



Monsieur le Premier Ministre,

Durant vingt-cinq ans, le Conseil consultatif national sur le troisième âge (CCNTA) a offert au gouvernement du Canada des conseils portant sur les questions du vieillissement de la population canadienne et de la qualité de vie des aînés. Ce numéro spécial du bulletin « Expression » vient marquer cet anniversaire en soulignant le travail que nous avons accompli à ce jour et en attirant votre attention sur les démarches encore nécessaires pour que le Canada s'adapte de manière efficace et humaine au vieillissement de sa population.

Ce numéro s'inspire de l'atelier « Monsieur le Premier Ministre » offert par le CCNTA au congrès annuel de l'Association canadienne de gérontologie (ACG) tenu en octobre 2005 à Halifax. Cet atelier visait à retracer les progrès accomplis en matière de politiques au cours des 25 dernières années, à faire état des activités du CCNTA qui ont favorisé ces progrès, et à discuter des priorités d'action.

Le CCNTA souhaite que ce numéro d'Expression serve à rappeler au pays tout entier et à votre gouvernement les réalisations et les besoins de sa population vieillissante. Bien qu'il y ait eu certaines améliorations aux chapitres de la santé et de la sécurité des aînés, nous continuons de penser que le pays est mal préparé à affronter les importants changements démographiques qui s'annoncent.

Veuillez agréer, Monsieur le Premier Ministre, l'assurance de notre haute considération.

La présidente par intérim et les membres du CCNTA,

Helmi "Bob" Coleman

Burton Bennett Frances Sells Pat R. Doherty

Jeffrey A. Burt Vivian Adams R. Morgan Malcolm Mike Sommerville





CCNTA

Le Conseil consultatif national sur le troisième âge est constitué d'au plus 18 membres venant de partout au Canada. Les membres apportent au Conseil diverses compétences pour conseiller le ministre fédéral de la Santé, ses collègues et le public sur la situation des aînés et les mesures requises pour répondre au vieillissement de la population canadienne. Les membres actuels du Conseil sont :

Gilbert Barrette, Qc

Lloyd Brunet, T. N.-O.

Bubs Coleman, Sask.

Bhupinder Dhillon, C.-B.

Robert Dobie, Qc

Reg MacDonald, N.-B.

Verdon Mercer, T.-N.L.

Roberta Morgan, Yn

Mohindar Singh, Man.

Mike Sommerville, Ont.

Expression est publié quatre fois l'an par le Conseil consultatif national sur le troisième âge. Ce bulletin est aussi disponible sur le site Internet du Conseil.

Veuillez faire parvenir vos commentaires et tout avis de changement d'adresse à

CCNTA

Indice d'adresse 1908A1
Ottawa (Ontario)
K1A 1B4

Tél. : (613) 957-1968
Télec : (613) 957-9938

Courriel : info@naca-ccnta.ca
Internet : www.ccnta.ca

N° de convention : 40065299
ISSN : 0822-8213

■ Bref historique du CCNTA

Au cours des années 1960 et 1970, les diverses instances fédérales commencent à saisir l'importance du changement démographique qui s'amorce et à comprendre le besoin d'élaborer des politiques pour y faire face. Le 1^{er} mai 1980, un décret annonce la formation d'un Conseil consultatif national sur le troisième âge (CCNTA), dont le mandat est de prodiguer au ministre de la Santé des conseils sur toutes les questions relatives au vieillissement de la population canadienne et à la qualité de vie des aînés. Le CCNTA voit ce mandat comme l'invitant à formuler, à point nommé, des recommandations judicieuses et crédibles sur les questions du vieillissement et des aînés. Dans ce rôle consultatif, le CCNTA :

- examine les besoins et les problèmes des aînés, et propose des mesures correctives;
- entretient des liens avec les organismes ou les groupes nationaux, provinciaux ou locaux qui s'intéressent au vieillissement ou qui représentent des personnes âgées;
- diffuse de l'information;
- publie des rapports;
- suscite des débats publics sur des questions d'importance relatives au vieillissement.

Le CCNTA détermine ses priorités d'action en consultant les aînés, les conseils consultatifs, les organisations d'aînés et les fournisseurs de services à travers le Canada et en s'inspirant des connaissances et de l'expérience de ses membres. Il arrive aussi que le ministre de la Santé demande directement au CCNTA de se pencher sur des questions précises, et de lui faire des recommandations.



Photo: Roberta Morgan

Le ministre de la Santé, Tony Clement, rencontre les membres du CCNTA (février 2006).



■ Infléchir les politiques

Le CCNTA exerce une vaste influence. Outre le ministre de la Santé, son auditoire comprend les parlementaires, les médias, les intervenants, les aînés, les fournisseurs de soins et l'ensemble de la population canadienne. Le CCNTA adresse ses rapports et recommandations aux gouvernements et aux pouvoirs publics de tout le pays. Ses membres contribuent à leur diffusion dans tous les milieux grâce aux activités qu'ils mènent dans leurs régions respectives.

Le CCNTA élargit son rôle en diffusant aussi les conclusions des recherches et les conseils stratégiques des organismes dont il appuie les positions et en appuyant le travail de ceux qui cherchent à améliorer le sort des aînés du pays.

Au cours de ses 25 ans d'histoire, le CCNTA a exercé son influence dans de nombreux domaines. Voici un aperçu des progrès accomplis dans quatre des domaines qui influent sur le mieux-être des aînés canadiens : perception du vieillissement, santé et système de santé, revenu et logement.

Perception du vieillissement

En 1980, les stéréotypes négatifs sur le vieillissement étaient répandus. Comme le rapportait l'un des premiers membres du CCNTA, on disait alors des aînés qu'ils étaient « vieux, un fardeau, totalement inutiles, voire séniles ». Le CCNTA a combattu ces stéréotypes :

- il a établi des « principes » qui énoncent clairement les droits que les aînés devraient pouvoir exercer au Canada;
- en 1983, il a publié et diffusé une déclaration de principes sur l'image publique du vieillissement qui visait à faire contrepoids aux attitudes négatives;

- en 1999, 2003 et 2005, il a publié des numéros d'*Expression* visant à faire éclater les stéréotypes et décrivant l'apport des aînés au mieux-être des familles et des communautés.

De nos jours, on reconnaît davantage la contribution des aînés au tissu social. On est aussi davantage au courant des différences qui existent entre les aînés : certains sont en meilleure santé, ont plus de capacités que d'autres. Le CCNTA se réjouit des progrès accomplis, mais des problèmes demeurent. L'âgisme est un fléau social qui continue de sévir au Canada. Il contribue à étouffer un potentiel humain considérable, à dévaloriser et à déshumaniser les aînés et à favoriser le phénomène de la violence à l'égard des personnes âgées.

Aînés et santé

Au cours de ces 25 années, l'espérance de vie des aînés s'est allongée et les Canadiens peuvent maintenant s'attendre à vivre plus longtemps sans invalidité. Les taux de nombreuses maladies chroniques comme les cardiopathies et l'hypertension ont diminué légèrement. Et un fort pourcentage d'aînés considèrent qu'ils sont en bonne ou en excellente santé.

Même si le CCNTA ne réclame pas le rôle décisif dans toutes les améliorations apportées à la santé des aînés, il reste que bon nombre de ses activités au cours des 25 dernières années ont été axées sur la sensibilisation au processus de vieillissement et sur les besoins particuliers des aînés en matière de santé. Les *Écrits en gérontologie* du CCNTA ont fourni des renseignements précieux aux professionnels, aux aînés et aux fournisseurs de soins sur des sujets comme les pertes sensorielles, la santé mentale et la technologie. D'autres publications destinées à un public plus large ont mis en évidence les



liens entre le mode de vie et le vieillissement en santé, ont fait la promotion de la santé physique et mentale et ont souligné l'importance et les succès de la prévention pour conserver la santé et la sécurité.

Aînés et système de soins de santé

On a observé des progrès certains dans les soins de santé au cours des dernières décennies, grâce à des diagnostics améliorés et à des traitements plus efficaces de nombreuses maladies. Pourtant, comme chacun sait, la qualité des soins et l'accès au système de soins de santé posent toujours problème. Les défaillances du système frappent durement les aînés : listes d'attente dans le cas de certaines interventions, coût élevé des médicaments, pénurie de services de soins à domicile et de services communautaires, menaces de privatisation, et pénurie de gériatres et de soins palliatifs.

Le CCNTA a toujours défendu avec ardeur, tout en réclamant des réformes, un système de soins qui puisse répondre aux besoins des aînés. Au fil des années, le CCNTA a publié des rapports et des exposés de position pour attirer l'attention sur les problèmes que pose la réforme des soins de santé : *L'établissement des priorités dans les soins de santé : le point de vue des aîné-e-s*; *La réforme des soins de santé... Quels effets sur les aînés?*; *Le vieillissement et le système de santé*; *La privatisation des soins de santé*; *Les soins à domicile*; *L'élargissement du régime de soins de santé au Canada*. Le CCNTA a aussi présenté des mémoires aux commissions Romanow et Kirby sur la réforme des soins de santé.

Aînés et revenu

La hausse des revenus des aînés de 1980 à aujourd'hui est l'une des plus belles réussites du pays en matière de politique publique. Alors qu'en 1980, 21 % des aînés avaient un

revenu après impôt inférieur au seuil de faible revenu de Statistique Canada, ce nombre est aujourd'hui inférieur à 7 %. Cette hausse découle principalement de l'évolution du régime de pension de l'État (RPC/RRQ, Sécurité de la vieillesse, Supplément de revenu garanti). Mais le système a atteint son niveau optimal et la situation relative des aînés par rapport aux autres groupes d'âge est peu susceptible de s'améliorer.

Lorsque le régime de pension de l'État était en péril, le CCNTA a, de nombreuses années durant, incité le gouvernement canadien à entreprendre des réformes pour le consolider. Depuis, des mesures ont été prises pour sauvegarder le RPC/RRQ. Le CCNTA a publié un numéro d'*Expression* sur cette question, *Le système de revenu de retraite du Canada : mythes et réalités*, pour mieux renseigner ses lecteurs sur le système de soutien du revenu du Canada.

Hélas, la situation économique de certains aînés est loin d'être heureuse et le CCNTA a publié un document en 2005, *Aînés en marge – Vieillir pauvre au Canada*, qui précise les causes et suggère des solutions possibles au sort des aînés à faible revenu. Certains groupes, dont les femmes âgées, les personnes âgées seules et les immigrants âgés, sont particulièrement vulnérables à la pauvreté.

Aînés et logement

Depuis 1980, on se soucie de concevoir des logements « sans obstacles », ce qui permet aux aînés de continuer de vivre de manière autonome, peu importe leurs capacités physiques ou cognitives. Le CCNTA a stimulé les efforts en ce sens en publiant *Loger une population vieillissante – Guide et notes de conception*. Bien qu'on soit aujourd'hui plus conscient



de la nécessité d'adapter les logements et que la construction de logements pour les aînés bien nantis ait connu une forte expansion, on se heurte encore à de graves problèmes. Un grand nombre des logements à prix modiques construits dans les années 1970 sont maintenant décrépis et inadaptés aux aînés. Et les aînés aux revenus modestes ne disposent pas de choix. S'il y avait plus de logements supervisés et de logements avec assistance, les aînés pourraient « vieillir sur place », c'est-à-dire dans leur milieu, ce qui retarderait ou même leur éviterait un placement en établissement. Un document de principe du CCNTA sur *Le logement-services pour les aînés*, fait état des besoins les plus urgents. Comme on le souligne dans *Vieillir pauvre au Canada*, encore trop d'aînés consacrent au logement une part démesurée de leur revenu.

■ Questions urgentes

Au fil des ans, les gouvernements ont été sensibilisés au besoin de préparer le pays de manière responsable au vieillissement de la population, de réorienter les politiques et de modifier les attitudes. Mais les aînés continuent de se faire du souci relativement à certains problèmes – des problèmes souvent restés sans solution – qui peuvent miner leur santé et leur qualité de vie. Les exposés présentés au cours de l'atelier « *Monsieur le Premier Ministre* » et les discussions qui s'ensuivirent, leur donnent raison. Le système de soins de santé public et universel a été bénéfique aux Canadiens, mais il présente de nombreuses lacunes qui influent sur le vieillissement et sur la santé des aînés.

Promotion de la santé et prévention des maladies

Le système de soins de santé canadien met l'accent sur la guérison et sur le traitement plutôt que sur la promotion de la bonne santé et sur la prévention des maladies. L'État doit mettre en oeuvre davantage de mesures de promotion de la santé et de prévention des maladies qui favoriseront le maintien de la santé chez les aînés sains et l'amélioration de l'état de santé de ceux qui sont aux prises avec la maladie ou qui sont plus à risque d'avoir de graves problèmes de santé.

Au cours de l'atelier « *Monsieur le Premier Ministre* », la P^{re} Elaine Gallagher¹ a pressé le gouvernement fédéral de mettre de l'avant de nouvelles politiques axées sur la prévention, et a soutenu que les programmes de prévention des chutes peuvent contribuer à la prévention de nombreuses blessures. Elle a aussi fait valoir la situation particulièrement vulnérable des aînés dans les situations catastrophiques comme celles qui ont sévi récemment en Asie et à la Nouvelle-Orléans et enjoint les gouvernements de prendre la vulnérabilité des aînés en compte lorsqu'ils établissent les plans de mesures d'urgence.

La P^{re} Verena Menec² a souligné l'importance d'une stratégie de promotion de la santé qui tienne compte des différences entre les aînés, et de l'interdépendance entre les déterminants de la santé et le vieillissement actif (par exemple, les services du soutien du revenu, les services de santé et les services sociaux, le mode de vie, l'environnement physique et social). Le

1. Professeure associée, Nursing, et Directrice associée, Centre on Aging, University of Victoria, C.-B.; présidente de la section des Sciences de la santé et sciences biologiques de l'ACG.

2. Titulaire de la Chaire de recherche du Canada en vieillissement en santé et Directrice, Centre on Aging, University of Manitoba; présidente de la section des Sciences sociales de l'ACG.



CCNTA partage ce point de vue et estime que, dans la conception et dans la mise en oeuvre des programmes de promotion de la santé et de prévention des maladies, il faudrait prêter une attention particulière aux groupes marginalisés. Ces groupes comprennent les gens à faible revenu, les personnes dont les conditions de logement laissent à désirer, et celles qui ne bénéficient pas du soutien d'une famille ou d'amis. Des données récentes semblent indiquer que les *baby-boomers* ne mènent pas autant qu'on l'avait cru un mode de vie sain. Une plus large diffusion des principes de promotion de la santé aurait donc d'énormes répercussions sur la santé de l'ensemble de la population.

On dispose de données très nombreuses qui démontrent que la promotion de la santé et la prévention des maladies (par exemple, la prévention des chutes, l'activité physique, la saine alimentation) peuvent améliorer l'état de santé des aînés – y compris les personnes très avancées en âge. Les programmes de promotion de la santé, d'éducation sanitaire et de prévention des maladies peuvent changer le cours de nombreuses maladies chroniques qui abrègent la durée de la vie des aînés ou nuisent à leur qualité de vie (diabète, cardiopathie, arthrose). Une réforme des soins de santé qui ferait une plus large place à la promotion de la santé et à la prévention des maladies améliorerait l'état de santé de toute la population.

Réforme des soins primaires

Avec les aînés, les problèmes peuvent dégénérer rapidement; chez eux, l'attente aggrave souvent des problèmes de santé bénins et augmente le risque d'hospitalisation. Une telle situation entraîne une perte d'autonomie, augmente

les souffrances et provoque une hausse des coûts. La réforme des soins primaires serait bénéfique aux aînés si elle facilitait l'accès aux professionnels. Souvent les aînés éprouvent des ennuis de santé multiples, et tireraient donc profit d'installations de soins où les professionnels travaillent au sein d'équipes multidisciplinaires. Des changements quant au mode de rémunération des médecins (par exemple, la diminution de la rémunération à l'acte) inciteraient les professionnels à passer plus de temps avec chaque patient. Comme on l'a dit, une réforme des soins de santé primaires qui ferait plus de place à la promotion de la santé et à la prévention des maladies améliorerait la santé des aînés et de la population dans son ensemble.

Formation en gériatrie

On sait que le métabolisme et les besoins des aînés diffèrent de ceux des adultes plus jeunes. Pourtant, malgré le vieillissement de la population, les médecins ne reçoivent guère de formation en gériatrie. Comme le faisait observer le P^r Peter Donahue³ au cours de l'atelier, « à moins de changements, il n'y aura pas assez de professionnels et de fournisseurs de soins qualifiés pour répondre aux besoins d'une population vieillissante ». Le médecin traitant n'est qu'un des membres de l'équipe des professionnels de la santé qui auraient avantage à recevoir une formation en gériatrie, entre autres les physiothérapeutes, les ergothérapeutes, les psychologues et les travailleurs sociaux. Il faut déployer des stratégies pour recruter de la main-d'oeuvre ayant les connaissances et les compétences nécessaires pour traiter les personnes âgées de façon appropriée.

3. Professeur adjoint, Faculté de Travail social, University of Calgary; président de la section de Gériatrie éducative de l'ACG.



Soins à domicile

Les services de soins et de soutien à domicile aident les aînés à conserver leur autonomie et peuvent retarder ou leur éviter un placement en établissement. Les réformes des soins de santé des années 1990 ont opéré des transformations profondes dans le secteur hospitalier et ont permis notamment d'écourter les séjours à l'hôpital. Les soins à domicile n'ont pourtant pas trouvé un financement proportionnel aux compressions budgétaires dans les hôpitaux. L'accès limité aux soins hospitaliers et aux soins à domicile oblige les aînés à s'en remettre davantage aux membres de leur famille, lesquels répondent déjà à 80 % des besoins des aînés en matière de soins à domicile; le stress et les difficultés financières qui en découlent pour les aidants peuvent engendrer le surmenage, la maladie, la négligence. Dans son document de principe sur *Les soins à domicile*, le CCNTA souligne que les aînés qui vivent dans la communauté doivent souvent payer de leur poche les services qui leur sont nécessaires, ou s'en passer. Les services publics de soins de santé et de soutien à domicile varient beaucoup d'une région à l'autre du pays et dans les provinces et territoires. Au cours de l'atelier, la P^{re} Nancy Guberman⁴ a proposé de considérer, « conformément aux recommandations de la Commission Romanow, les soins à domicile comme des services essentiels, et d'en faire une partie intégrante de la *Loi canadienne sur la santé* », sans les limiter aux soins en santé mentale, aux soins palliatifs et aux soins postactifs.

Soins de longue durée

Les établissements de soins de longue durée offrent le gîte et le couvert et des soins de santé sur place. La plupart des aînés d'aujourd'hui et de demain n'auront pas besoin de séjourner dans de tels établissements. Mais, compte tenu de l'augmentation du nombre d'aînés et de l'allongement de leur espérance de vie, il faut s'attendre à une augmentation de la demande de soins de longue durée pour les personnes très âgées. Il y a d'excellents établissements de soins de longue durée au Canada (comme le rapporte *Expression* dans le numéro de l'automne 2005), et leurs principes directeurs devraient s'appliquer à tous les établissements du pays. Malheureusement, dans l'état actuel des choses, il y a des lacunes graves dans la manière dont le Canada s'occupe de ses citoyens âgés dans les établissements de soins de longue durée :

- fonds publics et moyens financiers insuffisants;
- traitement inégal dans le coût et les soins, d'une région à l'autre;
- manque de contrôle de la qualité des soins dans les établissements;
- non-obligation de rendre des comptes de la part des fournisseurs de soins;
- manque de respect envers les résidents, atteinte à leur dignité, à leur liberté de choix;
- manque de considération envers les bénévoles et les proches.

De nombreux organismes se sont montrés préoccupés, et ont formulé des recommandations pour améliorer les soins de longue durée au Canada. Le CCNTA souscrit aux recommandations de l'Association canadienne des soins de santé, énoncées dans *Stitching the*

4. Professeure, École de Service social, Université du Québec à Montréal; section des Politiques et pratiques sociales de l'ACG.



patchwork quilt together: Facility-based long-term care within continuing care (2004), et enjoint le gouvernement canadien de prendre des mesures pour s'assurer que les aînés reçoivent, dans les établissements de soins de longue durée, des soins égaux et empreints d'humanité.

Médicaments d'ordonnance

Grâce aux progrès en pharmacologie, les médicaments d'ordonnance jouent un rôle essentiel dans les soins de santé : ils remplacent ou retardent souvent l'hospitalisation ou l'intervention chirurgicale. Mais les aînés, qui consomment plus de médicaments d'ordonnance que tout autre groupe d'âge, ont absorbé au cours des 25 dernières années une hausse de 200 % des coûts des médicaments par ménage. Pratiquement tous les aînés ont des assurances en la matière – publiques ou privées – mais leur couverture varie passablement d'une province à l'autre, et bien des aînés éprouvent des difficultés financières. Dans son document *En attendant Romanow...*, le CCNTA a recommandé la mise sur pied d'un « régime d'assurance-médicaments national complet avec couverture publique ou avec couverture publique et privée ».

Santé mentale

La santé mentale est un autre domaine qui nécessite des mesures urgentes, notamment en ce qui concerne la maladie d'Alzheimer et les démences apparentées. Certains chercheurs sont d'avis qu'au cours des 25 prochaines années, la maladie d'Alzheimer – conjuguée à d'autres formes de déficience cognitive – s'avérera la maladie la plus coûteuse au Canada (actuellement, elle touche 8 % des personnes de plus de 65 ans, et 30 % des plus de 80 ans; ses coûts directs ou indirects s'élèvent à 5,5 milliards

de dollars par année, soit à 15 millions de dollars par jour). Au cours de l'atelier, les participants ont appuyé le récent document de principe du CCNTA sur *La maladie d'Alzheimer et les démences apparentées*, et ont souligné la nécessité pour le gouvernement fédéral de travailler avec d'autres partenaires importants à l'établissement d'une stratégie nationale qui permette d'élaborer des politiques et des programmes visant à diminuer, voire à éliminer les problèmes multiples qui font de la maladie d'Alzheimer et des démences apparentées des maladies si redoutables pour les aînés et les membres de leur famille.

La P^{re} Kathryn Oakley⁵ a aussi souligné l'importance de mesurer les effets de la technologie, de l'isolement et des soins palliatifs sur la santé mentale des gens, et de consacrer plus de ressources au mieux-être mental et à la prévention des maladies mentales chez les aînés.

■ **Comment se portent les aînés au Canada?**

Au fil des ans, le CCNTA a tenté non seulement d'explorer différents problèmes qui touchent les aînés et de faire rapport, mais aussi de suivre l'évolution de la situation dans son ensemble et d'en faire l'analyse, y compris en ce qui concerne les mesures prises par le Canada pour faire face au vieillissement démographique. À la fin des années 1980, le CCNTA a publié *1989 et après... Les défis d'une société canadienne vieillissante*. En 1999, l'Année internationale des personnes âgées mettait le vieillissement à l'affiche et le CCNTA a profité de l'occasion pour publier la suite, *1999 et après... Les défis*

5. CRSNG, chercheure associée, HOTLab, Carleton University, Ottawa, ON; présidente, de la section Psychologie de l'ACG.



d'une société canadienne vieillissante; il y dressait le bilan des progrès réalisés au cours de la décennie précédente, et attirait l'attention sur les problèmes qui nécessitaient des correctifs urgents. Ce survol de la situation a permis de relever de nombreux problèmes, mais aussi de prendre conscience de la pénurie de données cohérentes sur certains points. Le CCNTA s'est alors mis à la tâche de mettre au point des outils efficaces pour prendre la mesure de la situation.

Après consultation auprès de spécialistes en gérontologie, des associations nationales d'aînés et des fonctionnaires fédéraux responsables de la mise en oeuvre de politiques relatives au vieillissement et aux aînés, le CCNTA a relevé les indicateurs de rendement les plus efficaces dans les principaux champs d'action. Ces mesures devaient fournir des réponses à une série de questions clés :

- Quel est l'état de santé des aînés?
- Comment le système de santé dessert-il les aînés?
- Quelle est la situation économique des aînés?
- Dans quelles conditions vivent les aînés?
- Quelle est la participation des aînés à la société?

En 2001, le CCNTA publiait son premier *Bulletin : Aînés au Canada*. Il y relevait les principaux secteurs nécessitant une attention particulière au cours de la présente décennie, dans le but de soutenir l'élaboration de politiques visant des améliorations notamment aux chapitres de la réforme des soins de santé, de la promotion de la santé, de la prévention des blessures, de la prévention des fraudes contre les aînés, du manque d'activité physique et du niveau de revenu inadéquat des aînés.

Ce premier *Bulletin* établissait des points de référence qui allaient permettre de mesurer les progrès accomplis. Le CCNTA s'est engagé à

publier des rapports intérimaires et un rapport complet tous les cinq ans. Au fil du temps, le CCNTA espère que les données recueillies permettront de suivre l'évolution de la situation en réunissant des renseignements qui n'ont pas été disponibles jusqu'à maintenant.

À venir en 2006 : un 2^e "Bulletin" du CCNTA sur les aînés

Les *baby-boomers* viendront bientôt grossir en grand nombre les rangs des aînés. Le Canada est-il prêt à faire face aux changements importants qui se produiront? Le deuxième bulletin complet du CCNTA, qui paraît en 2006, se sert des indicateurs établis en 2001 pour mesurer, à l'aide de nouvelles données, les tendances depuis cinq ans.

Le CCNTA est d'avis qu'il y a encore beaucoup de pain sur la planche. Les politiques et les mesures nécessaires pour s'adapter au changement démographique doivent être considérées comme bénéfiques non seulement aux aînés, mais aussi à la société canadienne dans son ensemble. Le Canada doit investir dans la promotion de la santé et dans la prévention des maladies, dans la participation des aînés à la vie communautaire, dans un système de soins de santé mieux adapté à la population vieillissante, dans le soutien des fournisseurs de soins, et dans un certain nombre d'autres champs d'action décrits par les aînés, leurs associations, les professionnels et les participants à l'atelier.

Le CCNTA somme les gouvernements d'établir et de modifier les politiques afin d'assurer la viabilité et l'adaptation des systèmes aux besoins de toutes les générations. Il faut agir. Au Canada, la plupart des citoyens deviennent des aînés.





Membres du CCNTA, 1980-2006



Le succès du CCNTA au cours des 25 dernières années résulte, dans une large part, de la collaboration et des efforts de ses membres, issus de toutes les régions du Canada :

Joel W. Aldred, <i>Ont.</i>	Buphinder Kaur Dhillon, <i>C.-B.</i>	John MacDonell (président), <i>N.-É.</i>	William Rich, <i>Ont.</i>
Frank Appleby, <i>Alb.</i>	Evan Dickson, <i>Ont.</i>	Bernice MacDougall, <i>Sask.</i>	Henri Richard, <i>N.-B.</i>
Gilbert Barrette, <i>Qué.</i>	Robert Dobie, <i>Qué.</i>	Eileen Malone, <i>N.-B.</i>	Melvin Rowe, <i>T.-N.</i>
Marisa Barth, <i>Qué.</i>	Tina Donald, <i>Î.-P.-É.</i>	Charlotte Matthews (présidente), <i>Ont.</i>	Sam Ruth, <i>Ont.</i>
Chuck Bayley, <i>C.-B.</i>	Charles Douville, <i>Qué.</i>	Sylvia McDonald (présidente), <i>Qué.</i>	James Sangster, <i>Sask.</i>
Ronald Bayne, <i>Ont.</i>	Jean-Claude Duclos, <i>Qué.</i>	Charles McDonald, <i>Ont.</i>	Alexandre Savoie, <i>N.-B.</i>
Madeleine Bélanger, <i>Qué.</i>	Hortense Duclos, <i>Qué.</i>	Madge McKillop, <i>Sask.</i>	Thelma Scambler, <i>Alb.</i>
Maurice Bérubé, <i>Qué.</i>	Rory Fisher, <i>Ont.</i>	Hector McKinnon, <i>Ont.</i>	Ruth Schiller, <i>C.-B.</i>
Julia Best, <i>T.-N.</i>	Donna Ford, <i>C.-B.</i>	Verdon Mercer, <i>T.-N.</i>	Yvette Sentenne, <i>Qué.</i>
Marie Bonin, <i>Qué.</i>	Berthe Fournier, <i>Qué.</i>	Yvon Milette, <i>Qué.</i>	Mohindar Singh, <i>Man.</i>
Andrea Boswell, <i>Ont.</i>	Louise Francoeur, <i>Qué.</i>	Patricia Moir, <i>C.-B.</i>	Anne Skuba, <i>Man.</i>
Lila Briggs, <i>N.-É.</i>	Peter Fraser, <i>T. N.-O.</i>	Wilma Mollard, <i>Sask.</i>	Edward Slater, <i>Ont.</i>
Lloyd Brunes, <i>T. N.-O.</i>	Earl Fullerton, <i>N.-É.</i>	Robertta Morgan, <i>Yukon</i>	William Smoler, <i>Yukon</i>
Yvette Brunet, <i>Qué.</i>	Roland Gagné, <i>Qué.</i>	Joseph Murphy, <i>Î.-P.-É.</i>	Mike Sommerville, <i>Ont.</i>
Antonio Capobianco, <i>Qué.</i>	Yhetta Gold (présidente), <i>Man.</i>	Patricia O'Leary- Coughlan, <i>N.-B.</i>	Ménard Soucy, <i>Qué.</i>
Ruth Carver, <i>Ont.</i>	Michael Gordon, <i>Ont.</i>	Abe Okpik, <i>Nunavut</i>	Grace M. Sparkes, <i>T.-N.</i>
Thérèse Casgrain, <i>Qué.</i>	Barbara Gregan, <i>N.-B.</i>	Corabel Penfold, <i>Ont.</i>	William Stern, <i>Ont.</i>
Jeanne Chartier, <i>Qué.</i>	Mary A. Hill, <i>C.-B.</i>	Juliette Pilon, <i>Ont.</i>	Jake Suderman, <i>Man.</i>
Helen (Bubs) Coleman, <i>Sask.</i>	Gerald Hodge, <i>C.-B.</i>	Noëlla Porter, <i>Qué.</i>	Patrice Tardif, <i>Qué.</i>
Stephen P. Connolly, <i>Î.-P.-É.</i>	Marguerite Hogue- Charlebois, <i>Qué.</i>	Gérald Poulin, <i>Ont.</i>	Yvon-R. Tassé, <i>Qué.</i>
Mary E. Cooley, <i>N.-É.</i>	E.T. Don Holloway, <i>T.-N.</i>	Anna Power, <i>Î.-P.-É.</i>	Joyce Thompson, <i>Î.-P.-É.</i>
Alex Cooper, <i>T.-N.</i>	Alice Labelle, <i>Man.</i>	Doug Rapelje, <i>Ont.</i>	Mary Ellen Torobin, <i>Ont.</i>
Zoe Cousins, <i>Yukon</i>	Florent Lalonde, <i>Ont.</i>	Patricia Raymaker (présidente), <i>Alb.</i>	Bryan Vaughan, <i>Ont.</i>
Bea Daniels, <i>T. N.-O.</i>	Lise Langlois, <i>Qué.</i>		Charles Wall, <i>N.-É.</i>
Mary Davis, <i>Alb.</i>	Reg MacDonald, <i>N.-B.</i>		Blossom T. Wigdor (présidente), <i>Ont.</i>
Kappu S. Desai, <i>Ont.</i>			Paul Wong, <i>Ont.</i>