

Elder Care in the Midst of the Pandemic: Moving Beyond the Rhetoric, an interview with Dr. Carole Estabrooks | Entrevue avec Dre Carole Estabrooks : les soins aux personnes âgées dans le cadre de la pandémie : aller au-delà du discours

Florence Myrick

Jacinthe I. Pepin

Follow this and additional works at: <https://qane-afi.casn.ca/journal>



Part of the [Geriatric Nursing Commons](#), and the [Higher Education Commons](#)

**Elder Care in the Midst of the Pandemic:
Moving Beyond the Rhetoric, an
interview with Dr. Carole Estabrooks**

*Interviewee: Dr. Carole Estabrooks, CM,
PhD, RN, FRSC, FCAHS, FAAN, FCAN*

*Interviewer: Dr. Florence Myrick, Co-
Editor-in Chief*

Dr Myrick: Dr. Estabrooks, on behalf of Dr. Jacinthe Pepin and myself, I would like to take this opportunity to thank you for agreeing to participate in this interview. For the purpose of context, I would also like to provide our readers with a synopsis of your background. You have been a member of the Faculty of Nursing at the University of Alberta and have been Principal Investigator of the Knowledge Utilization Studies Program since 1997, as well as the Longitudinal Pan-Canadian Translating Research in Elder Care (TREC) research program since 2007. You hold a Tier 1 Canada Research Chair in knowledge translation (in long term care) and are cross appointed in the School of Public Health, University of Alberta.

I would like to begin our interview by addressing the current context in which we find ourselves. In light of your background vis a vis your research into long-term care (LTC), I would be remiss if I did not ask your perspective on the spotlight, and not a good one, that has been shone on long-term care amidst this COVID-19 pandemic.

Dr. Estabrooks: It has not gone well, and probably the emotions I have had most often during it were anger and frustration, and at some points in the pandemic, rage. We did a report for the Royal Society of Canada in the middle of 2020 looking at long-term care and COVID-19. It was quite a comprehensive report, and what became clear was what we all already knew: that Canadian society, including our educational institutions, are profoundly ageist. They are also sexist in that

**Entrevue avec Dre Carole Estabrooks : les
soins aux personnes âgées dans le cadre de
la pandémie : aller au-delà du discours**

*Invitée : D^{re} Carole Estabrooks, CM, PhD,
RN, FRSC, FCAHS, FAAN, FCAN*

*Intervieweuse : D^{re} Florence Myrick,
corédactrice en chef*

D^{re} Myrick : D^{re} Estabrooks, au nom de la D^{re} Jacinthe Pepin et de moi-même, j'aimerais vous remercier d'avoir accepté de participer à cet entretien. Je veux premièrement offrir à nos lecteurs un aperçu de votre expérience et parcours professionnel. Vous êtes membre du corps professoral de la Faculté des sciences infirmières de l'University of Alberta. Vous êtes chercheuse principale du programme de recherche sur l'utilisation des connaissances depuis 1997 et du programme de recherche longitudinale pancanadien sur la mobilisation des résultats de recherche sur les soins aux personnes âgées (*Translating Research in Elder Care* [TREC]) depuis 2007. Vous êtes titulaire d'une chaire de recherche du Canada de niveau 1 en application des connaissances (en soins de longue durée) et vous détenez une nomination conjointe au sein de l'École de santé publique, University of Alberta.

J'aimerais débiter notre entretien en abordant le contexte dans lequel nous nous trouvons à l'heure actuelle. Compte tenu de votre expérience de recherche en soins de longue durée, je m'en voudrais de ne pas solliciter votre avis concernant les projecteurs qui ont malheureusement été braqués sur les soins de longue durée aux personnes âgées au cours de la pandémie de COVID-19.

D^{re} Estabrooks : Cela ne s'est pas passé très bien, et les émotions que j'ai le plus souvent ressenties pendant cette période furent probablement la colère et la frustration, et à certains moments de la pandémie, la rage. Nous avons rédigé un rapport pour la Société royale du Canada vers le milieu de l'année 2020 qui examinait les soins de longue durée

the work of caregiving and the work of women are profoundly undervalued. Two thirds of people in care homes are older women. And those are not wealthy older women; they are women of more modest means. Two thirds of people with dementia are women, 95% of caregivers and managers in long-term care are women. Well over 70% of the direct workforce are from other countries and cultures, (that ratio varies from province to province). For example, in Nova Scotia there is a higher proportion of people who speak English as their first language, whereas in Ontario and out west it is lower, sometimes as low as 20% depending on the area you are in. So, we find this blend of ageism and sexism and racism (as it is a highly racialized workforce) in LTC homes—exposed as it has been in other areas of society by the pandemic. In LTC most of the care is provided by unregulated workers who are among the lowest paid workers in health care with the least education and continuing education requirements, caring for the most vulnerable and complex citizens in Canada. Nursing certainly has not taken care aides (Personal Support Workers) under its wings in any kind of robust manner. These care aides do work that many think of as core fundamental nursing work. But they are not well educated or well supported. Before the pandemic, I think there were nearly 100,000 regulated nursing vacancies in the country and an equally serious but uncounted problem with this unregulated workforce.

LTC homes are often located in older buildings as well. When COVID hit, it was not surprising that in the residents in LTC, with less competent (aging) immune systems, many comorbidities, the majority with dementia—in buildings with two and often four bedrooms, not structured to resemble homes in many cases, let alone to be supportive of effective infection control practices—were vulnerable. We have the worst record internationally of deaths in LTC

et la COVID-19. Le rapport était plutôt complet, et a confirmé ce que nous savions déjà : la société canadienne, qui inclut nos établissements d'enseignement, sont profondément âgistes. Le rapport dévoilait également le sexisme, la prestation de soins et le travail des femmes étant fortement sous-évalués. Deux-tiers des personnes se retrouvant dans les foyers de soins sont des femmes d'âge avancé. Et elles ne sont pas à l'aise financièrement, leurs moyens étant assez modestes. Deux-tiers des personnes au pays qui souffrent de démence sont des femmes, comme le sont 95 % des soignants et des gestionnaires dans les établissements de soins de longue durée. Plus de 70 % de la main-d'œuvre provient d'autres pays et d'autres cultures; cette proportion n'est pas la même dans toutes les provinces. Par exemple, en Nouvelle-Écosse, la proportion de personnes dont la langue maternelle est l'anglais est plus élevée, alors qu'en Ontario et dans l'Ouest, elle est plus faible, parfois pas plus de 20 % selon les régions. Ainsi, nous retrouvons un mélange d'âgisme, de sexisme et de racisme (car il s'agit d'une main-d'œuvre fortement racisée) dans les établissements de soins de longue durée – une réalité mise en évidence par la pandémie, comme dans bien d'autres secteurs de la société. La plupart des soins de longue durée sont dispensés par des travailleurs non réglementés, qui comptent parmi les personnes les moins bien payées du secteur des soins de santé et dont les exigences en matière d'éducation et de formation continue sont les plus faibles. Ces travailleurs s'occupent de la population la plus vulnérable et complexe au Canada. Le secteur des soins infirmiers n'a certainement pas pris sous son aile les préposées aux bénéficiaires (personnel de soutien) de manière robuste. Ces préposées aux bénéficiaires se chargent du travail que bien des gens considèrent comme étant des éléments de base des soins infirmiers, mais ne sont ni hautement formées, ni soutenues dans le cadre de leur travail. Avant la pandémie, je

homes as a percentage of total country deaths, 81% in the early waves.

There are also issues in some jurisdictions with private for-profit ownership, lack of proper standards, accreditation, and regulation oversight. Although this is a heavy regulated industry, it is an odd combination of over regulation and under regulation. For example, when something untoward occurs, often the first response is to regulate heavily. They are supposed to be homes, but they are not really in many cases. We are still building small footprint high tower facilities when all the research points towards small facility living. Infection spread. In the early stages we did not have enough Personal Protective Equipment (PPE); it was funneled to the hospitals. I have heard those in homes say that *they came for it and they took it or we hid it so they couldn't find it*. There was a real sense that the hospitals were more important and that younger people were more important. Some politicians said as much.

All these issues converged. Remember that nursing homes had their origins in the 16th century Elizabethan poor law. They were almshouses and poor houses who cared for what some have called the undeserving poor in that particular class system.

I truly believe that most people do not want to hurt our older adults or see any harm come to them, but when we close the door when our loved one or someone else's is transferred to a nursing home and think that everything will be OK – that is a form of harm. We saw how harmful it has been and how shocked the public was at conditions in some nursing homes. People in the industry were sometimes not as surprised as they were devastated. It is hard for families to be advocates because they are often so crushed by the emotional and physical fatigue and burden of caring for an older adult with advancing dementia. Those burdens do not

crois qu'il y avait près de 100 000 postes d'infirmières réglementés à combler au pays; quant à la main-d'œuvre non réglementée, elle représentait un problème tout aussi grave, mais non comptabilisé.

Les établissements de soins de longue durée, d'ailleurs, se trouvent souvent dans des édifices vétustes. Il n'est pas surprenant que les résidents de ces établissements furent les plus vulnérables dès le début de la COVID, et ce, compte tenu de la faiblesse de leur système immunitaire, la présence de comorbidités, le nombre élevé de personnes souffrant de démence, l'aménagement des édifices (chambres hébergeant souvent deux et parfois jusqu'à quatre résidents) et les difficultés associées aux processus de contrôle des infections. Le Canada a les pires statistiques—à l'échelle de la planète—quant au pourcentage de décès dans les établissements de soins de longue durée par rapport au nombre total de décès au pays : 81 % lors des premières vagues.

Dans certaines juridictions, les établissements privés à but lucratif, ainsi que l'absence de normes adéquates, d'accréditation et de surveillance réglementaire, sont également problématiques. Et bien que ce secteur soit extrêmement réglementé, il présente tout de même une combinaison curieuse de réglementation excessive et de réglementation insuffisante. Par exemple, lorsque survient un incident fâcheux, la première réaction est souvent de réglementer de manière stricte. Ces établissements étaient censés être des résidences—ou des « foyers » — mais la plupart ne le sont pas vraiment. Nous continuons à construire des tours élevées de faible emprise au sol, même si les études démontrent les bienfaits de plus petits milieux de vie. Ces établissements étaient des environnements propices à la propagation des infections. En début de pandémie, nous n'avions pas suffisamment d'équipement de protection individuelle (EPI) puisque cet équipement était le plus souvent envoyé aux

improve just because you put your loved one in a nursing home. Alternatively, we have some people who say, “well we should not have nursing homes anymore,” but unless we cure dementia and aging, it is unlikely that we will not need places of care toward the end of life for those in these circumstances. Dementia is a life-limiting, a terminal disease, and eventually the needs of the person with advancing dementia overwhelm the community and the family.

So those were some of the preconditions. We sat down as a Royal Society working group and said well, we cannot make 500 recommendations, we cannot write a 500 page report. This has to be achieved in a reasonable amount of time so it can be placed on policy and political desks, be discussed and we hoped become part of decision-making. We could not boil the ocean so to speak. If there was one thing we could do, though there are many things that needed to be done, what would it be? We said without hesitation the *workforce*; the workforce must be addressed. But the workforce was not fixed when the pandemic started, and it is not fixed now. In fact, in some ways it is worse. A now weakened workforce is exhausted and hurting, they are sick, and our shortages are worse.

So, what do I think about the pandemic and long-term care? I think it is a national shame that in 2020, in the early waves, that Canada had the highest death rate among total COVID deaths in nursing homes of any country in the world. 81% of our total country COVID deaths happened in long-term care. It raises really important questions. Canada is a high income, high quality of life country with enormous resources – despite what we might think – relative to other countries. How did we let that happen? How did we just walk away and say they are old and we will put them in

hôpitaux. J’ai entendu des membres du personnel des établissements dire « Ils sont venus chercher notre EPI » ou « Ils le voulaient, mais nous l’avons caché ». Il y avait un sentiment palpable que les hôpitaux et les plus jeunes étaient privilégiés. Certains politiciens l’ont même avoué.

Toutes ces questions ont convergé. N’oublions pas que l’origine des résidences de soins remonte aux lois sur les pauvres promulguées en Angleterre au XVI^e siècle. Il s’agissait à l’époque d’aumôneries et de refuges qui prenaient soin de ce que certains ont appelé les pauvres non méritants dans ce système de classe particulier.

Je crois sincèrement que la plupart des gens ne souhaitent aucun mal aux personnes âgées, mais lorsque nous inscrivons nos proches ou ceux d’autrui dans un centre de soins de longue durée en croyant que tout ira bien, cela est déjà un préjudice. Nous avons constaté les préjudices envers les aînés, et la population n’en revenait pas des conditions dans certains centres de soins. Les intervenants étaient, pour la grande majorité, plus dévastés que surpris. Il est difficile pour les familles de défendre les intérêts de leurs proches car elles sont démunies face la fatigue affective et physique et le fardeau que représente la prise en charge d’une personne âgée atteinte de démence avancée. Ce fardeau n’est pas allégé du fait que les proches soient placés dans un centre de soins de longue durée. Par ailleurs, il y a des gens qui affirment que nous ne devrions plus avoir des centres de soins de longue durée, mais à moins de guérir la démence et d’autres maladies liées au vieillissement, nous aurons toujours besoin de lieux de soins en fin de vie pour les personnes atteintes. La démence est une maladie qui limite la durée de vie, qui est terminale, et les besoins de la personne atteinte de démence avancée finissent par dépasser les capacités de la communauté et de la famille.

Ceci décrit en partie la situation. Nous nous sommes réunis au sein du groupe de travail de

homes and we won't have to worry anymore? What did we not do?

I think it is an issue for the public, but I would not let health professions off the hook. Most professional schools are profoundly ageist. Why is nursing not at the head of the health professions in leading the charge to develop aging specializations and a much more thorough gerontological foundation in undergraduate curricula? There are some very strong advocates, sprinkled throughout the country, but why have we not systematically taken up the mantle? It is not as if it is a secret that the population is aging rapidly. Our Canadian demographic profile was baked in over a 100 years ago, and the epidemiology of disease is clear – dementia has no cure or effective treatment at present and aging is its biggest risk factor, we are getting old rapidly and the older we get and the more structural and systemic inequities and non-health promoting features in our society, the more we experience a high chronic disease burden. Combined with the population structure, there is an endless—for our lifetimes and many generations to come—set of issues that will need attention with respect to older adults. This is a growth industry. I do get frustrated, but it is not specific to any one group, jurisdiction, province, or government. All provincial and federal governments have shared equally in their benign and not so benign neglect of older adults over the last 150 years. Yes, it is better for older adults now, but if you are old, and you have not been a professional with a good pension, try living on Old Age Security alone. Lots of older women do not have Canadian Pension Plan; try living on \$900 a month. There are issues built into society that go back to the social determinants of health, issues around education, poverty, shelter, food, justice, freedom from violence, and all of those things. I am encouraged by the work I see people doing around the country.

la Société royale et constaté que nous ne pouvions ni émettre 500 recommandations ni rédiger un rapport de 500 pages. Nous devons atteindre notre objectif dans un délai raisonnable afin d'alimenter les politiques, les élus et, nous l'espérons, faire partie des décisions. Nous ne pouvions pas dépasser ce cadre assez restreint. Face aux nombreuses exigences, quel enjeu fallait-il cibler avant tout autre? Notre réponse fut immédiate : la main-d'œuvre. C'était là que nous devons concentrer nos efforts. Mais cette main-d'œuvre, elle était déficiente en début de pandémie, et elle l'est toujours actuellement. Certains diraient même que la situation s'est empirée depuis. Cette main-d'œuvre désormais affaiblie est exténuée, et les pénuries s'aggravent.

Alors, mes pensées au sujet de la pandémie et les soins de longue durée? Je trouve cela une honte nationale qu'en 2020, lors des premières vagues, le Canada avait le taux de mortalité le plus élevé parmi le nombre total de décès dus à la COVID dans les centres de soins de longue durée de tous les pays du monde. Ce sont 81 % des décès en lien avec la COVID-19 qui étaient des décès en établissements de soins de longue durée. Ceci soulève des préoccupations majeures. En comparaison à d'autres pays, le Canada est un pays à revenu élevé, à qualité de vie élevée et doté d'énormes ressources, malgré ce que l'on peut penser. Comment avons-nous laissé cela se produire? Comment avons-nous pu délaissier ces personnes en disant qu'elles étaient vieilles et qu'il valait mieux les enfermer dans des centres de soins de longue durée pour ne plus s'en inquiéter? Qu'est-ce que nous avons négligé de faire?

J'estime que c'est là un enjeu pour le public, mais je ne laisserais pas les professions de la santé s'en tirer à bon compte. La plupart des milieux de formation professionnelle sont profondément âgistes. Pourquoi la profession infirmière n'est-elle pas la chef de file parmi les professions de la santé pour orienter le

I am encouraged by some of what I see governments and regions endeavouring to do, *but we have a window here and it is not going to be open for long*. We need to walk through it and establish enough so that we have traction to be able to take on what is going to be at minimum a 10-year effort to initiate a root and branch transformation in LTC. It needs overhaul. It is not going to happen with one report or with one piece of legislation. It is going to take sweat equity and it is going to take people who are now young to be there when those of us who are older exit the active scene.

Dr. Myrick: In 2020, you led the *Restoring Trust: COVID-19 and The Future of Long-term Care* report. What do you think has to be done to restore the public trust in those involved in the provision of long-term care?

Dr. Estabrooks: We have to, at minimum, resolve the workforce issues. During the pandemic I have heard staff talking about coming onto a ward of 50 people with only two care givers. Well, that is not going to work. We have to address the workforce from education and regulation and to hours of care and skill mixes and levels. Pre-pandemic, the highest hours of direct care in the country were something like 3.37 per 24 hr per resident. The recommendation from the United States **in 2001** indicated that to have safe care, you need a minimum of 4.1 hours. And in 2021 we were still below four. Provinces are trying to respond but the highest recommendation of which I am aware is 4.5 hours in Alberta. That is probably woefully inadequate, but it is a start and it could be a game changer if we can reach it. The most complex people in the system, the most frail, the most challenging, the people who most need a really robust palliative approach to care, well they matter so little that we think less than 4 hr of care in 24 most of it provided by an occupation group that is not regulated or adequately supported by an accompanying regulated

développement de spécialisations sur le vieillissement et d'assises gérontologiques beaucoup plus approfondies pour les programmes d'études de premier cycle universitaire? Il y a partout au pays de très solides défenseurs de cette cause, alors pourquoi n'avons-nous pas systématiquement pris le flambeau? Ce n'est pas comme si nous n'étions pas au courant que la population vieillit rapidement. Le profil démographique canadien n'a pas changé depuis plus de cent ans, et l'épidémiologie de la maladie est claire —la démence n'a pas de remède ou de traitement efficace à l'heure actuelle, et le vieillissement en est le principal facteur de risque. Nous vieillissons rapidement, et plus nous vieillissons, plus les inégalités structurelles et systémiques et les caractéristiques défavorables à la santé sont nombreuses dans notre société, plus nous sommes confrontés à une charge élevée de maladies chroniques. En ajoutant à cela la structure de la population, nous constatons qu'il y a une série infinie de problèmes ayant trait aux personnes âgées auxquels les générations actuelles et futures devront prêter attention. Ceci est une industrie en pleine croissance. Je suis souvent frustrée, mais les problèmes ne touchent pas qu'un seul groupe, une seule juridiction, une seule province ou un seul gouvernement. Tous les gouvernements provinciaux et fédéraux ont pris part de manière égale à la négligence, bénigne ou non, des personnes âgées au cours des 150 dernières années. Oui, la vie est plus facile pour les aînés de nos jours, mais si vous êtes âgé et n'avez pas bénéficié d'une situation professionnelle pourvue d'une bonne pension de retraite, vous aurez du mal à joindre les deux bouts uniquement avec la prestation de la Sécurité de la vieillesse. Beaucoup de femmes plus âgées n'ont pas de prestations du Régime de pensions du Canada. Imaginez devoir vivre avec 900 \$ par mois? Ces problèmes de société ont leurs racines dans les déterminants sociaux de la santé, les problèmes touchant

workforce is going to work. And the multiple cultural groups working in LTC need a variety of supports tailored to their unique needs. In some jurisdictions we remove RNs and put LPNs in and that may be appropriate, **but we do not evaluate it** so we never really know. We do not have any good science in Canada (and little elsewhere) that explains what constitutes a reasonable combination of RN, NP, LPN, care aid, physio, OT, speech, social work, and pastoral care. It really truly takes a (complex) village to ensure that these older adults—who have built the country as we all like to say—have good quality at the end of life, so that we don't just add years to life. We add life to years.

Janice Keefe in Nova Scotia ran an important project called Salty: Seniors Adding Life to Years that really tried to hammer the point that it is *quality of life* that matters. Dot Pringle has been saying for decades that it is not about quality of life as you and I understand it, because we have a sense of temporality, a sense of time that is missing for older adults with dementia—it is about *quality moments*: moments of joy, moments of pleasure, moments of laughter, moments where the ice cream tastes good, where you touch an animal, where you are touched by another person, where you are not in a wheelchair, where you are in the sunshine, just moments... stacked up to make a good life at the end of life. I do not know how many moments it takes to make a good quality of life at the end of life, but it takes more than a couple of moments a week. It takes this village working with families and the older adults to create these environments. If you have good staffing and a good work environment and good teamwork, you can give excellent care even in an old building. It is not as easy, and it is not as good, but you can do it. Of course it is better if you have people in a built environment that is suitable for people with dementia, with small neighborhood living, where the food is not

l'éducation, la pauvreté, le logement, la nourriture, la justice, la possibilité d'être à l'abri de la violence et toutes ces choses. Les initiatives de personnes de partout au pays m'encouragent.

Je suis aussi encouragée par certains des efforts déployés par les gouvernements et les régions. *Nous avons actuellement la possibilité d'agir, mais cela ne durera pas longtemps.* On doit s'y mettre dès à présent afin de se donner l'élan nécessaire pour entreprendre ce qui sera au minimum un effort de dix ans pour initier une transformation en profondeur des soins de longue durée. Le système doit être rebâti. Un seul rapport ou un seul texte de loi ne suffira pas. Cela va demander des efforts soutenus, et il faudra que la relève soit présente lorsque ceux d'entre nous qui sont plus âgés quitteront la scène active.

D^{re} Myrick : En 2020, vous étiez à la tête du rapport *Rétablir la confiance : La COVID-19 et l'avenir des soins de longue durée*. À votre avis, que faut-il faire pour rétablir la confiance du public dans les personnes qui dispensent les soins de longue durée?

D^{re} Estabrooks : Nous devons, à tout le moins, répondre aux besoins de main-d'œuvre. Lors de la pandémie, j'entendais des employés parler d'arriver sur leur quart de travail et de n'être que deux personnes sur une unité hébergeant cinquante personnes. C'est certain que ce n'est pas suffisant. Nous devons nous pencher sur divers enjeux concernant la main-d'œuvre dont la formation, la réglementation, le temps consacré aux soins et les agencements et niveaux de compétences. Avant la pandémie, les heures de soins directs les plus élevées du pays étaient de l'ordre de 3,37 heures par jour par résident. Les États-Unis, **en 2001**, ont émis une recommandation à l'effet que des soins sécuritaires exigeaient un minimum de 4,1 heures de soins directs par résident. Et en 2021, nous en sommes toujours à moins de 4 heures. Les provinces tentent de

cooked in some place 3000 miles away and shipped in frozen and then reheated until you cannot recognize it.

The workforce needs to be addressed and the physical infrastructure needs to be addressed, these will take operating and capital investment over time. We need to evaluate these small living environments to determine whether we can find a sweet spot for size that is economically viable and also provides a more homelike environment. Nursing homes are supposed to be *homes*. Indeed, when you go there it is for the last act. Whether it is six months or nine months or 12 or 36 or whatever it is. It will be shorter than it used to be because older adults come to long term care much later in the trajectories of their dementia and other chronic diseases. In part due to successful aging in place policies in some jurisdictions.

We really have to look carefully at standards and regulation in a sensible way. We do need national standards, which are being developed right now. But there will need to be resources so that people can meet standards. There must also be consequences for not meeting standards. We have to look at finances; people think if you go to a nursing home everything is free, but that is not the case. You have to pay for dental, if you can even access it; you have to pay for eye and ear care, if you even access it. There are multiple things for which you are financially responsible in many provinces. You have to leave people \$200 a month in many cases for incidentals. Well, you can't buy too much with \$200 a month in terms of those services, especially if you have just had to buy 2 pair of hip protectors. You have to bring the services accessible *to* the older people; you cannot expect an old person with severe dementia who has a severe dental problem to travel to the dentist (if you could even find a dentist willing to wee them). You

réagir, mais la recommandation la plus élevée dont j'ai connaissance est de 4,5 heures en Alberta. Il y a lieu de penser que cela est nettement insuffisant, mais c'est un début et cela pourrait changer la donne si nous y parvenons. Les personnes aux prises avec les situations les plus complexes et difficiles, celles qui sont les plus fragilisées, celles ayant le plus grand besoin d'une approche de soins palliatifs robustes – ces personnes comptent si peu que nous croyons que quatre heures de soins sur vingt-quatre, dispensées par des travailleuses qui ne sont pas réglementées ou qui ne sont pas accompagnées de façon adéquate par une main-d'œuvre réglementée, suffisent. Et les multiples groupes culturels qui travaillent en soins de longue durée ont des besoins de soutien variés adaptés à leurs besoins particuliers. Dans certaines juridictions, nous remplaçons les infirmières par des infirmières auxiliaires, ce qui peut être approprié, **mais puisque nous n'effectuons pas d'évaluation**, nous ne savons jamais vraiment ce qu'il en est. Nous ne disposons pas de données scientifiques fiables au Canada (et peu ailleurs) qui expliquent ce qui constitue un agencement raisonnable d'infirmières, d'infirmières praticiennes, d'infirmières auxiliaires, de préposées, de professionnelles en ergothérapie, en physiothérapie, en audiologie, en travail social, ainsi qu'en soins pastoraux. Cela prend vraiment un village, complexe, pour s'assurer que ces personnes âgées – qui ont contribué à l'essor du pays comme nous nous accordons à le dire – ont une bonne qualité de fin de vie, de sorte que nous ne nous contentons pas d'ajouter des années à la vie. Nous ajoutons plutôt de la vie aux années.

Janice Keefe, en Nouvelle-Écosse, a dirigé un projet important appelé « Salty: Seniors Adding Life to Years » qui a beaucoup insisté sur le fait que c'est *la qualité de vie* qui compte le plus. Dot Pringle dit depuis des décennies qu'il ne s'agit pas de la qualité de vie telle que vous et moi l'entendons, parce que nous avons

have to bring services in, so we have to seriously look at finances and services.

We need to look into intergenerational living. If you have had a mother or a father in a nursing home, it is not uncommon for them to say, and my own mother certainly said it, “The people here are *so old*.” Well, why do we suppose they say this? Because they have dementia? Or maybe all of their lives they lived in a community with babies, little children, adolescents, young adults, middle adults, seniors. Then all of a sudden, they find themselves in a nursing home with really old people (average age in ~85) – well yes everybody will look *so old*. We know that there is research that supports intergenerational living. We need to bring, in a thoughtful way, things from people’s lives into nursing homes, like their pets, their gardens, their music ... the things that have mattered to them. We need good mental and emotional health support for residents.

We also need to have mental health, well-being, and resilience support for the staff. They were already under duress pre-pandemic. We have just completed a large study and have been reviewing early data, and I can tell you, things do not look good. The staff is under measurable, quantifiable degrees of duress. Managers in particular, but managers, nurses, care aids, everybody. We need employee assistance programs that are tailored for different groups. What a Canadian manager with a master’s degree needs is different than what a care aid who immigrated three years ago needs. Let us look at the racial, cultural, educational, and age makeup of our workforces and co-design meaningful employee assistance programs.

We also need to deal with legislation. Much of our legislation around nursing homes and long-term care is dated. We need thoughtful legislation that is flexible enough that we can manage without being constrained, and we need to explore a national framework. Long-

un sens de la temporalité, un sens du temps qui fait défaut aux personnes âgées atteintes de démence. Il s’agit plutôt de *moments de qualité*, de joie, de plaisir et de rire. Ces moments où la crème glacée goûte bon, où l’on se plaît à flatter un animal de compagnie, où un geste inattendu de la part d’autrui vous émeut, où vous n’êtes pas emprisonné dans un fauteuil roulant, où vous vous prélassiez au soleil... Des moments qui s’ajoutent les uns aux autres pour rehausser la qualité de vie en fin de parcours. Je ne sais pas combien de moments sont nécessaires pour atteindre une bonne qualité de vie en fin de vie, mais c’est sûrement plus que quelques moments par semaine. Cet environnement nous pouvons le créer si nous travaillons de concert avec les familles et les personnes âgées. Si le personnel est excellent, le milieu de travail positif et l’équipe attentionnée, il est possible d’offrir d’excellents soins même dans un vieil édifice. Ce n’est pas aussi facile, et peut-être un peu moins bien, mais c’est tout de même possible. Bien sûr, c’est mieux si les personnes atteintes de démence peuvent jouir d’un environnement bâti adapté et d’une vie de petit voisinage, si la nourriture qu’on leur sert n’est pas préparée à 5 000 kilomètres de là et expédiée en formats surgelés avant de devenir méconnaissable quand elle est réchauffée.

Les besoins en main-d’œuvre et en infrastructures physiques devant être abordés nécessiteront des fonds de fonctionnement et d’immobilisation au fil du temps. Nous devons évaluer ces petits milieux de vie afin de déterminer quelle superficie leur permettrait d’être à la fois efficaces sur le plan financier et accueillants pour les résidents. Les résidences de soins de longue durée devraient être des foyers, des maisons, des chez-soi. En fait, ils sont la dernière résidence avant la mort, que ce soit pour 6 mois, 9 mois, 12 mois ou des années. Le séjour sera plus court qu’auparavant car les personnes âgées ont recours aux soins de longue durée beaucoup plus tard au cours de la trajectoire de leur

term care is not under the Canada Health Act. It is nowhere; you have heard the premiers say very sharply that it is a provincial jurisdiction, stay out of my backyard. Well, that did not go so very well. Should long-term care be part of the Canada Health Act? Some people say it should, others say there should be a separate long-term care act or framework, but we need something nationally. When you go to see a doctor in New Brunswick, you can expect more or less a similar kind of experience to what you would receive in BC. There is some consistency. There is not, however, that kind of portability, public administration, and all the pillars of the Canada Health Act available to long-term care. We really need to address this set of circumstances now. I would submit that jurisdictional squabbling among the federal government and provinces (a long-standing Canadian feature) during the pandemic was particularly counterproductive. I do think that most provinces and the federal government, somewhere in their hearts, dark or enlightened, want to fix the situation in long-term care. But, to date we have not been able to succeed. The federal government will have to put more transfer payments in place, and I think it's appropriate for them to require accountability for those transfer payments, although the provinces do not favor such accountabilities. Somewhere between those two solitudes, there is a solution.

There are many other issues some of which I have touched on that we need to address. We will also need to address charter rights, human rights with respect to confinement and isolation. We have implemented draconian isolation policies during the pandemic, and we are now seeing the research emerge that it cost lives. What was acceptable for children was somehow different for older adults. A single family member of close support can, with proper

démence ou autres maladies chroniques. Cela est dû en partie aux politiques dans certaines juridictions qui permettent aux personnes âgées de recevoir des soins chez elles.

Nous devons examiner les normes et la réglementation d'une manière sensée et attentive. Il est important d'avoir des normes nationales, qui sont d'ailleurs en cours de développement. Mais respecter ces normes va exiger des ressources. Il doit aussi y avoir des conséquences lorsque les normes ne sont pas respectées. Il faut également considérer l'aspect financier; certains croient que tout est gratuit dans un centre de soins de longue durée, ce qui n'est pas le cas. Il faut payer pour les soins dentaires et les soins des yeux et des oreilles, si tant est qu'il soit possible d'y avoir accès. Il y a bon nombre de choses qui ne sont pas gratuites, et ce, dans plusieurs provinces. Dans de nombreux cas, il est nécessaire de déboursier 200 dollars par mois pour les frais accessoires. On ne peut pas acheter grand-chose avec 200 dollars par mois en termes de services, surtout si l'on vient d'acheter deux paires de protecteurs de hanches. Il faut rendre les services accessibles aux personnes âgées sur place; vous ne pouvez pas attendre d'une personne âgée atteinte de démence et ayant un grave problème dentaire qu'elle se rende chez le dentiste (même si vous parvenez à trouver un dentiste qui accepte de la recevoir). Il faut faire venir ces services, ce qui nous oblige à examiner sérieusement les finances et les prestations.

Nous devons nous pencher sur la vie intergénérationnelle. Il n'est pas rare d'entendre un parent qui vit dans un centre de soins de longue durée dire, comme l'a fait ma propre mère : « Les gens ici sont si vieux ». Pourquoi pensez-vous qu'ils font ce commentaire? Parce qu'ils souffrent de démence? Ou, peut-être parce qu'ils ont toujours vécu dans une communauté, entourés d'enfants, de jeunes, d'adolescents, de jeunes adultes, d'adultes un peu plus vieux, et d'aînés? Puis, tout à coup, ils se retrouvent

instruction, use PPE, wash their hands, keep their bubble small and, visit their loved one. Since early 2021, they can be vaccinated and they can in addition self-test for COVID.

We had many direct care staff say that it was excruciating to isolate residents; when residents would say ‘why are you punishing me?’ ‘Why are you hurting me?’ ‘What have I done’ I understand we needed strong public health measures and that in the early months we might have been expected to react more harshly especially pre vaccine, but to die alone in some kind of solitary confinement? We also have to ask, how do we engage families better? How much care were families giving? We rely so heavily on volunteer care which is a form of labour that governments tend to ignore because it is not reflected on their ledgers, but informal care is a huge part of the health economy in Canada. We would collapse without it, so there is not an easy answer.

In the aftermath of this tragedy let us start thinking about principles that are really core to being a Canadian and talk about our social safety net. It was not just LTC where COVID put harsh floodlights on marginalization and inequity. We really need to look seriously as a nation at our values with respect to “who counts”? The measure of a society can be found in how it treats its very young, it’s very old, and those in the twilight of life. And we have not done so well in terms of the measure of our society. From our core values flow all sorts of actions in which professions, the public, and institutions should be engaging.

Dr. Myrick: If you could, with your knowledge and experience, provide readers with any examples of situations in which there are positive experiences occurring in long-term care institutions.

Dr. Estabrooks: There are lots of areas of excellence across the country. There are about 2000 long-term care homes in Canada,

dans une résidence où n’habitent que des personnes très âgées (ayant en moyenne 85 ans)—bien sûr que tout le monde a l’air vieux. Nous savons qu’il existe des études qui appuient la vie intergénérationnelle. Nous devons apporter, de manière réfléchie, des éléments de la vie des gens dans les résidences de soins, comme leurs animaux de compagnie, le fruit de leurs jardins, leur musique et ainsi de suite, c’est-à-dire, les choses qui ont compté pour elles. Ces résidents ont besoin de soutien au niveau de leur santé mentale et émotionnelle.

Les membres du personnel ont aussi besoin de soutien pour promouvoir leur santé mentale, bien-être et résilience. Imaginez, ces personnes étaient déjà stressées avant la pandémie. Nous venons de terminer une vaste étude et nous avons examiné les premières données, et je peux vous dire que les choses ne semblent pas bien aller. Le personnel est soumis à des contraintes mesurables et quantifiables; souvent les gestionnaires, mais aussi les infirmières, les préposées, tout le monde. Nous avons besoin de programmes d’assistance aux employés qui soient adaptés à différents groupes. Les besoins d’un cadre canadien titulaire d’une maîtrise sont différents de ceux d’une aide-soignante qui est arrivée au pays il y a trois ans. Examinons la composition de nos effectifs en termes de race, de culture, d’éducation et d’âge, et concevons ensemble des programmes d’aide aux employés qui répondent aux besoins.

Nous devons aussi considérer l’aspect législatif. La plupart des lois traitant des résidences pour personnes âgées et des établissements de soins de longue durée ne sont plus pertinentes. Nous avons besoin d’une législation réfléchie mais suffisamment souple pour allouer une gestion sans contrainte, et nous devons examiner les possibilités d’un cadre national. Les soins de longue durée ne sont pas considérés dans la *Loi canadienne sur la santé*. Nulle part. Vous avez entendu les premiers ministres dire très

and excellence happens in many of them, but it varies.

I am aware of a Calgary home that is culturally based. And others in other cities in Alberta and elsewhere that are highly mission driven, where it is about values. One must start with values and core beliefs and then live them and express them in actions – any examples I can think of are characterized by outstanding leadership at the top but also equally importantly where the care happens, middle and front-line managers and supervisors, charge nurses and other informal leaders. Leadership is absolutely fundamental. Yet we pay almost no attention to leadership in long-term care. Leading, managing, and working in LTC is complex, and demanding, and it is a rewarding place and should never be thought of as a poor cousin to acute care. Leadership is about having values and finding ways to act on them; it requires support from the organization.

LTC and its residents and workers are so very complex. For example, residents bring with them their histories, for example histories of traumatic stress be they from war, domestic abuse, a first responder, living through a natural disaster, experiencing a traumatizing hospitalization, or having lived through severe childhood trauma or neglect. One's seemingly successful ability to manage these can and often does change radically when experiencing advancing dementia and the realities of institutional living with all of its challenges. But we do have widespread awareness or implementation of trauma informed aged care frameworks? A few institutions such as Baycrest have developed these out of necessity, e.g., large numbers of older adults who survived the Holocaust. But this should be everywhere. And this is but one example.

Dr. Myrick: The question I would like to finish with is, what can we in nursing

clairement : « Il s'agit d'une compétence provinciale, ne vous en mêlez pas ». Eh bien, ça ne s'est pas très bien passé. Les soins de longue durée devraient-ils être couverts dans la *Loi canadienne sur la santé*? Certaines personnes pensent que oui et d'autres disent qu'il devrait y avoir une loi ou un cadre séparé pour les soins de longue durée, mais nous avons besoin de quelque chose au niveau national. Lorsque vous consultez un médecin au Nouveau-Brunswick, vous pouvez vous attendre à une expérience comparable à celle que vous auriez en Colombie-Britannique. Il y a une certaine cohérence. En revanche, les soins de longue durée ne bénéficient pas de la transférabilité, de l'administration publique et de tous les piliers de la *Loi canadienne sur la santé*. Nous devons faire face à cet ensemble de circonstances dès à présent. À mon avis, les querelles de compétences entre le gouvernement fédéral et les provinces (une caractéristique canadienne de longue date) pendant la pandémie ont été particulièrement contre-productives. Je crois qu'au fond la plupart des gouvernements provinciaux et le gouvernement fédéral, aussi éclairés ou peu éclairés soient-ils, désirent régler la situation des soins de longue durée. Mais, à ce jour, nous n'avons pas été en mesure d'aller de l'avant. Le gouvernement fédéral devra mettre en place davantage de paiements de transfert. Exiger des comptes pour ces paiements me semble approprié, même si les provinces ne sont pas favorables à de telles mesures. La solution se trouve quelque part entre ces « deux solitudes ».

Il y a beaucoup d'autres questions, dont certaines que j'ai évoquées, auxquelles nous devons nous attaquer. Nous aurons également besoin d'aborder les droits garantis par la Charte, et les droits de la personne en ce qui concerne le confinement et l'isolement. Nous avons mis en place des politiques d'isolement draconiennes lors de la pandémie et des études constatent aujourd'hui que cela a coûté des vies. Ce qui était acceptable pour les enfants

education do to contribute to ensuring a more positive experience in long-term care.

Dr. Estabrooks: We should do the same thing for aging as we are doing for equity, diversity and inclusivity (EDI) work in this country. If nursing faculties and schools do not sit down and examine our attitudes, values, and beliefs toward old people and how those are reflected in our curricula and our practices, we are not going to get anywhere. We need to have explicit educational experiences and instruction, and self-learning about aging and we need to examine our placements. For example, closely examining whether we should send novice first year students to care for the most frail, vulnerable, and complex clients in an environment where 90% of the care is carried out by an unregulated workforce. We need to develop a different kind of supervised clinical experience, for example, one that is directly supervised by geriatric nursing experts in collaboration with the care aides within the context of long-term university-LTC relationships. Indeed, we have a deep ethical responsibility to do so.

We have to rethink the issues. If geriatric care is not clearly reflected in all years of undergraduate curricula and in the research programs that should feed the curricula, we are missing the boat. And why do we not have NP-PhDs in this country? Why not have clinician scientists? Imagine the impact over time! Imagine how students would gravitate toward such a combination of practice and research. We need to work with our funders and supporters to really emphasize scholarships, fellowships, tuition support and recruitment for people interested in meaningful careers in aging. We need to engage the people on our campuses who are conducting research and collaborate more. Over 70% of people in hospitals are older adults. We need to help students understand that inevitably they will be taking care of older adults in all settings from acute care to

ne l'était pas forcément pour les personnes âgées. Un seul membre de la famille d'un proche peut, avec des instructions appropriées, utiliser les EPI, se laver les mains, maintenir une petite bulle et rendre visite à son proche. Depuis le début de l'année 2021, les personnes peuvent se faire vacciner; de plus, elles peuvent effectuer un test d'autodépistage de la COVID-19.

De nombreux membres du personnel soignant nous ont dit qu'il était atroce d'isoler les résidents. Ces derniers leur disaient : « Pourquoi me punissez-vous? Pourquoi me faites-vous mal? Qu'ai-je fait? » Je comprends que nous devons prendre des mesures de santé publique strictes et qu'au cours des premiers mois, on aurait pu s'attendre à ce que nous réagissions plus durement, en particulier avant la vaccination, mais de là à mourir seul dans une sorte d'isolement... Nous devons également nous demander comment mieux impliquer les familles. Combien d'aide les familles offraient-elles? Nous dépendons énormément des soins bénévoles, une forme de travail que les gouvernements ont l'habitude d'ignorer parce qu'elle ne figure pas dans leurs bilans, mais les soins informels représentent une part importante de l'économie de la santé au Canada. Sans l'apport des bénévoles, tout croulerait. Il n'y a donc pas de réponse facile.

À la suite de cette tragédie, commençons à réfléchir aux principes qui sont au cœur de l'identité canadienne et parlons de notre filet de sécurité sociale. Ce n'est pas seulement dans le domaine des soins de longue durée que la COVID a mis en lumière la marginalisation et l'inégalité. En bout de piste, qui parmi nous compte vraiment? Voilà la question qui nous occupe, et pour y répondre nous devons examiner nos valeurs comme Canadiens. La grandeur d'une société se mesure à la façon dont elle traite les plus jeunes, les plus vieux et ceux au crépuscule de la vie. Sur ce plan, notre société ne s'en tire pas très bien. De nos valeurs fondamentales découlent toutes sortes

community care. What tools do they need? From both the health and social sciences, we must prepare students not only for the social dimensions of aging. We teach students those children are not just little adults. Old people are not just wrinkly adults. We should have a national *operation bootstrap* type of initiative—I really think it is going to take a widespread effort by all schools and faculties to achieve the necessary growth to catchup and then lead. And, of course, we need to find ways to ensure that nursing is absolutely in the lead pack, whether it is policy or clinical or social or community or public health. We have such a capacity to be leading and we do not have enough voices out there. I am not a dean, and I am not a director so it is easy for me to talk, but I find it odd that more schools of nursing do not just hang out a sign and say, “We’re a center of excellence for aging education and research in Canada.”

Dr. Myrick: Well, Dr. Estabrooks, I think you have given our readers much to think about. Once again, I want to thank you for agreeing to this most enlightening and timely interview.

d’actions que les professions, le public et les institutions doivent entreprendre.

D^{re} Myrick : Pourriez-vous, grâce à vos connaissances et expérience, fournir aux lecteurs des exemples de situations et d’expériences positives au sein des établissements de soins de longue durée?

D^{re} Estabrooks : Il y a quand même des zones d’excellence un peu partout au pays. Il y a à peu près deux mille établissements de soins de longue durée au Canada, dont bon nombre font preuve d’excellence, mais cela varie.

Je connais une résidence à Calgary qui est axée sur la culture. D’autres résidences ailleurs en Alberta et au pays sont très centrées sur leur mission qui reflète leurs valeurs. Il faut commencer par les valeurs et les convictions fondamentales, puis les animer par des actions concrètes. Tous les exemples qui me viennent en tête sont menés par des leaders d’exception mais aussi, ce qui est tout aussi important pour la prestation de soins, par des gestionnaires et des superviseurs intermédiaires et de première ligne, par des infirmières-chefs et par d’autres responsables informels. Un leadership efficace est essentiel. Pourtant, nous accordons si peu d’attention au leadership dans les soins de longue durée. Le leadership, la gestion et le travail dans le domaine des soins de longue durée sont des processus complexes et exigeants – il s’agit là d’un milieu enrichissant qui ne devrait jamais être considéré comme un parent pauvre du secteur des soins aigus. Le leadership, c’est avoir des valeurs et trouver les moyens, incluant le soutien de l’organisation, de les mettre en œuvre.

Les établissements de soins de longue durée, leurs résidents et leurs travailleurs sont tellement complexes. Les résidents amènent avec eux leur histoire, par exemple leur histoire de stress traumatique vécu en raison, disons de la guerre, de la violence conjugale, d’une intervention de premier répondant lors d’une catastrophe naturelle, d’une

hospitalisation traumatisante ou d'épisodes de traumatisme ou de négligence durant l'enfance. La capacité apparente d'une personne à gérer ses antécédents peut changer radicalement, comme c'est souvent le cas, lorsqu'elle est confrontée à une démence avancée et aux réalités de la vie en institution avec tous les défis que cela entraîne. Mais les cadres de soins pour personnes âgées tenant compte des traumatismes existent; sont-ils largement connus et mis en œuvre? Quelques institutions comme Baycrest les ont développés par nécessité, par exemple, pour le grand nombre de personnes âgées qui ont survécu à l'Holocauste. Cette façon de faire devrait être répandue. Ceci n'est qu'un seul exemple parmi tant d'autres.

D^{re} Myrick : Pour conclure cet entretien, permettez-moi de vous poser la question suivante : que pouvons-nous faire, dans le cadre de la formation en sciences infirmières, pour contribuer à assurer une expérience plus positive dans la prestation des soins de longue durée?

D^{re} Estabrooks : Nous devrions faire la même chose pour la gestion du vieillissement que pour la gestion de l'équité, de la diversité et de l'inclusion au Canada. Si les facultés et les écoles de sciences infirmières ne remettent pas en question nos attitudes, nos valeurs et nos croyances à l'égard des personnes âgées et la façon dont celles-ci se reflètent dans nos programmes d'études et nos pratiques, nous ne parviendrons pas à progresser. Il nous faut des expériences pédagogiques et des enseignements, ainsi que la possibilité d'auto-apprentissage sur le vieillissement, et nous devons revoir nos stages en milieu clinique. Par exemple, il nous faut examiner de près la pratique d'envoyer des étudiantes novices de première année s'occuper des clients les plus fragiles, vulnérables et complexes dans un environnement où 90 % des soins sont prodigués par une main-d'œuvre non réglementée. Nous devons développer un autre type d'expérience supervisée en milieu

clinique, par exemple, une expérience directement supervisée par des expertes en soins infirmiers gérontologiques en collaboration avec des aides-soignantes dans le cadre de relations à long terme entre les universités et les établissements de soins de longue durée. En effet, nous avons une profonde responsabilité éthique à cet égard.

Il faut repenser les enjeux. Si les soins aux personnes âgées ne sont pas clairement représentés tout au long du programme d'études de premier cycle universitaire et dans les programmes de recherche qui devraient alimenter ce cursus, nous manquons notre coup. Et pourquoi n'avons-nous pas d'infirmières praticiennes détenant un doctorat au Canada? Pourquoi ne pas avoir des cliniciennes scientifiques? Imaginez l'impact au fil du temps! Imaginez à quel point les étudiantes seraient attirées par une telle combinaison de la pratique et de la recherche. Nous devons travailler avec ceux qui nous financent et ceux qui nous soutiennent pour mettre l'accent sur les bourses d'études, les stages de perfectionnement, l'aide à la scolarité et le recrutement de personnes intéressées par des carrières intéressantes dans le domaine des soins aux personnes âgées. Nous devons nous engager auprès des personnes dans nos universités qui mènent des recherches afin de collaborer davantage avec elles. Plus de 70 % des patients dans les hôpitaux sont des personnes âgées. Nous devons aider les étudiantes à comprendre qu'elles seront inévitablement appelées à s'occuper de personnes âgées dans tous les milieux, des soins aigus aux soins communautaires. Quels outils devraient-elles avoir? Tant dans le domaine de la santé que celui des sciences sociales, nous devons préparer les étudiantes à bien plus qu'aux dimensions sociales du vieillissement. Nous enseignons aux étudiantes que les enfants ne sont pas que des adultes miniatures et que les personnes âgées ne sont pas que des adultes ridés. Nous devrions initier une intervention

nationale de type « autoamorçage » (*bootstrap*) car je crois vraiment qu'il faudra un effort généralisé de la part de toutes les écoles et de toutes les facultés pour atteindre la croissance nécessaire afin de rattraper le retard et ensuite prendre la tête. Et bien sûr, nous devons trouver les moyens d'assurer que les sciences infirmières sont définitivement dans le peloton de tête, qu'il s'agisse de politiques ou de clinique, du social ou du communautaire ou de santé publique. Nous avons la capacité d'être des chefs de file, mais nous n'avons pas assez de porte-parole sur le terrain. Je ne suis ni doyenne ni directrice, il m'est donc facile de parler, mais je trouve étrange que pas plus d'écoles de sciences infirmières ne se proclament comme étant un centre d'excellence canadien en formation et recherche sur les soins aux personnes âgées.

D^{re} Myrick : D^{re} Estabrooks, je crois que vous avez donné à nos lecteurs de quoi réfléchir. Une fois encore, je tiens à vous remercier d'avoir accepté de participer à cet entretien très instructif et pertinent.