plus de 9 médicaments différents. Un tel excès de médication peut conduire à des erreurs, à des mélanges dangereux et autres effets adverses. D'autre part, à cause de notre système fragmentaire et incomplet de financement des médicaments d'ordonnance, plusieurs aînés en Colombie-Britannique et ailleurs au Canada ne peuvent pas faire exécuter leurs ordonnances. Cela mène à une détérioration de la santé, la surmédication et même l'hospitalisation.

Pour veiller à ce que les médicaments soient universellement accessibles et prescrits de manière appropriée, l'investissement et le leadership du fédéral sont essentiels dans le développement et la mise en œuvre d'une stratégie nationale. Une telle stratégie devrait aborder l'utilisation de médicaments appropriés, les évaluer impartialement, et coordonner une approche pour l'achat de prescriptions médicalement nécessaires.

Une stratégie pharmaceutique nationale a longtemps été reconnue comme le travail inachevé de l'assurance-maladie au Canada.

7. SOINS À DOMICILE ET AIDE EN COMMUNAUTÉ

La majorité des citoyens âgés préférerait continuer à vivre chez elle aussi longtemps que possible. Les soins à domicile sont aussi une solution bien plus économique pour des soins médicaux de qualité. Malheureusement, les politiques sociales et le financement n'ont pas encore saisi cette réalité. L'accès à ce qui précède varie énormément d'une région à l'autre au Canada. Pour y parvenir, il nous faut des normes nationales pour les soins à domicile et une stratégie, financées publiquement, avec des travailleurs de la santé qualifiés et payés et avec des bénévoles à qui l'on offrira du soutien, des rabattements d'impôts et des congés pour se reposer.

8. SOINS AIGUS ET SPÉCIALISÉS

La justice et le respect de la dignité d'une personne exigent qu'on planifie correctement la transition en douceur d'une étape de soins aigus à celle de soins chroniques, avec des ressources déjà en place. Une mauvaise coordination entre ces deux situations signifie souvent des délais d'attente pour voir un spécialiste et être traité, et aboutissant sur une hospitalisation évitable. Les personnes âgées peuvent se retrouver dans un hôpital déjà surpeuplé, occupant un lit pour soins aigus par manque d'installations communautaires qui répondraient mieux à leurs besoins médicaux. Ces situations ambiguës peuvent augmenter les risques pour ces patients tout en créant un problème de lits pour les cas aigus.

Une stratégie nationale pour le soin des personnes âgées devrait aussi faciliter l'accès aux spécialistes dès que le besoin se fait sentir et faciliter pour les patients la transition entre les soins à l'hôpital, une étape intermédiaire et les soins à domicile.

9. SOINS DE LONGUE DURÉE ET AIDE À VIVRE CHEZ SOI

Comme les Canadiens vivent plus longtemps, la demande pour les soins de longue durée augmente. La plupart des personnes admissibles aux soins de santé de longue durée en résidence ont plus de 85 ans et sont frêles; elles peuvent avoir des difficultés cognitives ou autres problèmes qui nécessitent des soins spécialisés. Il y a un grand besoin d'installations pour soins de longue durée et de remplacement ou rénovations de celles déjà existantes, désuètes et qui ne répondent plus aux besoins actuels.

En Colombie-Britannique, 5 à 15 % des patients actuellement en résidence pourraient être soignés dans des centres communautaires assistés et pourraient

libérer des lits d'hôpitaux qui font défaut à ceux qui en ont vraiment besoin. Mais tous les centres de soins ne sont pas à la portée de toutes les bourses. Et même avec des subventions, les tarifs sont parfois exorbitants.

Une stratégie nationale pour les soins aux personnes âgées devrait faciliter l'accès à des résidences et à des soins à long terme de qualité, à prix abordables.

On a un urgent besoin de normes nationales pour les soins de santé, l'assurance que les installations disposent des ressources physiques et de personnel pour appliquer ces normes et un plan pour les financer.

10. SOINS PALLIATIFS

Même si l'accès aux soins palliatifs est en train de s'améliorer à travers le Canada, seulement 16 à 30 % des Canadiens et de leurs familles y ont un accès convenable. La coordination de ces soins avec une chance de guérison laisse à désirer. Souvent, la qualité et la disponibilité des soins palliatifs pour les Canadiens dépendent de leur code postal.

Une approche d'équipe comprenant une meilleure formation des professionnels de la santé et des normes nationales permettrait une meilleure utilisation des ressources actuelles et peut-être attirer plus de médecins et autres professionnels de la santé vers la gériatrie.

11. SOINS DE FIN DE VIE ET DÉCISIONS À PRENDRE EN PHASE TERMINALE

Les patients, leurs familles et les préposés aux soins hésitent à discuter franchement des arrangements et des soins avant que la mort soit imminente. La grande majorité des Canadiens ne laisse aucune directive en ce qui concerne les décisions de fin de vie ni ne désigne un représentant qui pourrait prendre des décisions à leur place. L'absence de décisions ou de préférences clairement exprimées peut conduire en fin de vie à des soins ou médications quelconques, peut-être même non désirées.

Les patients, les familles et les préposés aux soins de santé ont besoin d'aide pour discuter ouvertement des décisions de fin de vie. Quand de telles conversations ont lieu, les patients ont l'occasion d'exprimer leurs préférences en matière de soins et de lieux et l'on peut aussi éviter des interventions médicales coûteuses.

Les êtres humains méritent, par-dessus tout, à la fin de leur vie des soins professionnels appropriés, donnés avec compassion. La question complexe des soins et des décisions en fin de vie constitue une dimension faisant partie intégrante d'une stratégie nationale pour les soins aux personnes âgées.

LES MENTIONS REÇU JUSTE QUE MAINTENANT EN SOUTIEN DE UN DÉCLARATION ENTOURANT UN STRATÉGIE NATIONALE POUR LA SANTÉ DES SENIORS:

Les Participants du Table Ronde en Vancouver:

1. BC Retired Teachers' Association
2. Council of Senior Citizens' Organizations of BC
3. Canadian Association of Retired Teachers
4. BC Federation of Labour
5. Council of Advisors for the Office of the Seniors Advocate for British Columbia
6. BC Government and Service Employees' Union
7. Association of Registered Nurses of British Columbia
8. Hospital Employees Union (BC)
9. Dr. Habib Chaudhury: Chair, Gerontology Department, Simon Fraser University
10. Dr. Steven G. Morgan: Expert in Health and Pharmaceutical Policy, Professor, University of British Columbia

De l'autre côté de la Table Ronde en Vancouver:

Organisations:

11. United Senior Citizens of Ontario
12. The BC Institute of Technology Retirees' Association (BCITRA)
13. Newfoundland/Labrador Coalition of Pensioners, Retirees and Seniors Associations
14. Progressive Intercultural Community Services Society (BC)
15. Prince Edward Island Retired Teachers' Association
16. Federation of Senior Citizens and Pensioners of Nova Scotia
17. Congress of Union Retirees of Canada (CURC)
18. Metro Vancouver Cross Cultural Seniors Network
19. National Pensioners Federation
20. BC Federation of Retired Union Members (BC FORUM)
21. Retired Teachers Organization of the Nova Scotia Teachers Union
22. The Korean Canadian Women's Association Family and Social Services (ON)
23. The Retired Teachers of Ontario/ Les enseignantes et enseignants retraités de l'Ontario (RTO/ERO)
24. Disability Alliance BC
25. Quebec Provincial Association of Retired School Educators
26. Canadian Hospice Palliative Care Association
27. The Retired Teachers' Association of Manitoba
28. New Brunswick Society of Retired Teachers
29. British Columbia Old Age Pensioners Organization
30. Langley Retired Teachers' Association
31. Saskatchewan Seniors Association Incorporated
32. Quebec Association of Retired Teachers
33. C2V2 (Coalition citoyenne pour mieux vivre et vieillir: The "Citizen Coalition for living and aging") Quebec
34. B.C. Government Retired Employees' Association
35. Retired Teachers Association of Newfoundland and Labrador
36. Superannuated Teachers of Saskatchewan

Personnes:

1. Dr. Andrew V. Wister, PhD. Director, Gerontology Research Department, Simon Fraser University
2. Maurice Brewster, Director, Avalon Chapter of CARP, Newfoundland
3. Marvin Krawec, President of the Retired Teachers' Association of Manitoba
4. Don Davies, MP Vancouver Kingsway, NDP Critic for Health
5. Arthur Kube, C.M. Member of the Order of Canada
6. Judy Darcy, MLA New Westminster, BCNDP Spokesperson for Health
7. Selina Robinson, MLA Coquitlam-Maillardville, BCNDP Spokesperson for Seniors
8. Nancy Schandall, Career Nurse, Public Service Association (Retirees), Nova Scotia