

Carole A Estabrooks, CM, Ph. D., inf. aut., MSRC, MACSS, FAAN, FACSI, professeure et titulaire d'une chaire de recherche du Canada de niveau 1, Faculté de sciences infirmières, Université de l'Alberta

Je suis la directrice scientifique du programme longitudinal de recherche appliquée en soins de longue durée *Translating Research in Elder Care* (Application de la recherche aux soins donnés aux aînés). Mes travaux sont axés sur la qualité des soins, la qualité de vie et la qualité de la fin de vie des aînés vivant dans des établissements de soins de longue durée ainsi que sur la qualité de vie au travail du personnel de ces établissements. Je m'intéresse aussi de près à la mise en application de la recherche pour favoriser la prise de décisions fondées sur des données probantes.

\*\*\*\*\*

### **Déclaration préliminaire**

Au Canada, nous avons la chance de pouvoir faire appel aux Forces armées canadiennes en situation de crise. Nous leur sommes reconnaissants de s'être mobilisées pour fournir des soins à des aînés canadiens fragiles et vulnérables dans des établissements de soins de longue durée, les ESLD, pendant la première vague de la pandémie. Lors de cette mission, les membres des Forces canadiennes ont été appelés à travailler dans des milieux de soins durement touchés qui leur étaient inconnus et s'acquitter de tâches nouvelles pour eux, tout cela, avec très peu de temps pour s'y préparer. Nous leur sommes reconnaissants d'avoir stabilisé des parties du système de soins de longue durée qui étaient en situation de crise aiguë, ce qui a permis d'éviter d'autres souffrances et des morts inutiles causées non pas par la COVID-19 elle-même, mais par les conditions abominables entraînées par la maladie. Nous leur sommes reconnaissants d'avoir rempli leur devoir de signaler – d'avoir produit des rapports accablants qui ont ouvert les yeux des Canadiens et de nos dirigeants sur la catastrophe en cours.

Au Canada, plus de 80 % des décès liés à la COVID sont survenus dans des ESLD, un taux beaucoup plus élevé que dans tout autre pays du monde. Comment en sommes-nous arrivés là? La réponse est simple : en accordant moins de valeur aux aînés, en particulier à ceux atteints de démence, qu'au reste de la population. En accordant moins de valeur aux soins offerts en ESLD qu'à ceux prodigués dans les hôpitaux et les unités de soins intensifs. En faisant preuve de discrimination active et passive envers les aînés atteints de démence qui vivent dans des maisons de soins.

L'origine des maisons de soins infirmiers, ou établissements de soins de longue durée, remonte au 17<sup>e</sup> siècle, où la loi sur les pauvres de l'époque élisabéthaine a donné naissance aux hospices pour les pauvres et aux asiles des indigents. Quel est

le rapport avec le 21<sup>e</sup> siècle? C'est que la loi élisabéthaine sur les pauvres a établi une distinction entre les pauvres qui méritent qu'on réponde à leurs besoins et ceux qui ne sont pas dignes qu'on s'en soucie.

En cette deuxième époque élisabéthaine, la crise de la COVID a clairement mis en évidence 1) une propension à la discrimination envers les personnes âgées et 2) l'existence d'une catégorie de malades et nécessiteux indignes qu'on trouve acceptable de faire vivre dans des conditions que la plupart des gens trouveraient atroces, dans un secteur gravement sous-financé, en manque de personnel et aux pratiques désuètes qui est régi par un ensemble disparate de mesures de réglementation, d'inspection, de supervision et de responsabilité.

Certains soutiennent que les maisons de soins et leurs résidents vulnérables ont été sacrifiés pour préserver le système de soins de santé, les gouvernements et la société. Ils sont morts pour nous protéger.

Dès le début, nous savions (du moins ceux qui œuvrent dans le secteur des SLD le savaient) que la situation des établissements de soins était précaire et qu'elle pouvait vite devenir catastrophique – une situation causée par la priorité accordée aux jeunes et aux hôpitaux et l'adoption de mesures les favorisant ainsi que par des décennies de négligence et d'incurie, qui ont obligé les gestionnaires à fonctionner avec une marge de manœuvre à peu près inexistante. Malgré cela, lorsque les rapports des Forces armées canadiennes sur les conditions observées dans les ESLD pendant la pandémie de COVID ont été publiés, nous en avons eu le souffle coupé, nous avons versé de nombreuses larmes, et une rage sourde s'est installée dans le cœur de certains d'entre.

Je déplore que les militaires canadiens aient dû intervenir, mais je suis heureuse qu'ils l'aient fait. En tant que Canadienne, je suis fière de leur travail.

Depuis plus d'un demi-siècle, gouvernements, organismes, syndicats et médias font état des mauvais traitements, du manque de ressources et de la négligence qu'on observe dans les établissements de soins de longue durée. Seulement au cours des 30 dernières années, 80 rapports canadiens ont été produits à grands frais. On y retrouve des thèmes récurrents, dont bon nombre portent sur la main-d'œuvre et les conditions de travail. Et pourtant, très peu de choses ont changé, même lorsque plus d'une vingtaine de personnes âgées ont péri dans un incendie au Québec ou que la pire tueuse en série du Canada a sévi dans des maisons de soins infirmiers en Ontario.

Les gouvernements et la population dans son ensemble savaient ou auraient dû savoir ce qui se passait. En effet, comme l'indique le rapport *Rétablir la confiance : la COVID-19 et l'avenir des soins de longue durée* publié par la Société royale du Canada, plus de 150 reportages sur des établissements de soins ont été diffusés au Canada, et ce, uniquement au cours des dix dernières années.

Toutefois, ni les spécialistes, ni le public, ni les médias n'ont réussi à attirer l'attention sur la situation suffisamment longtemps pour que des changements soient apportés. Ce n'est qu'avec les rapports de l'armée que les choses ont commencé à bouger. Dieu merci pour ces rapports, mais il faut se demander *pourquoi il a fallu attendre tout ce temps. Et que se passera-t-il maintenant que la situation a été mise au jour?*

Bien qu'ils aient mobilisé l'attention et entraîné des changements, il est peu probable que les rapports de l'armée sur des ESLD du Québec et de l'Ontario aient une incidence durable sur le système canadien de soins de longue durée, parce qu'ils ne parlent pas des causes profondes de la situation.

Au cœur des problèmes de qualité des soins et de main-d'œuvre du secteur des SLD se trouve un sexisme évident (en plus de l'âgisme). S'occuper de personnes âgées dans des ESLD est vu comme un « travail pour les femmes ». Après tout, *il n'est pas très difficile de nourrir et de laver des gens; à peu près n'importe qui peut le faire. Cette vision des choses est évidemment carrément fausse.* S'occuper d'une population de plus en plus diversifiée de personnes âgées fragiles et vulnérables est un travail complexe et exigeant qui requiert du personnel qualifié. **Il s'agit d'un travail honorable.**

Ce travail est accompli par des préposés aux services de soutien à la personne, dont plus de 90 % sont des femmes d'un certain âge et la moitié sont des immigrants. Ces employés sont les plus mal payés de tous les travailleurs du système de santé, sont souvent privés d'avantages sociaux et de la sécurité d'un poste à plein temps, en plus d'être mal préparés pour les tâches qu'ils auront à accomplir et de n'avoir à peu près aucune possibilité de formation continue. Ils sont traités comme si leur utilité se résumait à assurer les soins de base et ne peuvent pas suffisamment compter sur le soutien d'une équipe de professionnels. Ils sont l'équivalent moderne des employés œuvrant au sein des maisons élisabéthaines pour les pauvres du 17<sup>e</sup> siècle.

Avant de conclure, j'aimerais aborder la question de la santé mentale des militaires et des civils qui ont travaillé dans des milieux touchés par la COVID.

Je me réjouis que du soutien en santé mentale et en bien-être soit offert aux militaires qui ont été affectés temporairement dans les établissements de soins de longue durée. Mais qu'en est-il de la santé mentale et du bien-être du personnel de ces établissements, qui n'y sont pas que de façon temporaire et qui ne bénéficient d'aucun soutien du genre.

Les premières estimations de la prévalence des symptômes modérés à sévères d'anxiété ou de trouble de stress post-traumatique chez les travailleurs des ESLD atteignent 43 %; dans le cas des symptômes légers, la prévalence d'élève à 87 % (Italie; Riello et coll., 2020).

En Espagne, le personnel des ESLD travaillant auprès des résidents atteints de la COVID rapporte des niveaux élevés de stress traumatique secondaire dus à la pression du travail, à la forte exposition à la souffrance, au manque d'équipement de protection individuelle et au soutien insuffisant reçu des superviseurs (Blanco-Donoso, 2020).

En Ontario, les travailleurs de la santé ont été infectés de manière disproportionnée. À la fin de juillet 2020, ils comptaient pour près de 20 % des cas de COVID, ce qui est nettement plus élevé que le taux mondial des travailleurs de la santé contaminés, estimé à 14 %.

Les problèmes de santé mentale des employés de première ligne ne disparaîtront pas d'ici Noël de cette année, ni d'ici Pâques ni même d'ici Noël de l'an prochain; bon nombre d'entre eux continueront de se faire sentir pendant des années, voire des décennies. Ils seront cependant moins débilissants si on agit maintenant pour offrir du soutien au personnel de première ligne des établissements de soins et d'autres milieux, si on agit maintenant pour offrir du soutien aux familles qui ont souffert et si on répond aux besoins en santé mentale des aînés en établissement de soins qui *ont* survécu.

Nous n'avons pas besoin d'une autre commission, d'une autre enquête ou d'un autre rapport. Ce qu'il nous faut, c'est l'équivalent contemporain d'un **plan Marshall** pour procéder à une refonte en profondeur du système de SLD.

Ces endroits où nous avons placé et oublié nos aînés, ce sont des milieux de vie, pas des hôpitaux pour malades chroniques ou des asiles pour les pauvres. Ce sont des endroits chargés d'offrir des soins de qualité pour assurer aux résidents, y compris à ceux atteints de démence, une bonne qualité de vie, une bonne qualité de fin de vie et une bonne mort.

## **Conclusion**

Je remercie le comité permanent de m'avoir invitée à témoigner. Et maintenant, que se passera-t-il? Le rôle de l'armée se limitera-t-il à son devoir de signaler? Chacun de nous, quand il est prêt à l'accepter, a la responsabilité de veiller sur son prochain. Que devons-nous faire pour assumer cette responsabilité? Je suis reconnaissante du travail accompli par les membres des Forces canadiennes dans les établissements de soins, mais depuis plus d'un demi-siècle, le système de SLD auquel nous confions nos parents, nos frères et sœurs, nos conjoints et nos compagnons de longue date est négligé et son financement fond comme neige au soleil, en raison de la discrimination évidente exercée envers les personnes âgées, les femmes et le travail consistant à prodiguer des soins.

Le passage de la COVID-19 dans les ESLD a entraîné un taux très élevé de décès, des souffrances indescriptibles ainsi que la concrétisation de la peur existentielle la plus profonde de nombreux Canadiens, soit celle de mourir seul.

Tout comme la bataille de Passchendaele en est venue à symboliser le massacre insensé et les souffrances inimaginables des Canadiens qui ont servi leur pays, la COVID-19 dans les ESLD est devenue le symbole de la mort inutile et des souffrances injustifiées de Canadiens qui ont contribué à bâtir la société canadienne, qui ont servi leur pays – que ce soit comme soldats ou comme civils – pour en faire l'un des meilleurs endroits où vivre sur la planète.

Si nous n'agissons pas maintenant, une fois que les vaccins auront été administrés et que la COVID-19 sera chose du passé, que son souvenir commencera à s'estomper dans notre mémoire et que nous arrêterons de penser aux personnes âgées dans les maisons de soins parce que de nouveaux sujets retiendront notre attention, alors, la situation dans les ESLD redeviendra telle qu'elle était avant la pandémie. Nous n'aurons rien appris et rien n'aura changé, du moins pas en profondeur. Jusqu'à la prochaine crise.

La COVID-19 est une tragédie qui touche tout le monde, mais si nous unissons nos efforts pour à la fois répondre aux besoins immédiats et procéder à une réforme complète du système, alors les sacrifices (y compris ceux des Forces canadiennes) n'auront pas été vains. Ils donneront naissance à quelque chose de bon et de grand.

Un établissement de SLD (une maison de soins infirmiers) n'est pas un hôpital pour malades chroniques. C'est un milieu de vie, et pour la plupart de ses résidents, ce sera leur dernier. Les aînés qui y vivent ont besoin de soins de santé de qualité et de soins sociaux qui contribuent à leur qualité de vie. Ils sont vieux – la moitié d'entre eux ont plus de 85 ans – et fragiles; bon nombre d'entre eux ont un éventail de problèmes de santé coexistants, dont la démence, qui est elle-même une maladie liée à l'âge et limitant la durée de vie. Les besoins en soins sont de plus en plus grands et complexes.

Et pourtant, plus de la moitié des Canadiens ont indiqué qu'ils préféreraient mourir plutôt que d'avoir à aller vivre dans un établissement de SLD. Comment avons-nous pu laisser la situation se détériorer à ce point au Canada, un pays à revenu élevé dont la population jouit d'une qualité de vie supérieure? Comment avons-nous pu permettre que 85 % des décès liés à la COVID-19 au Canada surviennent dans des ESLD? Il s'agit du pire taux de tous les pays du monde.

Nous avons manqué à notre devoir de prendre soin de nos concitoyens les plus vulnérables. Et cela a donné lieu à des situations particulièrement atroces dans certaines régions du pays. Chacun de nous devrait réfléchir un instant et surtout ne pas oublier qu'aux pires moments de la première vague de la pandémie, à certains

endroits au Canada, nous avons laissé des personnes âgées mourir dans leurs excréments, sans eau, sans nourriture et sans contact humain. Des Canadiens âgés et vulnérables. Ils étaient le parent, le grand-parent, le mari ou la femme, le frère ou la sœur, l'ami ou le compagnon de longue date de quelqu'un.

C'est un problème qui nous concerne tous, qui touche l'ensemble du Canada et pas seulement l'Ontario et le Québec. Aucun des quelque 1 800 ESLD du pays n'est à l'abri d'une éclosion de COVID-19. Pour s'en convaincre, il suffit de penser à la tragédie qui se déroule à Campbellton, au Nouveau-Brunswick. Un médecin atteint de la COVID-19 l'a transmis à un patient qui est allé travailler à la résidence pour personnes âgées de la ville et l'a à son tour transmis à trois employés de l'établissement et à 15 résidents, dont un a perdu la vie – jusqu'à présent. C'est une menace qui plane sur tous les ESLD de toutes les provinces et de tous les territoires.

Notre complaisance et notre indifférence, notre attitude envers les personnes âgées et déficientes, notre attitude envers la prestation de soins – un travail qui est du ressort des femmes; notre conviction que n'importe qui est capable de s'occuper d'une personne âgée atteinte de démence : tous ces éléments expliquent l'état actuel du secteur des SLD. Il y a aussi notre déconcertante volonté de croire que nous pourrions gérer un système aussi complexe que celui des SLD sans données décentes. C'est comme si on essayait de gérer en se fiant à une boule de cristal au lieu d'adopter une approche globale fondée sur des données probantes. *Nous sommes au 21<sup>e</sup> siècle.*

Il ne suffit pas de dénoncer. Ce qu'il faut faire maintenant, c'est de régler les problèmes immédiats, après quoi nous devons nous attaquer résolument aux problèmes à moyen et à long terme. Sinon, il ne fait aucun doute que le scénario actuel se reproduira.

Et nous ne pouvons pas dire que nous ne savons pas ce qu'il faut faire. Je pourrais citer une centaine de rapports qui dorment sur les tablettes. Je pourrais citer des milliers de documents de recherche qui proposent des solutions à un grand nombre des divers problèmes qui minent le secteur. Je pourrais faire allusion aux plus de 10 000 entrevues que les membres de mon équipe ont menées auprès de fournisseurs de soins directs. Ces employés nous disent qu'ils travaillent dans la contrainte, qu'ils sont mal préparés et qu'ils n'ont pas le temps de fournir les soins essentiels ou qu'ils doivent le faire à la hâte parce qu'il n'y a pas assez de personnel et qu'ils manquent de temps pour accomplir toutes leurs tâches.

### **Ce qu'il faut faire**

1. Veiller à ce que chaque ESLD au Canada soit prêt pour une éventuelle deuxième vague.

2. Continuer à corriger les pires lacunes en matière de conditions de travail : salaire, avantages sociaux, nécessité de travailler à plusieurs endroits.
3. Veiller à ce que les ESLD disposent de l'équipement et des ressources nécessaires pour mettre en place une stratégie de dépistage et de traçage couvrant l'ensemble de leurs employés et des résidents, de manière à pouvoir vérifier la présence de symptômes et de signes auprès de tous les travailleurs, visiteurs et membres des familles. S'assurer que le personnel a une formation appropriée en prévention des infections et que tous portent l'équipement de protection individuelle nécessaire.
4. Mettre en place des solutions novatrices en matière de garde d'enfants et de répit pour aider les travailleuses dont les enfants ne sont pas à l'école ou qui doivent s'occuper de leurs propres parents vieillissants.
5. Traiter les familles comme des familles et non pas comme des visiteurs.
6. Évaluer l'incidence des politiques du « lieu de travail unique » pour s'assurer qu'elles n'entraînent pas de conséquences imprévues.
7. Veiller à ce que tous les ESLD soient gérés et dirigés de façon compétente.
8. Déterminer comment réaffecter des travailleurs disponibles à un ESLD qui se retrouverait en sous-effectif grave parce que de nombreux membres de son personnel sont atteints à leur tour.
9. Obtenir des données, bon sang! Pour pouvoir gérer le secteur de SLD adéquatement, il faut des données de qualité.

### **Ce qu'il faut éviter**

1. Une autre commission, une autre enquête ou étude, un autre rapport. Je peux vous présenter 80 rapports qui ont été produits au Canada uniquement au cours des 30 dernières années au coût de 24 millions de dollars – selon une estimation très prudente – et qui disent essentiellement tous la même chose, qui proposent toujours les mêmes solutions.
2. Il faut éviter de favoriser les milieux de soins aigus au détriment des ESLD.
3. Il ne faut pas avoir des attentes irréalistes, ne pas croire que la tâche sera facile et qu'elle ne nécessitera aucune ressource. Au contraire, c'est un travail difficile auquel il faudra bien évidemment consacrer des ressources. Mais cela ne conduira pas le pays à la faillite.
4. Il faut éviter de s'engager dans des débats acrimonieux ayant pour but de déterminer si la question relève de la compétence du fédéral ou de celle des provinces.

Croyez-vous un seul instant que la personne âgée gisant dans ses excréments, en proie à la soif et à la douleur qui voyait ses derniers moments arriver et qui avait peur de mourir seule s'est demandé de *quelle compétence* ça relevait?

Merci.



## Opération Laser – Déploiement des Forces armées canadiennes (FAC) dans les établissements de soins de longue durée

Tout d'abord, quelques faits tirés des témoignages précédents (examen de la documentation par Melissa)

- 729 membres du personnel ont offert un soutien de première ligne dans les ESLD, dont 393 femmes; vous pouvez établir un lien avec le pourcentage de femmes qui vivent et travaillent dans des ESLD.
- 55 membres déployés dans ESLD ont contracté la COVID, mais aucun n'a dû être hospitalisé.
- La direction a résumé les observations des rapports concernant la sécurité des patients et du personnel :
  - o la situation était différente d'un établissement à l'autre;
  - o dans certains établissements, les politiques sur le contrôle des infections n'étaient pas respectées;
  - o dans certains cas, le personnel n'avait pas la formation requise ou il manquait de fournitures médicales;
  - o des déficiences ont été observées dans l'infrastructure à certains endroits;
  - o il y avait parfois des problèmes au niveau de la qualité des soins.
- Les FAC ont un programme de santé mentale appelé « En route vers la préparation mentale » qui aide les membres à se préparer en vue d'un déploiement. Il semblerait que certains services aient été adaptés pour les besoins des militaires déployés dans les ESLD. Des travailleurs sociaux et des aumôniers ont été mis à leur disposition pendant la durée de la mission. Des services leur ont aussi été offerts après le déploiement.

### Commentaires de Carole

Il sera très important de parler de l'intervention de l'armée en termes positifs. Les députés n'avaient que des propos élogieux au sujet du travail effectué par les FAC dans les ESLD. Par conséquent,

- commencer par dire à quel point le Canada est chanceux que les FAC aient pu et voulu aller prêter main-forte dans les ESLD en situation de crise. Les remercier aussi non seulement d'avoir répondu à l'appel pour aider la

population la plus vulnérable de la société pendant la pandémie mais aussi d'avoir rempli leur devoir de signaler;

- des reportages dans les médias font état des mauvais traitements, de la négligence et d'autres problèmes observés dans des ESLD depuis plus d'un demi-siècle; les gouvernements et la société savaient – ou auraient dû savoir – ce qui se passait (ici, faire allusion à la liste de reportages parus dans les médias) dans les ESLD du Canada.
- les spécialistes et les médias n'ont pas réussi à attirer suffisamment l'attention pour faire changer les choses. Il aura fallu les rapports des FAC pour que des mesures soient prises. Nous sommes heureux que les FAC aient signalé ces lacunes, mais comme société, nous devons nous demander pourquoi il aura fallu attendre ces rapports. Et que se passera-t-il maintenant que la situation a été mise au jour?

### Rapports de l'armée

- Les rapports décrivent de façon percutante les conditions observées par les FAC. Ils ont réussi à faire bouger les choses, mais les mesures adoptées au Québec et en Ontario en réponse aux révélations n'auront sans doute pas une incidence durable sur le système de SLD, parce que les rapports ne parlent pas des causes profondes. Les arguments sur l'âgisme et le sexisme peuvent s'insérer ici. La valeur d'une vie sauvée.
- Se reporter au rapport de la SRC et insister sur le fait qu'on n'a pas besoin d'autres études, que le moment est venu d'agir, puis passer aux recommandations.
- **Inclure le document d'Eric!**
- Revenir sur les rapports militaires et résumer les problèmes relatifs à la sécurité des patients et du personnel qu'ils recensent, mais inclure aussi la notion de qualité de vie et de vie au travail.
- Passer ensuite à la partie sur le sexisme et aux questions pertinentes relatives aux femmes, à la valeur qu'on accorde à leur travail.
- Dire que les rapports de l'armée deviennent beaucoup plus percutants si on les considère dans le contexte du système de soins de santé et de services sociaux – ils décrivent les conséquences de décennies d'âgisme et de sexisme envers les personnes qui vivent et qui travaillent dans les ESLD.

### Santé mentale

- Je crois qu'il vaut la peine de mentionner qu'on se réjouit que du soutien en santé mentale et en bien-être soit offert aux militaires, qui ont été affectés de façon temporaire dans les établissements, pour ensuite soulever la question de la santé mentale et du bien-être des employés des ESLD, qui ne sont pas là seulement de façon temporaire et qui n'ont pas accès à un tel soutien.

- Les premières estimations de la prévalence des symptômes modérés à sévères d'anxiété ou de trouble de stress post-traumatique chez les travailleurs des ESLD atteignent 43 %; dans le cas des symptômes légers, la prévalence d'élève à 87 % (Italie; Riello et coll., 2020).
  - En Espagne, le personnel des ESLD travaillant auprès des résidents atteints de la COVID rapporte des niveaux élevés de stress traumatique secondaire dus à la pression du travail, à la forte exposition à la souffrance, au manque d'équipement de protection individuelle et au soutien insuffisant reçu des superviseurs (Blanco-Donoso, 2020).
  - En Ontario, les travailleurs de la santé ont été infectés de manière disproportionnée. À la fin de juillet 2020, ils comptaient pour près de 20 % des cas de COVID, ce qui est nettement plus élevé que le taux mondial des travailleurs de la santé contaminés, estimé à 14 %.
- Il est important de préparer le personnel des FAC en vue d'un déploiement dans les ESLD, et si vous pouvez offrir votre aide, proposez de contribuer à la préparation de tout déploiement futur du genre; cela pourrait aider à préparer le personnel des FAC à ce qu'il verra. On peut décrire les problèmes systémiques, la main-d'œuvre et la population de résidents.
  - Souligner qu'il s'agit d'un milieu de vie et non d'un hôpital et qu'il y a de grandes différences entre les deux; le lien à établir dans ce cas-ci est la santé mentale et le bien-être des résidents et des familles; envisager de parler des décès indirectement liés à la Covid-19 (article du *Washington Post*).

## Conclusion

- En plus de remercier le comité pour son invitation à témoigner, demander « Et maintenant, que se passera-t-il? » Quel est le rôle des Forces armées canadiennes au-delà de son devoir de signaler? Nous avons tous la responsabilité de veiller sur notre prochain, alors comment nous assurer que des mesures concrètes seront prises?
- Nous sommes très reconnaissants aux membres des FAC pour leur travail et leur soutien dans les ESLD, mais cela fait 50 ans que le secteur des SLD est négligé et que son financement diminue, à cause de l'âgisme et du sexisme; comment pouvons-nous aller de l'avant en tant que pays? Les membres des FAC ont jeté un regard neuf sur la situation et en ont fait l'expérience directe; est-ce que c'est ça qu'il fallait?