

## ÉLABORATION D'UNE STRATÉGIE POUR LES SOINS DE LONGUE DURÉE AUX AÎNÉS DU NOUVEAU-BRUNSWICK

Lorsque le Nouveau-Brunswick est devenu une province distincte dotée de son propre gouvernement en 1784, les services sociaux étaient offerts par les familles et les groupes religieux. Deux ans plus tard, le Nouveau-Brunswick a adopté la loi intitulée *Poor Law*, laquelle confiait à chaque paroisse locale la responsabilité de venir en aide et au secours des indigents. Notre système de soins de longue durée tire ses origines de ces institutions. Les paroisses s'occupaient des pauvres, des orphelins, des aînés et des personnes ayant un handicap. À la Confédération, la *Loi sur l'Amérique du Nord britannique, 1867* a conféré aux provinces le droit exclusif de légiférer sur « l'établissement, l'entretien et l'administration des hôpitaux, asiles, institutions et hospices de charité ». Le Nouveau-Brunswick a délégué sa responsabilité en matière de services d'aide sociale aux municipalités et aux « parish councils » (fabriques) qui financent leurs services par les impôts fonciers.

À partir de la fin des années 1950, le gouvernement provincial a commencé à s'occuper davantage du système de soins de longue durée en acceptant la responsabilité d'accorder des permis aux foyers de soins et aux foyers pour personnes âgées et handicapées, et de les surveiller. En 1961, le Nouveau-Brunswick a été la dernière province à abroger la *Poor Law*, qui a été remplacée par la *Loi sur l'assistance sociale*. Cette loi a permis au gouvernement provincial d'assumer de plus grandes responsabilités dans la prestation de services sociaux. La *Poor Law*, avec sa philosophie qui sous-entend que les pauvres sont méritants ou non méritants, a servi de fondement à la politique sociale pendant 175 ans.

Dans les années 1960, le système de soins de longue durée a évolué grâce à l'ajout de règlements concernant les permis, le contrôle et le financement des foyers de soins, ainsi que l'établissement de niveaux de soins et d'allocations journalières. Le gouvernement offrait une aide financière aux personnes dans les foyers de soins spéciaux et dans les foyers de soins qui ne pouvaient pas payer pour les services. En 1967, dans le contexte du programme Chances égales pour tous, la *Loi sur l'assistance sociale* a été modifiée afin de centraliser les pouvoirs pour la prestation de services sociaux au Nouveau-Brunswick. L'objectif était d'éliminer les disparités dans la qualité des services sociaux offerts à l'échelle de la province, disparités causées par les capacités différentes des paroisses et des municipalités de financer ces services par les impôts.

Dans les années 1970, le gouvernement provincial a continué de collaborer avec les foyers de soins spéciaux et les foyers de soins en ce qui a trait aux permis, à l'inspection et au financement. Il a continué de subventionner les pensionnaires qui ne pouvaient payer pour leurs soins, et les allocations journalières ont été normalisées en fonction du niveau de soins nécessaires. Les services pour les aînés ont été étendus afin de promouvoir le mieux-être des personnes âgées en offrant des services communautaires comme solution de rechange aux placements en établissement. Un programme de centres de soins de jour a fait l'objet d'un projet pilote pour mesurer l'efficacité d'une solution de rechange aux foyers de soins pour les aînés pouvant vivre de façon autonome avec des services de soutien le jour. Par la suite, un projet pilote (services communautaires pour personnes âgées) a été mis en œuvre pour tenter de coordonner un éventail de services sociaux et médicaux afin que les aînés puissent rester dans leur localité le plus longtemps possible. Ces services comprenaient des auxiliaires familiales, l'entretien ménager,

des visites amicales, des repas à domicile, des soins de relève de jour, des visites de surveillance, un système de surveillance mutuelle et une banque de spécialistes. Le deuxième objectif était d'encourager les aînés à participer aux activités organisées dans leur localité et d'offrir des services volontairement.

Dans les années 1980, le programme de services communautaires pour personnes âgées a été élargi pour couvrir toute la province en mettant l'accent sur l'élaboration d'une plus vaste gamme de services dans les régions rurales et urbaines dont les suivants : auxiliaires familiales, soins de jour pour les aînés, gros travaux ménagers, visites amicales, services de conseils et services de réconfort téléphonique. Les services communautaires pour personnes âgées ont été adaptés aux besoins particuliers des clients et conçus pour compléter, et non pas remplacer, les systèmes de soutien naturel aux aînés. La pratique visant à encourager les clients à participer financièrement a été renforcées par la création d'une politique de frais de participation pour les auxiliaires familiales, les gros travaux ménagers et les services d'entretien domestique en fonction du revenu du client et de sa capacité de payer. Les services communautaires pour personnes âgées étaient limités à 400 \$ par mois.

Vers la fin des années 1980, le gouvernement finançait 70 % des coûts de fonctionnement des foyers de soins par des subventions accordées pour les soins aux pensionnaires. Un examen multidisciplinaire de tous les aînés sur la liste d'attente pour les foyers de soins a montré qu'environ la moitié d'entre eux pourraient rester à la maison si des services complets de soutien communautaires étaient offerts. Après avoir constaté que les pensionnaires des foyers de soins spéciaux n'avaient pas tous droit à la même qualité de soins, on a établi différents tarifs en fonction de l'intensité des soins requis.

Un projet pilote a été mis en œuvre dans le but d'essayer un modèle de point d'entrée unique pour les foyers de soins spéciaux et les foyers de soins, et pour vérifier l'efficacité d'une panoplie de services visant à offrir des services de soutien aux personnes âgées fragiles dans un milieu de type familial ou chez elles afin de retarder le placement dans les foyers de soins.

Le système de soins de longue durée a acquis passablement de maturité dans les années 1990. Dans la première moitié de la décennie, les services de santé mentale ont été ajoutés au point d'entrée unique et le programme a été offert dans le reste de la province. Cela a permis de réduire de 890 à 55 le nombre de personnes sur la liste d'attente. Le programme a prouvé qu'il était possible de fournir dans les collectivités des services de soins de qualité aux personnes âgées fragiles tout en respectant le budget et à un tarif journalier moindre que celui des foyers de soins. Le programme a été remplacé progressivement par une stratégie pour les soins de longue durée prévoyant des évaluations interdisciplinaires et des réévaluations pour l'élaboration de plans de services complets coordonnés en commun. L'objectif principal était d'unir et de coordonner les services en matière de soins de longue durée afin d'avoir un continuum de soins pour veiller au mieux-être des citoyens ayant besoin de ces services. La stratégie visait l'amélioration et le soutien du système, et non son remplacement. L'admissibilité aux services dépendait des capacités fonctionnelles des personnes au lieu de viser spécifiquement les personnes âgées fragiles ou les enfants handicapés.

Les foyers de soins spéciaux avaient pour but de fournir des chambres et des repas, des soins d'hygiène personnelle de base, une surveillance 24 heures et des soins de relève. Les foyers de soins offrent depuis des services aux personnes de tout âge, ainsi qu'aux citoyens ayant des déficiences physiques, des incapacités mentales ou des blessures à la tête, et aux personnes souffrant de démence ou nécessitant des soins palliatifs.

Pendant la seconde moitié des années 1990, le système de soins de longue durée a été perfectionné pour ressembler, en général, au continuum actuel de services de soutien à domicile, de foyers de soins, de foyers de soins spéciaux et de résidences communautaires. L'objectif était d'améliorer ou de maintenir les soins personnels afin de retarder ou d'éviter la prestation de soins à l'extérieur du domicile et les services offerts par un tiers aux aînés qui ont besoin d'aide dans leurs activités quotidiennes. La Directive sur la contribution financière uniformisée des familles a été élaborée dans le but de cibler la famille, et non la personne, comme responsable des coûts des services non assurés. L'obligation du client de payer des services non assurés l'emporte sur le transfert des richesses. Bien que des subventions soient remises aux personnes ne pouvant pas assumer la totalité des coûts pour les services, il a été établi que le gouvernement paierait en dernier recours. Un modèle d'évaluateur unique a été mis à l'essai là où un employé professionnel, au lieu de deux, a fait l'évaluation à partir d'un outil d'évaluation automatisé.

L'approbation de nouveaux lits dans les foyers de soins spéciaux a fait l'objet d'un moratoire. Un nouveau modèle résidentiel pour les soins de longue durée a été mis en œuvre. Il était fondé sur la capacité fonctionnelle des clients. Les clients ayant moins besoin de soins (niveaux 1 et 2) recevaient des services dans les foyers de soins spéciaux et les clients ayant plus besoin de soins (niveaux 3 et 4) recevaient des soins dans les foyers de soins ou les résidences communautaires. Quelques foyers de soins spéciaux étaient autorisés à fournir des services aux clients du niveau 3 n'ayant pas besoin régulièrement de soins infirmiers.

En 1999, un examen de la Stratégie de soins de longue durée a été approuvé. L'objectif était de cerner les enjeux relatifs à la durabilité et à la capacité de réaction afin de faire des recommandations pour améliorer la stratégie. Le gouvernement a également effectué un examen de la politique sur les niveaux de soins afin d'analyser le degré de complexité et la fréquence des interventions nécessaires pour les pensionnaires des foyers de soins spéciaux, ainsi que le niveau de financement nécessaire pour offrir des services adéquats aux pensionnaires.

De 2000 à 2005, des sommes importantes ont été investies dans le système de soins de longue durée. Le financement du soutien à domicile a été révisé à la hausse afin de permettre l'augmentation du plafond de coût mensuel et de rétablir le nombre maximum d'heures de soutien à domicile à 215 heures par mois. Le financement pour le salaire des aides de maintien à domicile a aussi été revu à la hausse et on a augmenté les tarifs journaliers dans les foyers de soins spéciaux et dans les résidences communautaires. Le financement des foyers de soins a été majoré pour répondre aux besoins des pensionnaires, pour tenir compte de la santé et la sécurité en milieu de travail et pour accroître le nombre d'heures de soins. Enfin, plus de 200 millions de dollars ont été consacrés à la rénovation et au remplacement de l'infrastructure vétuste des foyers, et à l'augmentation du nombre de lits dans les foyers de soins.

Un projet pilote a été mis en œuvre pour faire l'essai de nouvelles façon d'offrir des soins de longue durée à domicile aux adultes de moins de 65 ans. Le moratoire sur l'approbation de nouveaux lits pour les foyers de soins spéciaux a été levé là où le taux d'inoccupation était inférieur à 20 % ou si davantage de lits étaient nécessaires pour fournir à la clientèle des services résidentiels adéquats.

Un certain nombre de changements ont été apportés à la Directive sur la contribution financière uniformisée des familles afin de permettre aux clients et aux conjoints de conserver une part plus importante de leurs avoirs et de leur revenu familial. Entre autres, on ne tient plus compte de la pension d'ancien combattant et de la part des conjoints dans le calcul de la contribution des clients des foyers de soins ou des établissements reconnus. Cela permet aux conjoints de conserver au moins 50 % de l'avoir familial. Sont aussi exemptés la maison, le chalet, la voiture, la terre à bois et tout type de bien immobilier. De plus, la période considérée pour la cession des éléments d'actif a été réduite de cinq à deux ans, et le produit net de la vente de la maison familiale a été exempté du calcul.

Ces dernières années, d'autres changements à la Directive sur la contribution financière uniformisée des familles ont été mis en œuvre. Après la vente d'une résidence principale, la contribution des clients des foyers de soins, des foyers de soins spéciaux et des résidences communautaires n'est plus augmentée. Le produit net de la vente de la résidence principale est exempté du calcul de la contribution financière des clients. La directive a été modifiée pour tenir compte du revenu plutôt que des moyens et les pensionnaires des foyers de soins n'ont maintenant qu'à payer un tarif journalier de 70 \$ pour la chambre et la pension. Tous les autres services des foyers sont maintenant couverts par le gouvernement et les pensionnaires qui n'ont pas les moyens de payer 70 \$ par jour continuent de recevoir une subvention.

En avril 2007, le gouvernement a annoncé qu'il allait renouveler la stratégie de soins de longue durée afin que le système réponde aux besoins des aînés d'aujourd'hui et de demain. Les Néo-Brunswickois pourront participer au processus à l'occasion de consultations publiques de grande envergure qui se dérouleront au printemps 2007. Ces consultations permettront d'entreprendre l'élaboration d'une nouvelle stratégie en matière de soins de longue durée qui sera mise en œuvre progressivement au cours des 10 prochaines années.