



Infirmière  
Immatriculée

# La génération oubliée

APPEL URGENT À ENTAMER UNE RÉFORME DU SECTEUR DES SOINS DE  
LONGUE DURÉE AU NOUVEAU BRUNSWICK – *par Jeff Hull*



New Brunswick Nurses Union | Syndicat des infirmières et in  
du Nouveau-Brunswick

Publié par le  
Syndicat des infirmières et infirmiers du Nouveau-Brunswick  
www.siinb.ca  
103, allée Woodside  
Fredericton (Nouveau-Brunswick) E3C 0C5  
506-453-0829

© Syndicat des infirmières et infirmiers du Nouveau-Brunswick

Tous droits réservés. Aucune partie de cette publication ne peut être reproduite ou transmise sous aucune forme ou par aucun moyen, électronique ou mécanique, y compris par photocopie, enregistrement, ou par aucun système de stockage et d'extraction d'information, sans l'autorisation préalable donnée par écrit du Syndicat des infirmières et infirmiers du Nouveau-Brunswick.

La présente publication a été rédigée par le Syndicat des infirmières et infirmiers du Nouveau-Brunswick dans le but de fournir des renseignements sur un ou plusieurs sujets particuliers. Les opinions et les points de vue exprimés dans cette publication sont ceux des personnes à qui ils sont attribués et ne reflètent pas nécessairement les politiques et les points de vue du Syndicat des infirmières et infirmiers du Nouveau-Brunswick ou de ses membres.

La génération oubliée :

Appel urgent à entamer une réforme du secteur des soins de longue durée au Nouveau-Brunswick

Première édition, octobre 2020

ISBN : 978-0-9684438-1-1

Imprimé et relié au Canada par Taylor Printing.

Aux infirmières et infirmiers immatriculés  
des foyers de soins du Nouveau-Brunswick.

Vous n'êtes pas seuls.  
Nous ferons entendre  
votre voix.



# Table des matières

<b>Message de la présidente du Syndicat des infirmières et infirmiers du Nouveau-Brunswick</b>	<b>1</b>
<b>Avant-propos : D<sup>re</sup> Deborah van den Hoonaard (Université St. Thomas)</b>	<b>4</b>
<b>Introduction</b>	<b>7</b>
<b>Bref historique des foyers de soins du Nouveau-Brunswick</b>	<b>10</b>
<b>Revue de la littérature</b>	<b>21</b>
Acuité de l'état des résidents et complexité des soins	22
Niveaux de dotation et combinaison de compétences	26
Infirmières et infirmiers praticiens	28
Violence dans le secteur des soins de longue durée	30
Collecte des données dans le secteur des soins de longue durée	32
Privatisation	39
<b>Enquêtes du SIINB</b>	<b>43</b>
Problème de gouvernance	43
Pénurie de personnel infirmier au Nouveau-Brunswick	69
Violence en milieu de travail	92
<b>Sommaire des rapports provinciaux</b>	<b>105</b>
Rapports du vérificateur général du Nouveau-Brunswick	107
Stratégie sur le vieillissement pour le Nouveau-Brunswick	109
Rapports de l'Association des foyers de soins du Nouveau-Brunswick	113
Règlement provincial : <i>Loi sur les foyers de soins</i> et politique ministérielle	116

<b>Sondage du SIINB auprès des membres</b>	<b>118</b>
<b>Sondage du SIINB auprès des tiers</b>	<b>129</b>
<b>Entrevues avec des informateurs clés</b>	<b>135</b>
Entrevues avec des personnes influentes	141
<b>Recommandations du rapport du SIINB</b>	<b>160</b>
Recommandations au gouvernement fédéral	160
Recommandations au gouvernement provincial	162
• Finances du Nouveau-Brunswick	162
• Gouvernance des soins de longue durée	163
• Pénurie de personnel infirmier	167
• Violence au travail	170
• Transparence et responsabilisation	171
<b>Conclusion</b>	<b>174</b>
<b>Épilogue : La COVID-19 et les foyers de soins au Canada</b>	<b>176</b>
<b>Glossaire</b>	<b>180</b>
<b>Sources des citations</b>	<b>181</b>
<b>Foyers de soins dotés en II membres du SIINB</b>	<b>195</b>
<b>Au sujet de l'auteur</b>	<b>197</b>

# Message de la présidente du Syndicat des infirmières et infirmiers du Nouveau-Brunswick

L'année 2020 s'est avérée une année monumentale pour la profession infirmière et la prestation des soins de santé à l'échelle mondiale. Le 12 mai marquait le jour du bicentenaire de la naissance de Florence Nightingale, la fondatrice des soins infirmiers modernes. L'Organisation mondiale de la santé a désigné l'année 2020 comme l'Année des sages-femmes et du personnel infirmier. Ce sont deux événements remarquables. Toutefois, c'est la pandémie mondiale de COVID-19 qui a braqué les projecteurs sur les infirmières et infirmiers immatriculés (II). Involontairement, cette pandémie sans précédent rappelle au monde à quel point l'expertise, les compétences et les connaissances irremplaçables des II sont importantes.

Au Nouveau-Brunswick, les II prodiguent des soins aux aînés depuis plus de 200 ans. Au fil du temps, leur détermination à fournir des soins de fin de vie de qualité est demeurée inébranlable et inflexible. On ne peut malheureusement pas en dire autant de notre système provincial de soins de longue durée. Pendant plus d'un an, le Syndicat des infirmières et infirmiers du Nouveau-Brunswick (SIINB) a effectué des recherches exhaustives sur le secteur des foyers de soins de la province pour démontrer qu'une réforme du système s'impose, ce que les II du Nouveau-Brunswick savent depuis de nombreuses années.

Les aînés qui ont construit la prospérité de la province et qui y ont contribué ont le droit de vivre leurs dernières années dans la dignité et en sécurité.



Toutefois, un grand nombre de foyers de soins subissent les effets d'une diminution progressive du nombre de professionnels de la santé réglementés, d'un financement inadéquat et d'un manque de surveillance de la part du gouvernement, ce qui a entraîné un déclin continu dans la prestation des soins. Les II travaillent de longues heures, souvent jusqu'à l'épuisement, pour soutenir les résidents de ces foyers de soins, qui sont comme des membres de la famille, en faisant preuve de compassion et en utilisant leurs compétences et leurs connaissances pour gérer la situation. De plus en plus, les efforts déployés ne peuvent faire oublier la vérité dérangeante. Le gouvernement néglige notre population la plus vulnérable – nos aînés, la génération oubliée.

Lorsque j'ai accédé à la présidence du SIINB en 2016, je connaissais l'urgence d'apporter des changements. En 2017, le gouvernement a dévoilé une stratégie provinciale sur le vieillissement – stratégie dans laquelle la voix des travailleurs de première ligne est restée silencieuse. Lors des réunions avec les employeurs, les intervenants et le gouvernement, j'ai continué de défendre les intérêts des II et des résidents; mais les voix les plus importantes que doivent entendre nos élus maintenant sont celles des II. L'occasion leur est enfin donnée dans le présent rapport. Leurs versions des faits et nos recherches dressent un portrait troublant.

*La génération oubliée* vise à rehausser le niveau de discussions au sein du gouvernement et à aider les Néo-Brunswickois à trouver des solutions rentables et novatrices. Maintenir le statu quo, surtout après avoir lu la présente publication, causerait un tort considérable à nos grands-parents, à nos parents et à nous-mêmes.

En tant que II, dirigeante syndicale et militante, j'ai toujours adhéré au principe selon lequel des gens aux idées différentes peuvent quand même travailler ensemble pour réaliser un changement important. C'est pourquoi le SIINB a travaillé avec deux gouvernements provinciaux à la stratégie en matière de ressources infirmières du Nouveau-Brunswick. C'est aussi pourquoi les travailleurs de la santé du Nouveau-Brunswick ont collaboré aussi étroitement avec le gouvernement durant la première vague de la pandémie de COVID-19. Malheureusement, le présent rapport montre clairement, en ce qui a trait aux soins de longue durée, que le gouvernement a cafouillé dans la recherche de solutions.

Une des mesures les plus rigoureuses que peut prendre un gouvernement est d'adopter des dispositions législatives visant à protéger ses citoyens. C'est pourquoi le SIINB a lutté en faveur de l'inclusion du libellé sur la violence au travail dans la *Loi sur l'hygiène et la sécurité au travail* du Nouveau-Brunswick. Mais aucune loi ne vaut le papier sur lequel elle est imprimée si le gouvernement ne se dote pas des outils nécessaires pour l'appliquer. Les II du Nouveau-Brunswick seront toujours là pour prodiguer des soins exceptionnels aux résidents des foyers de soins. Ce qu'il nous faut maintenant, c'est la responsabilisation des représentants du gouvernement afin que les soins puissent être dispensés. L'examen approfondi de la gouvernance effectué pour le présent rapport soulève de sérieuses questions sur la transparence, la responsabilisation et l'obligation de diligence du gouvernement.

Les aînés du Nouveau-Brunswick et leurs familles méritent mieux. Surtout, ils méritent de connaître la vérité. Le SIINB demande donc une enquête indépendante en vertu de la Loi sur les enquêtes.

Cette enquête viserait à répondre à des questions cruciales. Le présent rapport constituera un excellent point de départ. Par exemple, pourquoi le niveau d'acuité de l'état des résidents des foyers de soins continue-t-il d'augmenter chaque année tandis que le personnel soignant réglementé continue de diminuer? Comment peut-on permettre à la moitié des foyers de soins au Nouveau-Brunswick de ne pas respecter les normes minimales d'une dotation sécuritaire? Pourquoi les taux de violence dans les foyers de soins atteignent-ils des proportions inquiétantes? Pourquoi les dirigeants du Nouveau-Brunswick estiment-ils que la privatisation améliorera la situation lorsque des éléments probants montrent qu'elle aura assurément pour effet de l'aggraver?

Le présent rapport contient 38 recommandations visant à renforcer le secteur des soins de longue durée au Nouveau-Brunswick. Bon nombre de ces recommandations coûteraient pratiquement rien ou si peu aux contribuables. Il ne s'agit pas d'une liste d'options à partir de laquelle le gouvernement peut choisir. Les nombreux défis auxquels font face les foyers de soins du Nouveau-Brunswick sont profondément intégrés. Seule une démarche globale et cohérente peut permettre de les affronter.

Depuis 2004, 16 rapports sur les aînés et les soins de longue durée ont été produits dans la province. Le présent rapport ne doit absolument pas devenir un autre ouvrage que le gouvernement mettra au rancart. Les personnes de bonne volonté doivent participer davantage. Les infirmières et infirmiers au Canada se sont joints aux nombreuses voix à Ottawa qui demandent que les soins de longue durée soient inclus dans la *Loi canadienne sur la santé*, mais ici, au Nouveau-Brunswick, ces défis ne peuvent pas attendre. Il faut amorcer le changement dès aujourd'hui.

Le présent rapport devrait tirer la sonnette d'alarme chez les dirigeants du Nouveau-Brunswick, mais il ne cherche pas à jeter le blâme sur quiconque. On n'a pas de temps à perdre. Les aînés les plus vulnérables sont à risque. Le SIINB est prêt à travailler avec tous ceux qui s'intéressent véritablement au mieux-être des aînés et veulent aider à reconstruire le système qui s'occupe d'eux. Nous vous invitons à contribuer à cet effort.

Aux Il qui donnent leurs versions des faits dans le présent rapport et à leurs collègues des foyers de soins de la province, je vous promets que nous ferons entendre votre voix.



Paula Doucet, Il

Présidente du Syndicat des infirmières et infirmiers du Nouveau-Brunswick

# Avant-propos

**D<sup>e</sup> Deborah van den Hoonaard**  
**Professeure émérite,**  
**Université St. Thomas**



J'ai accepté avec grand plaisir l'invitation à écrire l'avant-propos de *La génération oubliée : Appel urgent à entamer une réforme du secteur des soins de longue durée au Nouveau-Brunswick*. En tant que gérontologue effectuant des recherches sur ce que signifie être âgé d'un point de vue sociologique depuis trente ans, les défis systémiques dans les soins de longue durée pour les Néo-Brunswickois aînés me préoccupent beaucoup depuis longtemps. En lisant le rapport, je vous exhorte à vous poser constamment la question suivante : *Comment voudrais-je vivre?*

Le présent rapport ne pouvait arriver à un moment plus propice. La pandémie de COVID-19 a fait ressortir les nombreux problèmes de société au Canada, et les soins de longue durée sont au cœur de ces problèmes, plus de 80 % des décès survenant dans les établissements de soins de longue durée. L'état des foyers de soins a choqué le pays. C'est par pure chance que le Nouveau-Brunswick n'a pas connu la même perte tragique de vie. Il serait insensé de croire que le secteur des foyers de soins de la province est moins vulnérable.

Les conséquences tragiques de la COVID-19 nous donnent l'occasion de vraiment modifier fondamentalement notre organisation des foyers de soins. Il faut faire plus que de simplement appliquer des solutions provisoires à notre système. Des changements fondamentaux sont nécessaires. *Comment voudrais-je vivre?*

La génération oubliée brosse un portrait saisissant de la situation dans les foyers de soins au Nouveau-Brunswick, mais ce n'est guère étonnant. Depuis de nombreuses années, le gouvernement a choisi de percevoir les soins de longue durée comme une dépense à réduire. Comme l'explique le présent rapport, le Nouveau-Brunswick réduit les heures de soins et le ratio en personnel réglementé depuis un certain nombre d'années, donnant lieu à des soins insatisfaisants et à des pénuries de personnel. À ces décisions vient s'ajouter le fait qu'on compte sur le travail occasionnel et à temps partiel, et sur des salaires peu élevés.

Les décisions visant à réduire les coûts reflètent un modèle d'assistance qui consiste simplement à nourrir et à laver les résidents, lesquels sont traités comme des meubles à dépoussiérer; ce sont des êtres humains à part entière. *Comment voudrais-je vivre?*

Le modèle d'affaires actuel a donné lieu à des pratiques de gestion allégée qui éliminent les redondances ou les capacités inutilisées du système. C'est donc dire que les infirmières et les infirmiers, et les autres personnes qui prennent soin des résidents des foyers de soins n'ont pas le temps de traiter les résidents comme des êtres humains à part entière.

Il y a des décennies, la D<sup>re</sup> Dorothy Pringle, membre de l'Ordre du Canada et spécialiste des soins de longue durée, a prononcé un discours thème pour l'Association canadienne de gérontologie dans lequel elle mentionnait la question de l'attente. Elle a donné comme exemple un travailleur qui habille un résident pendant qu'un autre résident a besoin d'aide pour la toilette. Si vous finissez d'habiller la première personne, l'autre s'échappera. Si vous aidez le deuxième résident, le premier restera à moitié habillé pendant une demi-heure. La dotation allégée mène à ce genre de problème. Il peut sembler que l'inefficacité a été supprimée du système en autorisant moins d'heures de soins par résident ou en supprimant les travailleurs supplémentaires, mais cela porte atteinte à la dignité des résidents, ce qui peut être considéré comme une « violence structurelle ». *Comment voudrais-je vivre?*

*La génération oubliée* fait ressortir les défis que comportent les politiques de dotation qui augmentent le travail occasionnel et à temps partiel. Il importe de remplacer ces emplois précaires et sous-payés par des emplois stables à temps plein bien rémunérés qui permettent aux infirmières et aux infirmiers, ainsi qu'aux autres travailleurs de prodiguer de véritables soins aux résidents (et de créer de véritables liens avec eux) et qui reconnaissent les compétences requises pour accomplir le travail.

Le débat sur les soins de longue durée et les soins en établissement a toujours abordé la question du financement comme une dépense que nous ne pouvons pas nous permettre. À mon avis, il serait plus rentable de percevoir la dotation comme un investissement et une création d'emplois. Le Nouveau-Brunswick a donné des millions de dollars aux grandes sociétés qui prennent l'argent et qui quittent lorsqu'elles reçoivent une meilleure offre. Bien rémunérer les II, les IAA et les PSP atténuerait les pénuries de personnel, conserverait l'argent dans la province et pourrait même diminuer le vieillissement démographique au Nouveau-Brunswick.

Le rapport fournit des arguments convaincants contre la privatisation continue des foyers de soins, et j'appuie vivement cette position. Nous savons, depuis des décennies, que les foyers de soins privés à but lucratif dispensent des niveaux de soins insatisfaisants. Ils économisent sur la dotation, le nettoyage et la nourriture. Personne ne sera étonné d'apprendre que la qualité des soins dans ces établissements en souffre. Le taux de décès liés à la COVID-19 dans les foyers de soins à but lucratif en Ontario est beaucoup plus élevé que celui dans les foyers sans but lucratif. Ceux qui ont lu des rapports et des études depuis des décennies ne sont pas surpris. Ce n'est pas par hasard que la première étude ethnographique sur les foyers de soins à but lucratif publiée en 1992 était intitulée *Making Gray Gold. Comment voudrais-je vivre?*

Aussi étonnant que puissent paraître les données dans *La génération oubliée*, ce sont les citations tirées des entrevues avec des II qui travaillent dans les foyers de soins du Nouveau-Brunswick qui sont déchirantes. Elles racontent les difficultés et l'impuissance à maintenir un niveau décent de soins pour les résidents. Ces infirmières et infirmiers qui arrivent à prodiguer d'excellents soins dans de telles conditions accomplissent un travail extraordinaire. Comme le souligne la sociologue Pat Armstrong, l'état des soins découle des conditions de travail. *Comment voudrais-je vivre?*

Enfin, il est maintenant temps que le gouvernement reconnaisse qu'un grand nombre des problèmes dans les foyers de soins découlent de la sous-évaluation de la prestation des soins en général et de la sous-évaluation des personnes vieillissantes. Une pratique est établie de longue date de sous-payer le travail qui est traditionnellement accompli par des femmes. Les II et les autres employés qui travaillent dans les foyers de soins subissent les effets de la sous-évaluation du travail des femmes et du préjugé voulant que les résidents soient vieux et infirmes. De plus, les résidents des foyers de soins sont invisibles et, jusqu'à la pandémie, il était facile de les ignorer. Les foyers de soins ont été des cibles faciles lors des compressions budgétaires, mais cette pratique doit maintenant cesser.

Trente-huit recommandations sont formulées à la fin du rapport *La génération oubliée*. Chacune donne suite à un problème grave dans les foyers de soins du Nouveau-Brunswick. Il faut maintenant mettre ce secteur à la une du programme politique et réagir par des actions plutôt que par des mots. Nous devons saisir l'occasion avant que les leçons apprises de la COVID-19 et cet important rapport tombent dans l'oubli. *Comment voudrais-je vivre?*

# Introduction

Au cours des prochaines années, le Nouveau-Brunswick et les Néo-Brunswickois auront du mal à prendre soin de plus de 10 000 aînés vulnérables qui nécessiteront des soins à temps plein dans les foyers de soins. Ce n'est pas une question de politique. Ce n'est pas une position politique. C'est la logique mathématique. La tâche sera gigantesque même si le secteur des soins de longue durée du Nouveau-Brunswick fonctionnait efficacement, mais ce n'est pas le cas.

Selon l'économiste Richard Saillant, auteur de *Au bord du gouffre* (2014), les coûts relatifs aux soins de santé au Nouveau-Brunswick dépassent nettement 5 % chaque année, et le transfert canadien en matière de santé nouvellement négocié augmente maintenant à un faible 3 % chaque année. M. Saillant estime qu'il faudra jusqu'à 12 000 lits en foyers de soins au cours des 20 prochaines années, soit plus de deux fois le nombre total actuel. Le rapport du directeur parlementaire du budget de 2018 précise que la dette du Nouveau-Brunswick, alors à 34 % du PIB, pourrait grimper à 115 % du PIB dans 25 ans, le taux le plus élevé au pays (Canada, 2018). Les 777 000 résidents du Nouveau-Brunswick ne peuvent tout simplement pas financer seuls les soins en établissement pour un nombre d'aînés souffrant de maladies chroniques représentant plus de deux fois le nombre actuel; pas aux taux d'imposition actuels, ni à n'importe quel ensemble de taux d'imposition. C'est financièrement impossible.



## SONDAGE DU SIINB AUPRÈS DU PUBLIC

**91 %** des Néo-Brunswickois appuient l'inclusion des soins en établissement au régime universel de soins de santé au Canada.

Le gouvernement du Canada continue d'affirmer que les foyers de soins sont une responsabilité provinciale, mais comment est-ce le cas dans une province comme le Nouveau-Brunswick? Cette position n'est plus viable, ni conforme à l'éthique. Si des Canadiens âgés vivent dans la dignité dans leurs foyers de soins et d'autres pas, qu'est-ce que cela suppose pour le contrat social du Canada? Est-il vraiment possible que des Canadiens âgés sont condamnés à recevoir des niveaux de soins anémiques, simplement parce qu'ils vivent à l'est du Québec?

Les Il savent que les foyers de soins sont considérés, avec raison, comme un prolongement de notre système hospitalier et que les résidents des foyers de soins méritent tout autant des soins professionnels spécialisés. C'est pourquoi des intervenants clés, tels la Coalition canadienne de la santé (2019), ont demandé que les soins prodigués dans les foyers de soins soient inclus dans le système universel de soins de santé du Canada, en vertu de la *Loi canadienne sur la santé*; un point de vue partagé par 91 % des Néo-Brunswickois. Néanmoins, il est inévitable que des provinces comme le Nouveau-Brunswick doivent continuer d'assumer une grande partie des coûts et toutes les responsabilités de l'administration des foyers de soins.

---

## ENTREVUES AVEC DES PERSONNES INFLUENTES

***Nous devons demander au gouvernement fédéral d'imposer des normes minimales et d'accorder le financement nécessaire, en collaboration avec le gouvernement provincial, pour assurer la conformité à ces normes.***

- KRIS AUSTIN, CHEF DE L'ALLIANCE DES GENS

---

Pour présenter les meilleurs arguments possibles en faveur d'une aide fédérale accrue, nous devons réformer notre secteur des soins de longue durée et les systèmes sur lesquels il s'appuie. Pour cette raison, le présent rapport porte presque entièrement sur les défis systémiques auxquels font face les foyers de soins au Nouveau-Brunswick et sur les solutions connexes. Notre rapport n'est pas le premier à s'attaquer à ces problèmes. On en compte plus d'une douzaine depuis 2004. Le fait que la province en soit arrivée là où elle en est aujourd'hui, malgré tous ces rapports, est une des mises en cause les plus accablantes que nous exposerons dans les pages qui suivent. La situation ne doit absolument pas se prolonger.

Comme l'expliquent des spécialistes, tels D<sup>re</sup> Suzanne Dupuis-Blanchard, le Nouveau-Brunswick a l'occasion de devenir un chef de file, en s'assurant de développer des systèmes qui s'appuient sur l'innovation, les pratiques exemplaires et les soins axés sur les patients, non pas sur l'austérité ou la marge de profit d'une entreprise. Maintenant encore, l'occasion existe, mais seulement si nous agissons.

Ce qui suit n'est pas une longue discussion sur l'immense vague de vieillissement qui menace le Nouveau-Brunswick; il suffit de lire le journal local pour se tenir au courant. Nous examinerons plutôt de près le secteur des foyers de soins de la province, les forces qui pèsent sur le secteur et les décisions frénétiques, souvent troublantes, qui en découlent. Nous verrons que les niveaux de soins sont tellement inadéquats, ce qui devrait nous pousser tous à agir. Les défis seront évalués, et des solutions spécifiques seront proposées. Les personnes influentes du secteur participeront aux plus grands débats. Nous examinerons à fond trois enquêtes menées par le SIINB sur la pénurie de personnel infirmier, la violence au travail et la surveillance exercée par le gouvernement. Nous étudierons les conclusions des meilleures études de recherche sur tous les grands problèmes dans le secteur des soins de longue durée. Des anciens et anciennes ministres du Développement social, des II et d'autres intervenants parleront des pressions exercées sur notre système jusqu'au point de rupture.

Les effets de ces pressions sont ressentis partout. De moins en moins d'employés sont appelés à dispenser des soins aux patients de plus en plus malades qui sont hébergés dans des bâtiments de plus en plus vieux. Entre temps, le gouvernement provincial, désespéré, semble vouloir se tourner vers le secteur privé, avec des résultats inquiétants, comme il fallait s'y attendre. Les décisions sur les soins aux aînés les plus vulnérables ne devraient jamais être prises lorsqu'on est désespéré. Nous souhaitons que le présent rapport vous permette de faire une pause et de réfléchir avec nous sur la façon de prendre les décisions.

La privatisation est inacceptable. Le statu quo n'est pas viable. Parlons de ce qui nous a menés à la situation actuelle, de la direction que nous voulons suivre et des mesures correctives qui doivent être prises de façon urgente pour s'assurer que les foyers de soins ne deviennent pas le milieu de vie d'une génération oubliée.

# Bref historique des foyers de soins du Nouveau-Brunswick

Vers la fin de décembre 2016, le premier ministre du Nouveau-Brunswick, Brian Gallant, a annoncé une entente bilatérale de dix ans avec le gouvernement fédéral d'une valeur de 1,2 milliard de dollars. L'entente a été conclue dans un climat de négociations tendu entre les provinces et le gouvernement fédéral sur l'avenir des paiements dans le cadre du transfert canadien en matière de santé. Des fonds obtenus par Brian Gallant, 125,1 millions de dollars seraient consacrés à l'amélioration des soins et de l'infrastructure des soins dans les foyers de soins, et 104,3 millions serviraient à appuyer les diverses initiatives en santé mentale.

L'entente a suscité de sévères critiques. Après correction pour l'inflation, les nouveaux fonds équivalaient à une réduction de 3 % du transfert annuel en matière de santé au Nouveau-Brunswick, et non une hausse (Benzie, 2016). Plusieurs intervenants, dont le ministre de la Santé du Québec, Gaétan Barrette, ont vivement critiqué le premier ministre Gallant et son équipe pour une capitulation hâtive.



Tout de même, il était évident que les fonds et la prévisibilité des coûts étaient grandement nécessaires au Nouveau-Brunswick; une province où les transferts fédéraux et autres fonds d'Ottawa constituent plus de 33 % du budget annuel du gouvernement (Nouveau-Brunswick, 2020a). Au cours de l'exercice financier 2020-2021, les paiements fédéraux totaliseront 3,379 milliards de dollars, le plus important transfert jamais reçu par une province canadienne, rajusté en fonction de la population.

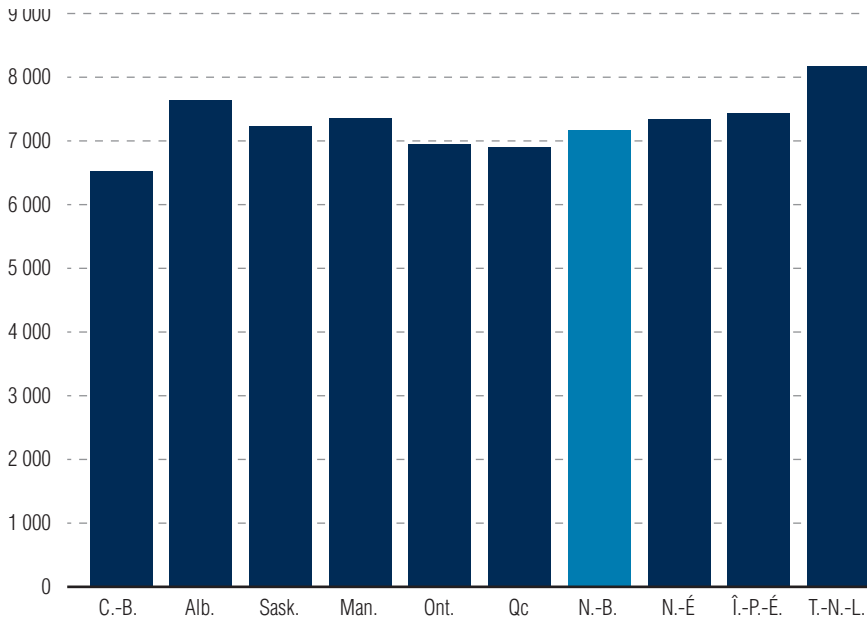
Lors des négociations sur le transfert en matière de santé, la province comptait un peu plus de 750 000 personnes, dont 148 000 aînés (19,5 %). D'ici 2038, on prévoit que 31 % de la population du Nouveau-Brunswick seront des aînés; un énorme problème pour lequel un gouvernement doit planifier. Par comparaison, en 2038, les aînés représenteront 24 % de la population; avec la possibilité que l'immigration réduise ce nombre dans un grand nombre de régions du pays (Nouveau-Brunswick, 2017a). Le Nouveau-Brunswick fait face à une énorme vague de vieillissement qui frappera la province avant le reste du pays, et qui sera plus forte et beaucoup plus difficile à gérer.

La population rurale de la province est très dispersée sur un territoire plus grand que les États du Rhode Island, du Delaware, du Connecticut, du New Jersey et du Vermont réunis. Le gouvernement doit entretenir plus de 20 000 kilomètres de routes asphaltées ainsi qu'une flotte de traversiers fluviaux et océaniques assurant la liaison à des endroits comme l'Île Deer et Grand Manan. Au Nouveau-Brunswick, près de la moitié des aînés vivent dans des collectivités rurales, soit plus du double de la moyenne nationale. Il est quasi impossible de centraliser la plupart des services. Plus d'aînés déménagent dans la province chaque année que ceux qui déménagent ailleurs. Les chiffres sont, pour le moins, décourageants.

De plus, la plupart des Néo-Brunswickois ne sont pas en bonne santé. Le Nouveau-Brunswick a de loin le plus haut taux de diabète au Canada (Statistique Canada, 2018a) et un des taux de cancer les plus élevés au pays. Le Nouveau-Brunswick affichait un taux de prévalence de l'obésité de 39 %, le deuxième plus élevé au pays, derrière Terre-Neuve-et-Labrador (Statistique Canada, 2018b). Au Nouveau-Brunswick, 36 % des aînés ont une invalidité qui influe sur leurs activités de tous les jours et 39 % des aînés ont trois affections chroniques ou plus (Nouveau-Brunswick, 2017a).

Le Nouveau-Brunswick peut être l'une des provinces les moins en santé au pays, mais les dépenses en santé ne le reflète pas. Avec tous ces défis, on s'attendrait à ce que les dépenses en soins de santé au Nouveau-Brunswick soient bien au-dessus de la moyenne nationale, mais, en 2019, le coût annuel par personne au Nouveau-Brunswick était seulement 119 \$ de plus que la moyenne nationale de 7 068 \$ et beaucoup moins que la moyenne de 7 381 \$ de la Nouvelle-Écosse.

Figure 1



Source : (ICIS, 2019)

Pourtant, une grande partie de la population de la Nouvelle-Écosse est concentrée autour d'Halifax, ce qui permet de la servir beaucoup plus efficacement. En général, le Nouveau-Brunswick dépense moins par personne sur les soins de santé que toute autre province, à part la Colombie-Britannique, l'Ontario et le Québec. Si un gouvernement du Nouveau-Brunswick devait accroître les dépenses en santé par personne à la moyenne du Canada Atlantique, il en résulterait des investissements grandement nécessaires de centaines de millions de dollars.

## ENTREVUES AVEC DES INFORMATEURS CLÉS

*Les foyers de soins ont un service de santé très sollicité. Pour qu'ils respectent et améliorent les normes de soins et les niveaux de maintien en poste du personnel, le gouvernement doit reconnaître le besoin de fonds additionnels.*

- ANCIENNE MINISTRE DU DÉVELOPPEMENT SOCIAL

La démographie, les pressions financières et une population en bien mauvaise santé ne sont que quelques-uns des nombreux défis auxquels ont fait face plusieurs gouvernements. Le gouvernement Gallant n'a pas fait exception. Après l'entente de 2016, le premier ministre Gallant est allé à Ottawa, en octobre 2017, pour plaider en faveur d'autres fonds fédéraux. Cette fois, il s'agissait d'un projet pilote dans lequel le Nouveau-Brunswick pouvait agir comme une sorte de laboratoire. Théoriquement, en étudiant le vieillissement au Nouveau-Brunswick, le gouvernement du Canada pourrait élaborer des stratégies nationales sur le vieillissement avant que les prochaines mutations démographiques se répercutent ailleurs au pays.

Étant donné que le Nouveau-Brunswick compte l'une des plus importantes populations de personnes âgées de 65 ans et plus au Canada, notre province est l'endroit idéal où mettre en œuvre un projet pilote sur les aînés en santé. Trouver des solutions novatrices pour surmonter certains des défis financiers associés à une population vieillissante profiterait au Nouveau-Brunswick et à l'ensemble du pays. (Nouveau-Brunswick, 2017b).

En effet, quelques mois plus tard, en juin 2018, le premier ministre Gallant et la ministre de la Santé d'alors et députée fédérale de Moncton-Riverview-Dieppe, Ginette Petitpas Taylor, ont annoncé que les gouvernements fédéral et provincial lançaient un projet de 75 millions de dollars axé sur l'étude du vieillissement au Nouveau-Brunswick pendant trois ans (Nouveau-Brunswick, 2018a). Ce projet de recherche comporterait sans doute quelques questions difficiles.

Comment une province comptant moins de 800 000 habitants est-elle censée payer les soins de plus de 200 000 aînés? Quelle norme de soins recevrait les aînés les plus vulnérables et quel modèle de prestation serait utilisé?

Traditionnellement, il n'y a pas de motif sous-tendant un but lucratif dans la prestation des soins dans les foyers de soins au Nouveau-Brunswick. Depuis le début du 20<sup>e</sup> siècle, les Néo-Brunswickois pouvaient avoir l'assurance qu'à un âge avancé, leurs soins ne seraient pas basés sur le bilan financier d'une entreprise. Mais est-ce que ces valeurs prévaudraient ou céderaient devant ces pressions démographiques énormes?

## Modèle sans but lucratif

Le secteur des foyers de soins au Nouveau-Brunswick est faible et s'affaiblit. Un grand nombre de foyers de soins sont de très vieux bâtiments situés loin des plus grands centres de population de la province. Dans chaque foyer de soins, l'autorité est exercée par un groupe de gens très restreint, et l'autorité gouvernementale peut parfois sembler loin. L'inégalité règne, l'information fiable est rare, la violence augmente et ceux qui parlent le plus fort demandent une réglementation plus souple. Entre temps, les aînés du Nouveau-Brunswick et le personnel qui s'occupe d'eux ne savent plus où donner de la tête pour obtenir de l'aide.

Traditionnellement, les soins de longue durée au Nouveau-Brunswick sont prodigués par de multiples organismes communautaires et à but non lucratif, tels l'Église Unie ou l'Armée du Salut. Comme nous le verrons dans notre examen de la gouvernance, ce modèle a parfois eu de la difficulté à s'adapter. Au moment de la rédaction du présent rapport, la province comptait 60 foyers de soins sans but lucratif. Deux ont récemment été remplacés par un nouveau complexe à but lucratif de 240 lits à Miramichi, dont le contrat a été attribué à Shannex Inc, dont le siège social est à Halifax (Nouveau-Brunswick, 2017c). Les foyers de soins sans but lucratif sont supervisés par des conseils bénévoles et sont directement financés par le gouvernement par l'entremise du ministère du Développement social.

En réponse aux demandes de renseignements du SIINB, le Ministère a révélé que, pour l'exercice financier 2018-2019, le financement totalisait un peu moins de 321 millions de dollars, incluant les salaires, les avantages sociaux, les fournitures et les paiements hypothécaires (Ministère du Développement social, courriel du 11 mars 2019). À la fin de 2019, le Nouveau-Brunswick comptait 4 792 lits dans ses foyers de soins sans but lucratif, dont certains sont concentrés autour des grandes villes du Nouveau-Brunswick et d'autres sont davantage ruraux. Ces foyers de soins sont situés partout dans la province, ce qui en font, en principe, des centres de services communautaires idéals pour les aînés, comme ceux décrits dans *Se tenir ensemble : Une stratégie sur le vieillissement pour le Nouveau-Brunswick*, publié en 2017 par le Conseil sur le vieillissement du Nouveau-Brunswick. Nous y reviendrons plus loin.

---

## ENTREVUES AVEC DES INFORMATEURS CLÉS

***Tous les gouvernements semblent souscrire à l'idée d'aider les gens à demeurer chez eux le plus longtemps possible. Pour ce faire, il faut renforcer la capacité communautaire; et c'est là que tous échouent.***

- ANCIENNE MINISTRE DU DÉVELOPPEMENT SOCIAL

---

Ce rapport de 2017 constitue une occasion exceptionnelle de revoir le modèle des foyers de soins sans but lucratif en cherchant à le renforcer à long terme. Malheureusement, ni la stratégie sur le vieillissement pour le Nouveau-Brunswick ni la nouvelle recherche sur le vieillissement financée par le gouvernement fédéral ne motiveront les décisions du gouvernement à l'avenir. Le gouvernement Gallant avait déjà commencé à agir.

## Profits avant les gens

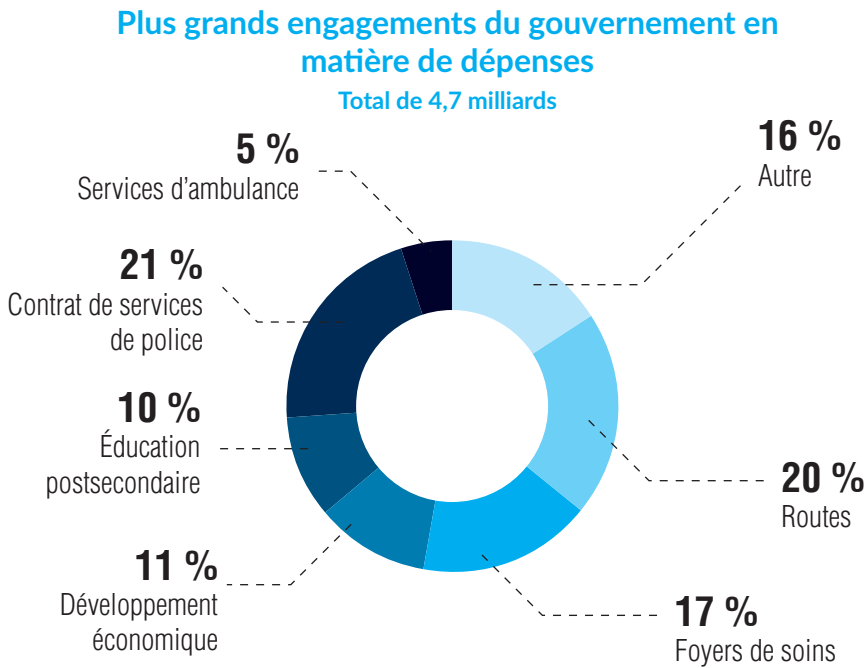
Une annonce a été faite, en février 2018, que le gouvernement du Nouveau-Brunswick ajouterait plus de 1 000 lits en foyers de soins et en foyers de soins spéciaux; une des annonces les plus ambitieuses du gouvernement depuis des années sur les soins aux aînés. Dix foyers de soins de 60 lits devaient être construits, et 407 lits pour aînés atteints de troubles de la mémoire et d'autres formes de démence devaient être ajoutés dans les foyers de soins spéciaux. L'annonce dont on a tant parlé semblait très audacieuse, mais elle ne comportait pas de détails financiers auxquels on peut normalement s'attendre, ni rien au sujet du financement des établissements (Nouveau-Brunswick, 2018b).

Pendant son étude indépendante, le Syndicat des infirmières et infirmiers du Nouveau-Brunswick (SIINB) a pu mettre à jour de nombreux détails que le gouvernement hésitait à divulguer dans son annonce en 2018. L'étude a d'abord porté sur un rapport de la vérificatrice générale du Nouveau-Brunswick de 2019 qui déterminait que les « Services des foyers de soins » étaient la troisième dépense contractée de la province, suivi de la gestion privatisée des routes et l'entente sur les services de police.

Les foyers de soins sans but lucratif ne fonctionnent pas sous contrats provinciaux. Cette dépense représente donc le début d'un effort majeur vers la privatisation (VGNB, 2019).



Figure 2



Source : (VGNB, 2019)

Le gouvernement détient maintenant des contrats de foyers de soins à but lucratif et de « rémunération à l'acte » d'une valeur de 678,5 millions de dollars, c'est-à-dire neuf contrats d'une durée de 25 ans chacun. Dans tous les cas, Shannex est le seul fournisseur de services. Le gouvernement du Nouveau-Brunswick affirmera, à quiconque le demande, que chaque contrat a fait l'objet d'un appel d'offres, mais les résultats sont éloquentes. Il est évident que Shannex est la seule entreprise avec laquelle le gouvernement a choisi de travailler. Lorsque le premier ministre Gallant a annoncé l'engagement de 1 000 nouveaux lits, six foyers de soins à but lucratif étaient déjà exploités au Nouveau-Brunswick, et ils appartenaient tous à Shannex. S'il est réalisé, le plan de Brian Gallant augmentera ce nombre à 16, ce qui représente 27 % du secteur des foyers de soins de la province.

## ENTREVUES AVEC DES INFORMATEURS CLÉS

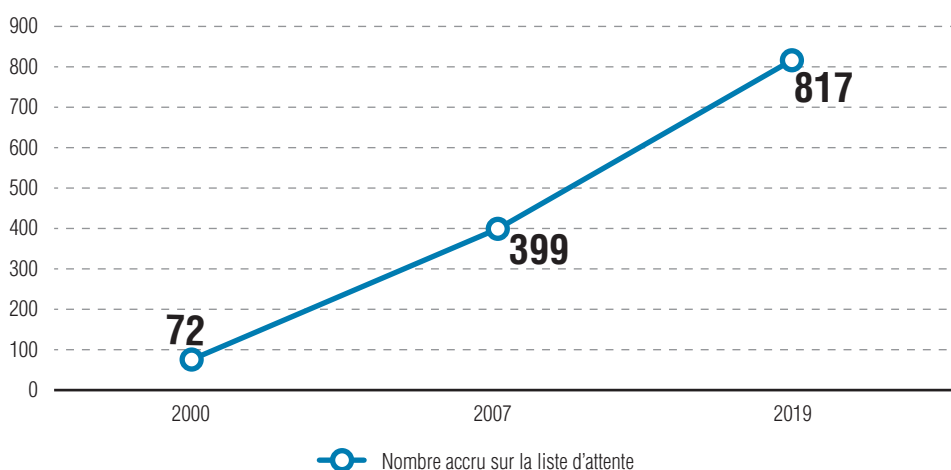
*Je m'inquiète beaucoup des projets du gouvernement de construire d'autres foyers de soins selon le modèle « Shannex ». Les ratios de personnel des soins non agréé sont encore plus élevés, ce qui n'améliorera pas la qualité de vie des résidents.*

- UNE INFIRMIÈRE IMMATRICULÉE

Le premier contrat attribué à Shannex a été signé par le premier ministre Shawn Graham en 2008, ayant recours à ce que son gouvernement désignait une « dispense en raison d'une situation urgente » du processus d'appel d'offres. Shawn Graham soutenait que le nombre d'aînés en attente de lits de soins de longue durée avait atteint un point critique et qu'une mesure urgente devait être prise; une mesure qui ne pouvait attendre pour faire appel à l'appareil gouvernemental normal. L'adoption rapide du modèle de secteur privé par Shawn Graham a finalement tiré la sonnette d'alarme chez plusieurs. L'introduction d'un motif de but lucratif dans le secteur des soins de longue durée dans la province a fondamentalement changé les incitatifs liés aux soins des résidents. Entretemps, les problèmes qui devaient supposément être résolus ont continué de s'aggraver d'une année à l'autre.

Figure 3

### Liste d'attente pour des lits dans les foyers de soins provinciaux



Source : (Coalition pour les droits des aînés et des résidents des foyers de soins, courriel du 15 août 2019)

Depuis 2000, la liste d'attente pour des places dans les foyers de soins du Nouveau-Brunswick a augmenté de plus de 1000 %. En 2008, Mike Ferguson, qui était alors vérificateur général, s'est demandé si le plan du gouvernement Graham justifiait vraiment des mesures aussi radicales. Il a recommandé au gouvernement d'évaluer si les contrats avec des entreprises privées étaient réellement moins coûteux que le modèle traditionnel sans but lucratif. Cette recommandation a été formulée à nouveau en 2016. La revue de la littérature pour le présent rapport exprime une nouvelle urgence à ces questions. Incroyablement, l'évaluation n'a jamais été faite, mais le vérificateur général avait aussi d'autres préoccupations (VGNB, 2009). Il restait la question de la responsabilisation.

Conformément à la *Loi sur les foyers de soins du Nouveau-Brunswick*, le gouvernement conserve le droit de renvoyer le conseil d'un foyer de soins sans but lucratif et de nommer un fiduciaire pour superviser les opérations en cas de mauvaise gestion, de corruption, de préoccupations en matière de sécurité ou de toute autre situation d'urgence. Ce pouvoir a été exercé en 2019 lorsque le gouvernement Higgs a renvoyé le conseil du Foyer de soins de Campbellton en raison d'un problème chronique de fonctionnement et du grand nombre de lits sans cesse disponibles.

En 2009, un autre rapport du vérificateur général mentionnait que le gouvernement n'avait même pas sollicité un avis juridique visant à déterminer si de tels pouvoirs s'appliqueraient aux nouveaux foyers de soins à but lucratif qui sont exploités dans le cadre de contrats juridiquement contraignants (VGNB, 2009). Qu'en est-il si une telle entreprise était reconnue coupable de corruption, mal gérée ou non sécuritaire? Le vérificateur général a demandé qu'une évaluation des risques soit faite afin de cerner toutes les lacunes possibles d'un modèle privatisé. Dix ans plus tard, les recherches menées par le SIINB n'ont pas permis de montrer que l'une ou l'autre des mesures a été prise.

Les demandes de renseignements répétées du SIINB au Bureau du vérificateur général du Nouveau-Brunswick afin de savoir si un avis juridique a été sollicité sont restées sans réponse. Ce qui est encore plus inquiétant, ce sont les réponses aux questions présentées par le SIINB au Bureau du défenseur des aînés du Nouveau-Brunswick dans le but de savoir si le gouvernement avait effectué l'évaluation des risques suggérée il y a plus de dix ans. Le défenseur des aînés a mentionné qu'il avait lui-même soumis des demandes de renseignements semblables au gouvernement, après la création de son bureau en 2017. Toutefois, son mandat l'empêche de partager avec le public ce qu'il a découvert (Défenseur des aînés, courriel du 27 mars 2019).

Ces réponses sont urgentes puisque les scénarios qu'elles abordent se développent ailleurs au Canada. En février 2020, le gouvernement de la Colombie-Britannique a décrété la prise en charge d'urgence de quatre foyers de soins privés après qu'il a été découvert que l'entreprise sous contrat dispensait des soins inférieurs aux normes (Kines, 2020). Est-ce qu'une prise en charge semblable peut avoir lieu au Nouveau-Brunswick, au besoin? Quelles garanties existent pour les aînés du Nouveau-Brunswick? Que disent ces contrats?

Plus de dix ans après le début de la progression vers la privatisation, qu'en a tiré le Nouveau-Brunswick et qu'a-t-il cédé? A-t-il fait preuve de la diligence requise quant aux risques, aux détails juridiques et aux coûts financiers globaux liés aux foyers de soins à but lucratif? La réponse reste un mystère. D'autres personnes cherchant des réponses n'ont guère eu plus de succès.

---

## ENTREVUES AVEC DES PERSONNES INFLUENTES

*Si le rôle du gouvernement est de protéger les citoyens et de leur donner des moyens d'agir, nous échouons lamentablement pour ce groupe de citoyens.*

- DAVID COON, CHEF DU PARTI VERT DU NOUVEAU-BRUNSWICK

---

En 2017-2018, le chef du Parti vert du Nouveau-Brunswick et député de Fredericton-Sud, David Coon, s'est battu pour que soient rendus publics intégralement les contrats conclus avec Shannex. Ses arguments étaient très convaincants. En étudiant la demande d'accès à l'information de M. Coon, la commissaire à l'accès à l'information et à la protection de la vie privée du Nouveau-Brunswick a fustigé le gouvernement pour son refus de divulguer les détails des contrats des foyers de soins qu'il avait conclus avec l'argent des contribuables.

Le Ministère doit donner accès à l'information concernant l'exercice de son mandat et sa façon de dépenser les fonds publics. Les obligations du Ministère de fournir des établissements de soins de longue durée ont été élargies pour inclure le secteur privé...Ce fait ne supprime pas la responsabilité du Ministère de montrer comment l'argent des contribuables sert à financer le fonctionnement de ces établissements comme ce serait le cas s'il gérait lui-même les établissements...Un organisme public pourrait difficilement refuser l'accès à un contrat avec un tiers prestataire de services s'il comporte des deniers publics (Parti vert, courriel du 26 mars 2019).

Les mots de la commissaire ont une grande portée. Nous y reviendrons plus tard. Shannex et le gouvernement Gallant se sont fortement opposés à la divulgation des contrats à but lucratif et ils ont éventuellement demandé à la Cour du Banc de la Reine de rendre une décision qui assurait que les Néo-Brunswickois ne sauront jamais exactement à quoi avait servi l'argent des contribuables. En 2019, l'une des premières mesures prises par le gouvernement Higgs a été d'abolir le Bureau du commissaire à l'intégrité et de confier ses responsabilités au Bureau de l'ombud du Nouveau-Brunswick. Les raisons de tout ce secret et les pressions qui les motivent sont un des principaux thèmes des pages qui suivent. Au Nouveau-Brunswick, les décideurs sont confrontés à d'énormes défis en raison d'une population vieillissante, défi que le gouvernement est actuellement mal préparé à relever.

---

## ENTREVUES AVEC DES INFORMATEURS CLÉS

***Nous parlons beaucoup de l'accès mais très peu de la prestation de soins de qualité. Nous pouvons avoir un système relativement peu coûteux et facilement accessible, mais quel est le compromis en ce qui a trait aux soins de santé? Le gouvernement doit établir un équilibre entre les deux, ce qui n'est pas une tâche facile.***

- ANCIENNE MINISTRE DU DÉVELOPPEMENT SOCIAL

---

Un grand nombre des personnes qui préconisent un changement exercent des pressions sur le gouvernement pour qu'il assouplisse davantage la sécurité et les règlements. Le terrain glissant des compromis faits par les gouvernements qui se sont succédé au Nouveau-Brunswick justifie maintenant de tirer la sonnette d'alarme, ce que le présent rapport cherche à faire de toute urgence. Le gouvernement s'éloigne rapidement d'une approche de soins de longue durée axée sur les gens. Si des mesures ne sont pas prises pour inverser cette tendance, le Nouveau-Brunswick pourrait bientôt être de moins en moins capable de dicter les normes de soins reçus par les aînés les plus vulnérables.

Comme le montre notre sondage externe, les Néo-Brunswickois comprennent les tendances inquiétantes qui se dessinent dans notre système et ils veulent que cela cesse. Les représentants élus devraient s'inspirer d'eux et des meilleures études disponibles que nous examinerons maintenant en détail.

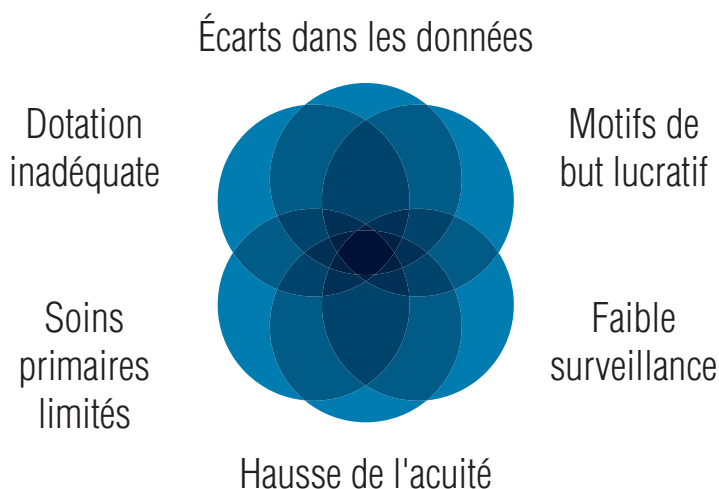
# Revue de la littérature

Nous avons décrit les pressions écrasantes exercées sur le secteur des soins de longue durée au Nouveau-Brunswick. Dans la revue de la littérature, nous avons cerné six des principales pressions et abordé ce que disent les meilleures études sur chacune d'entre elles. En examinant chacune de ces pressions individuellement, nous sommes persuadés que leur interrelation deviendra vite évidente (se reporter à la figure 4). L'examen montrera que, lorsque ces pressions existent à de hauts niveaux, elles se traduisent directement par de mauvais résultats pour la santé, par des flambées de la violence au travail, par un haut taux de roulement du personnel et par une augmentation des coûts pour le gouvernement.

Nous avons examiné des centaines de rapports publiés sur ces sujets, dont plus de 50 sont mentionnés dans les pages qui suivent. Si le secteur des soins de longue durée au Nouveau-Brunswick devait réitérer son engagement à prendre des décisions fondées sur des données probantes, un excellent point de départ serait de faire bon usage de la présente recherche.



Figure 4 : Pressions se conjuguant pour influencer les résultats négatifs dans les foyers de soins provinciaux



### Acuité de l'état des résidents

Dans le domaine des soins de santé aux patients hospitalisés, « acuité » désigne la gravité de la maladie du patient et le niveau de soins qu'il doit recevoir des professionnels de la santé. Nous aborderons l'inactivité du Nouveau-Brunswick dans la collecte, l'analyse et l'échange d'informations dans le cadre de notre examen de la collecte des données sur les soins de longue durée et, dans une certaine mesure, de notre enquête sur la gouvernance. En raison de ces lacunes, commençons par l'acuité de l'état des résidents au moyen de connaissances imparfaites mais avec la certitude que le Nouveau-Brunswick est aux prises avec une population vieillissante et très peu en santé.

Avant d'établir les tendances chez les aînés du Nouveau-Brunswick en général, il importe d'examiner l'information disponible sur la santé des résidents des foyers de soins au Canada, à l'aide des précieuses données recueillies par l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS). En combinant les données dont nous disposons sur la santé des aînés du Nouveau-Brunswick et l'information plus spécifique de l'ICIS sur le secteur des soins de longue durée en établissement au Canada, nous pouvons montrer l'ampleur et la portée des défis auxquels sont confrontés les travailleurs de la santé dans les foyers de soins du Nouveau-Brunswick.

On a beau parler de ses défis futurs liés au vieillissement, mais le Nouveau-Brunswick se situe au deuxième rang quant au nombre d'aînés au pays en tant que pourcentage de sa population (16,5 %), étant devancé par la Nouvelle-Écosse mais par la plus faible marge (16,6 %) (Statistique Canada, 2019). De tels chiffres exercent inévitablement des pressions sur la capacité de la province à fournir des soins de longue durée. En Nouvelle-Écosse, par exemple, l'ICIS estime que les résidents des foyers de soins âgés de plus de 85 ans représentent un taux ahurissant de 78,4 %. Les données pour le Nouveau-Brunswick sont encore manquantes.

**Figure 5 : Âge des résidents des établissements de soins de longue durée au Canada**

	T.-N.-L.	N.-É.	Ont.	Man.	Sask.	Alb.	C.-B.	Yn	Tous
Âge moyen	81	90	83	85	83	82	85	80	84
% de 65 ans et moins	8,3	2,7	6,6	4,2	9,8	9,1	4,8	11,1	6,6
% de 85 ans et plus	42,9	78,4	54,7	59,7	54,5	52,4	59,8	43,5	55,6

**Source :** (ICIS, 2018a)

Même sans les données pour le Nouveau-Brunswick, les similitudes démographiques entre la province et la Nouvelle-Écosse serait un motif suffisant de s'inquiéter. Le SIINB a cherché en vain des données récentes sur les résidents d'âge moyen des foyers de soins du Nouveau-Brunswick. Nous savons toutefois avec certitude que ces défis ne s'atténueront pas au cours des prochaines décennies; ils vont s'aggraver.

L'âge avancé est un facteur qui influe sur la capacité du gouvernement d'offrir des soins en établissement. Un autre facteur est le niveau d'acuité chez les résidents. Les Il savent que les résidents des foyers de soins aujourd'hui ne ressemblent aucunement aux résidents d'il y a 20 ans. Toutefois, plus récemment, nous avons pu, grâce à l'analytique accrue des soins de longue durée, présenter dans un graphique les hausses du niveau d'acuité chez les résidents de façon beaucoup plus précise. La figure 6 montre les données de l'ICIS sur le secteur des établissements de soins de longue durée de 2008 à 2018, 2008 étant la première année où les données sont disponibles.

Figure 6 : Taux de résidents des établissements de soins de longue durée au Canada avec un état de santé particulier

Maladie	% moyen au Canada en 2008	% moyen au Canada en 2018	% moyen en Nouvelle- Écosse en 2018	% d'augmentation nationale depuis 2008
Maladies des systèmes endocrinien, métabolique et nutritionnelle	31,3	40,1	45,9	8,8
Maladies des systèmes cardiovasculaire et circulatoire	61,1	71,0	76,3	9,9
Maladies du système musculosquelettique	50,4	54,6	58,6	4,2
Maladies du système neurologique	73,6	78,9	73,2	5,3
Troubles psychiatriques et de l'humeur	32,0	38,1	38,9	6,1
Maladies pulmonaires	14,0	17,1	10,2	3,1
Maladies du système sensoriel	20,9	22,8	30,6	1,9
Autres maladies	45,3	51,9	51,6	6,6

Source : (ICIS, 2018a)

L'acuité et la complexité des affections des résidents dans les foyers de soins au Canada ont augmenté considérablement. Plus précisément, 40 % des résidents des foyers de soins souffrent maintenant d'une forme de maladie du système endocrinien, métabolique ou nutritionnel, une hausse d'environ 9 % sur une période de dix ans.

Plus de 70 % des résidents des foyers de soins au Canada sont atteints d'une maladie du système cardiovasculaire ou respiratoire; une hausse de près de 10 %. L'augmentation de la déficience cognitive chez près de 38 % des résidents atteints d'une forme de trouble psychiatrique ou de l'humeur est peut-être le fait le plus inquiétant. Elle accroît la charge de travail, potentiellement dangereuse, du personnel surchargé des foyers de soins puisque la plupart des résidents ont besoin d'une aide considérable dans leurs activités quotidiennes.

Il est à noter que les résultats de la Nouvelle-Écosse, les plus facilement comparables avec le Nouveau-Brunswick, atteignent ou dépassent la moyenne nationale dans six des huit catégories examinées par l'ICIS et dépassent largement la moyenne nationale dans quatre des huit catégories.

Le rythme auquel l'acuité de l'état des résidents augmente en Nouvelle-Écosse est aussi préoccupant. Le taux de maladies des systèmes cardiovasculaire et circulatoire chez les résidents d'établissements de soins de longue durée a augmenté de 15,2 % sur une période de dix ans; soit 5,3 % plus rapidement que le taux national.

Le taux de maladies du système sensoriel a augmenté de 9,7 % en dix ans en Nouvelle-Écosse, soit 7,8 % plus rapidement que la moyenne nationale. Les résidents des foyers de soins au Canada atlantique sont non seulement plus âgés et plus malades que ceux dans le reste du pays, mais leur niveau d'acuité augmente plus rapidement.

---

## ENTREVUES AVEC DES INFORMATEURS CLÉS

***Nous admettons constamment des résidents plus malades et des patients plus jeunes atteints d'une affection chronique et d'autres problèmes de santé; des patients avec maladie concomitante, ordonnances multiples, troubles de comportement et autres. La dotation n'en tient pas compte.***

- UNE INFIRMIÈRE IMMATRICULÉE

---

La prestation des soins aux aînés ayant une seule affection chronique est déjà une tâche colossale. Les études montrent aussi que les soins aux aînés sont un défi de plus en plus complexe en raison des maladies concomitantes. Selon l'enquête de Statistique Canada sur l'incapacité effectuée en 2012, 24 % des aînés canadiens ont déclaré un diagnostic de trois affections chroniques ou plus. Au Nouveau-Brunswick, le taux est de 39 % (Statistique Canada, 2012). En général, le nombre total de Néo-Brunswickois ayant trois affections chroniques ou plus est passé de 11,2 % en 2011 à 21 % en 2014 (Statistique Canada, 2014). Cette population représente les résidents actuels et futurs des foyers de soins du Nouveau-Brunswick. L'espérance de vie à la naissance au Nouveau-Brunswick est de 1,3 an en dessous de la moyenne canadienne (ICIS, 2016a).

Quant aux maladies concomitantes particulières, il est indiqué qu'en 2013-2014, 52,3 % des aînés au Nouveau-Brunswick souffraient d'hypertension artérielle. En 2014, 71 % des Néo-Brunswickois de 45 à 64 ans étaient obèses ou avaient un surpoids; soit 8 % de plus que la moyenne nationale.

Soixante-trois pour cent des aînés au Nouveau-Brunswick ont un surpoids ou sont obèses, comparativement à la moyenne nationale de 59 % seulement. Un niveau de dotation adéquat est essentiel pour relever ces défis puisque, selon des études canadiennes, la présence d'un niveau élevé de l'acuité de l'état des résidents, surtout la démence aiguë, est liée à l'épuisement professionnel, à l'épuisement émotionnel et au cynisme chez le personnel des soins (Chamberlain et coll., 2017).

L'augmentation des affections complexes nécessite davantage de personnel des soins réglementé qui possède la formation requise pour accomplir le travail. À titre d'exemple, en 2012, 60,9 % des aînés canadiens recevant des soins de longue durée se sont vu prescrire 10 catégories de médicaments ou plus, comparativement à 26,1 % des aînés en général (ICIS, 2016b). Vu ces tendances alarmantes, tout gouvernement serait obligé d'accroître le nombre de professionnels de la santé réglementés dans ces combinaisons de compétences pour maintenir les niveaux de soins. Malheureusement, c'est tout le contraire qui se produit dans les foyers de soins du Nouveau-Brunswick.

## Niveaux de dotation et combinaison de compétences

Le lien entre la dotation en personnel infirmier et les normes de soins n'a jamais été au cœur des soins de santé ou de la politique relative aux soins de santé de longue durée au Nouveau-Brunswick, mais il devrait l'être. Pendant presque deux décennies, des études ont établi un lien entre la dotation en personnel infirmier et les niveaux de soins aux résidents.

D'après un sondage mené par le SIINB auprès des Néo-Brunswickois dans le cadre du présent rapport, 95 % des répondants s'attendent à ce qu'un ou une II soit de garde chaque jour dans les foyers de soins. Près des deux tiers (64 %) des répondants au sondage s'attendent à ce que leurs proches soient vus par un ou une II au moins une fois par jour ou au besoin. Trop souvent, il existe des écarts importants entre ces deux attentes et les niveaux de dotation réels dans les foyers de soins au Nouveau-Brunswick. Il n'y a toutefois aucun écart dans ce que disent les études sur les niveaux de dotation pertinents. Les faits parlent d'eux-mêmes.

---

## ENTREVUES AVEC DES INFORMATEURS CLÉS

*Les préposés aux résidents et les prestataires de soins excellent dans leur domaine d'activité, qui s'élargit toutefois au-delà du raisonnable. Même aujourd'hui, les II exercent une surveillance minime en raison des charges de travail. Je suis une II comptant huit années d'expérience. J'envisage de quitter la profession infirmière parce que, honnêtement, je ne peux pas continuer ainsi plus longtemps. Ces conditions ne sont pas sécuritaires.*

- UNE INFIRMIÈRE IMMATRICULÉE

---

Des ratios en personnel infirmier plus élevés et un plus grand nombre d'heures de soins infirmiers ont un lien direct avec une plus grande sécurité des résidents, une meilleure qualité de soins et de meilleurs résultats de santé (Twigg et coll., 2011). Par ailleurs, les données concluantes établissent un lien direct entre l'absence d'infirmières ou d'infirmiers et les taux de mortalité plus élevés, les plaies de décubitus, les erreurs dans l'administration des médicaments, les chutes et les cas d'arrêt cardiaque (Aiken et coll., 2002; Konetzka, Sterns et Park, 2008; Kayser-Jones et coll., 2003; Backhouse et coll., 2014; Needleman et coll., 2006).

Ces problèmes peuvent être plus graves dans les foyers de soins. Les maladies concomitantes, les nombreux médicaments, la démence et, parfois, l'incapacité à faire part de leurs besoins peuvent contribuer à des résultats de santé négatifs chez les aînés. La faible dotation en II dans les foyers de soins a été liée à l'utilisation accrue de médicaments antipsychotiques (Mattingly, 2015), aux troubles dépressifs, aux plaies de pression et à l'affaiblissement de la capacité d'un résident à participer aux activités quotidiennes (Grabowski, 2008). Les études établissent aussi un lien direct entre les niveaux de dotation plus élevés dans les foyers de soins et les meilleurs résultats de santé pour les résidents (Harrington et coll., 2012). D'après un examen systématique de 87 articles et rapports de recherche effectué par Bostick et coll. (2006), des niveaux de dotation plus élevés, surtout les niveaux de personnel autorisé, étaient associés à de meilleurs résultats de santé pour les résidents; particulièrement en ce qui concerne la capacité fonctionnelle et le maintien du poids.

Avec le Québec, le Nouveau-Brunswick a le plus haut taux d'hospitalisation de patients de plus de 65 ans atteints de démence au pays. Chaque année, 41 % des aînés ayant reçu un diagnostic de démence au Nouveau-Brunswick sont admis dans les hôpitaux de la province (ICIS, 2016c). Pourtant, une étude de 2015 associait les niveaux plus élevés de dotation en II à la réduction probable du nombre d'admissions dans les hôpitaux (Dellefeld et coll., 2015).

Les US Centers for Medicare and Medicaid Services (CMS) ont réalisé l'étude la plus détaillée sur la dotation en soins de longue durée visant plus de 5 000 établissements dans 10 États. Le rapport révèle qu'il existe des seuils de dotation essentiels sous lesquels la qualité des soins dispensés aux résidents des foyers de soins peut être compromise (CMS, 2001). Le seuil établi dans l'étude était de 4,1 heures de soins par jour. Le nombre d'heures de soins prescrits dans les normes de soins infirmiers du gouvernement du Nouveau-Brunswick est de 2,89 heures (Nouveau-Brunswick, 2019a). Certains foyers de soins ne sont même pas en mesure de se conformer à cette norme minimale. La plupart des foyers de soins au Nouveau-Brunswick ne disposent pas d'un système garantissant aux résidents un nombre minimal d'heures avec les II chaque jour.

Figure 7

Nombre minimal d'heures recommandé dans l'étude des CMS		
0,75 heure avec II	0,55 heure avec IAA	2,8 heures avec PSP

Dans un rapport préparé en 2020, au nom du Syndicat des infirmières et infirmiers de la Nouvelle-Écosse, Harrington fournit des détails sur les heures de soins au Canada. Le Nouveau-Brunswick ne se compare pas favorablement, même aux petites provinces. Les résidents des foyers de soins en Nouvelle-Écosse reçoivent 3,45 heures de soins financés par jour, y compris une heure avec un ou une II ou IAA. Au Manitoba, le nombre d'heures est de 3,6.

Plusieurs méthodes ont été utilisées au fil des ans pour tester et favoriser des niveaux de dotation sécuritaire dans le secteur des soins de longue durée. L'État de la Floride a tenté d'encourager des niveaux de dotation sécuritaires dans les foyers au moyen de programmes de soutien financier, pour découvrir plus tard que ceux-ci étaient inefficaces. Finalement, l'inclusion d'un nombre minimal d'heures de soins dans la loi de l'État a permis de stabiliser et d'améliorer la situation, réduisant, dans certains cas, de 71 % les préjudices causés aux patients (Hyer et coll., 2009, 2011). Parks et Stearns (2009) étaient du même avis dans une étude nationale sur la législation de l'État, la même année.

Pour que de tels changements soient faits au Nouveau-Brunswick, il faudrait inclure les normes de dotation fondées sur des données probantes dans la *Loi sur les foyers de soins*. Dans les études concernant la Floride, Hyer et coll. mentionnent que les heures de soins et les ratios en personnel doivent être clairement définis au cas où des foyers de soins cherchent à satisfaire aux nouvelles exigences concernant les heures de travail, en embauchant une armée de travailleurs non réglementés, ayant une formation minimale et sans responsabilisation professionnelle. D'autres études confirment que ce n'est pas le nombre d'employés en poste dans les établissements de soins de santé qui importe, mais plutôt le nombre d'II (Griffiths et coll., 2016).

## Infirmières et infirmiers praticiens

Les provinces canadiennes ont fait des progrès remarquables en intégrant les infirmières et infirmiers praticiens (IP) à leurs secteurs de soins de longue durée au cours des dernières années. Au Manitoba, l'ajout des IP a grandement amélioré les résultats et permis de réaliser d'importantes économies. Plus précisément, les foyers de soins au Manitoba ont enregistré une réduction de 83 % des transferts hospitaliers, une réduction de 75 % des hospitalisations et une réduction de 86 % des visites à l'urgence (ORSW, 2013).

Les IP sont des fournisseurs de soins primaires spécialisés dans les foyers de soins, ce qui permet de gérer efficacement un grand nombre d'affections chroniques abordés dans notre discussion sur l'acuité de l'état des résidents.

Un examen approfondi effectué en 2013 a révélé clairement que la présence des IP et des infirmières et infirmiers cliniciens spécialisés dans les foyers de soins améliore les résultats dans divers domaines, notamment les troubles dépressifs, l'incontinence urinaire, les plaies de pression, l'utilisation de médicaments psychoactifs, les blessures graves résultant de chutes, la mobilité et la satisfaction accrue des membres de la famille (Donald et coll. 2013). Dans un milieu de soins de longue durée, les IP fournissent aussi des compétences grandement nécessaires sur la prestation des soins palliatifs (Kaasalainen et coll., 2013).

Lorsque ces affections dépassent même le champ d'activité d'un ou une IP, les études montrent que les IP au Canada collaborent très efficacement avec les médecins responsables pour s'assurer que les soins aux résidents ont toujours la priorité.

Selon une étude menée par McAiney et coll. (2018), 45 IP travaillaient dans des foyers de soins au Canada, et les degrés de satisfaction concernant leur relation de travail avec les médecins traitants étaient très élevés. Ces degrés de satisfaction sont demeurés constants, peu importe que l'IP travaille ou non dans un ou plusieurs foyers. La principale raison de la collaboration entre les IP et les médecins était de gérer les affections chroniques ou d'informer les médecins sur les changements importants dans l'état de santé des résidents.

Ces niveaux de collaboration sont essentiels pour bien gérer les soins aux résidents dans le foyer de soins, prévenant ainsi des hospitalisations non nécessaires. Selon une étude menée par Aigner et coll. (2004), les visites accrues des IP dans les foyers de soins permettent aux médecins d'économiser du temps et de l'argent, et améliorent les soins aux résidents.

Les foyers de soins du Nouveau-Brunswick ont certes besoin d'un changement positif. Les IP sont aussi bien placées pour aider en ce sens. Kaasalainen et coll. (2015) ont aussi qualifié les IP comme des agents du changement idéals pour éduquer le personnel, appliquer les protocoles et organiser les pratiques exemplaires interdisciplinaires chez leurs collègues.

Actuellement, seulement quelques IP travaillent dans les foyers de soins au Nouveau-Brunswick mais il n'y en a pas dans les foyers de soins spéciaux. Le gouvernement a récemment exprimé son appui à l'utilisation accrue des IP, mais ailleurs que dans le secteur des soins de longue durée (Nouveau-Brunswick, 2020b). Si le Nouveau-Brunswick faisait comme le Manitoba et l'Ontario, les IP seraient un ajout extraordinaire pour rétablir les normes médicales tant nécessaires dans les soins aux aînés les plus vulnérables de la province.

## Violence dans le secteur des soins de longue durée

Les deux prochains sujets abordés dans la revue de la littérature sont la violence au travail et la collecte des données. Ils sont étroitement liés en ce sens que le premier a tendance à s'intensifier et que le deuxième est faible ou inefficace.

Malheureusement, des études révèlent que le problème est passé sous silence depuis trop longtemps dans les soins de santé. Jusqu'à 80 % des incidents violents ne sont pas signalés, selon certaines études (Pinar et Uckmack, 2011; Robinson et Tappen, 2008).

Une bonne partie de ce qu'on sait sur la violence dans les établissements de soins de longue durée au Nouveau-Brunswick est abordée dans l'enquête initiale menée par le SIINB. Selon cette étude, les membres du personnel des soins de longue durée au Nouveau-Brunswick souffrent, de façon disproportionnée, par rapport à leurs collègues des hôpitaux ou même au personnel d'autres établissements à haut risque, tels les centres correctionnels (Travail sécuritaire NB, 2020). L'enquête a aussi fait ressortir que la violence au travail dans les foyers de soins au Nouveau-Brunswick augmente considérablement d'une année à l'autre. Un examen plus approfondi de la littérature montrera clairement les effets négatifs de la violence sur le secteur des soins de longue durée.

Les infirmières et infirmiers du Nouveau-Brunswick ne sont pas les seuls à subir des niveaux de violence supérieurs à ceux d'une prison locale. Le Conseil international des infirmières (2004) l'a aussi constaté dans le cadre de son analyse de la violence envers les travailleurs de la santé par rapport à la violence envers les gardiens de prison. Puisque les taux d'agression sont liés au temps de contact avec les résidents, le personnel infirmier, et les aides-infirmiers et aides-infirmières sont davantage victimes de violence (Phillips, 2016). Comme le souligne M. Phillips, même si la causalité est très bien connue, trop peu de recherches et d'efforts ont été faits pour trouver des stratégies de prévention et d'atténuation.

Le signe particulier le plus courant chez les auteurs d'actes de violence au travail (dans les soins de santé) est un état mental altéré qui est associé à la démence, au délire, aux substances intoxicantes ou à une maladie mentale décompensée. Le profilage a pour but principal d'identifier les personnes qui présentent un risque élevé de commettre des actes de violence en milieu de travail afin que des mesures soient prises pour prévenir la violence avant qu'elle ne survienne. Même si des environnements particuliers, tels les unités psychiatriques, les foyers de soins et les services d'urgence sont à haut risque, il s'est avéré difficile de prédire la probabilité de la violence au travail en fonction d'un diagnostic médical ou d'un trait de caractère (Phillips, 2016).

Les principaux intervenants des soins de santé au Canada ont commencé à réclamer des mesures plus rigoureuses pour freiner la vague montante de violence envers les travailleurs de la santé. En 2016, l'Association médicale canadienne a demandé de nouvelles mesures, allant du repérage de résidents et d'alarmes personnelles à l'imposition de sanctions juridiques plus sévères contre les agresseurs (Vogel, 2016); des positions qu'appuie la Fédération canadienne des syndicats d'infirmières et infirmiers (FCSII, 2019).

La tolérance et la normalisation de faibles niveaux de violence dans les milieux de soins de santé comportent des conséquences. Lorsque la violence verbale et les voies de fait moins graves sont tolérées, elles incitent à des formes de violence plus graves (McPhaul, 2004). L'absence d'efforts visant à adopter des mesures a un effet révélateur sur le personnel des foyers. Le sondage mené par Brophy et coll. (2019) auprès de 56 membres du personnel des soins de longue durée dans sept collectivités en Ontario a donné des résultats troublants. Les répondants au sondage estiment qu'un grand nombre des problèmes étaient systémiques et liés au sous-financement, à un manque de personnel, à une mauvaise organisation et à des heures de soins inadéquates. Ils ont décrit comment la violence affecte leur propre santé et mieux-être, entraînant des blessures, des traumatismes émotionnels non traités, l'insatisfaction au travail et l'épuisement professionnel.

Les documents disponibles appuient le lien entre les faibles niveaux de dotation, le haut taux de roulement et l'agression par des résidents (Robinson et Tapan, 2008). Il existe aussi des preuves appuyant l'idée qu'il y a plus de violence dans les foyers de soins au Canada qu'en Europe.

La violence signalée dans les foyers de soins au Canada était très répandue et continue par comparaison avec les niveaux de violence beaucoup plus faibles rapportés en Scandinavie (Daly et coll., 2011).

De plus, les niveaux de violence dans le secteur des soins de longue durée au Nouveau-Brunswick semblent plus élevés qu'ailleurs. Soixante-cinq pour cent des membres du personnel des soins de longue durée aux États-Unis qui ont répondu au sondage mené par Fasanya et Dada (2016) ont indiqué avoir été victimes de violence au travail au cours de la dernière année. D'après les résultats du sondage du SIINB auprès des IL, le taux était de 75 % dans les foyers de soins au Nouveau-Brunswick. Le problème n'est pas entièrement lié à la violence par les résidents. Le sondage du SIINB révèle que le tiers (35 %) des incidents impliquait des familles, des collègues ou même l'employeur d'une IL. Ces employeurs ne collectent pas les données qui permettraient d'analyser davantage le problème, une lacune qui ne se limite pas aux problèmes de violence en milieu de travail, comme nous le verrons maintenant.

## Collecte des données dans le secteur des soins de longue durée

Jusqu'en 2020, le Nouveau-Brunswick était une des seules provinces qui ne soumettait pas des données utiles sur les soins de longue durée à l'ICIS. Ce type de rapport est important car il permet aux dirigeants du secteur des soins de longue durée d'effectuer des comparaisons éclairées entre le Nouveau-Brunswick et les autres provinces. Le gouvernement veut changer la situation en adoptant un nouveau système provincial d'évaluation des résidents. Toutefois, au moment de la rédaction du présent rapport, seulement deux des 68 foyers de soins du Nouveau-Brunswick avaient entamé ce processus de présentation de rapports. Des données provinciales fiables sur les soins de longue durée au Nouveau-Brunswick sont encore sporadiques et très difficiles à trouver.

**Figure 8 : Données provinciales sur les soins de longue durée soumises à l'ICIS en 2017-2018**

Province	Année d'affichage par le N.-B. des données à l'ISCI	Date de présentation des foyers de soins
Terre-Neuve-et-Labrador	2010-2011	35 foyers et 3 826 résidents
Île-du-Prince-Édouard	Aucune déclaration affichée	Aucune déclaration affichée
Nouvelle-Écosse	2004-2005	9 foyers et 901 résidents
<b>Nouveau-Brunswick</b>	<b>Aucune déclaration affichée</b>	<b>1 foyer et 218 résidents</b>
Ontario	2005-2006	634 foyers et 115 224 résidents
Manitoba	2008-2009	39 foyers et 7 880 résidents
Saskatchewan	2013-2014	153 foyers et 12 436 résidents
Alberta	2009-2010	175 foyers et 21 886 résidents
Colombie-Britannique	2009-2010	310 foyers et 44 793 résidents
Territoire du Yukon	2008-2009	5 foyers et 478 résidents

Source : (ICIS, courriel du 3 mars 2020)

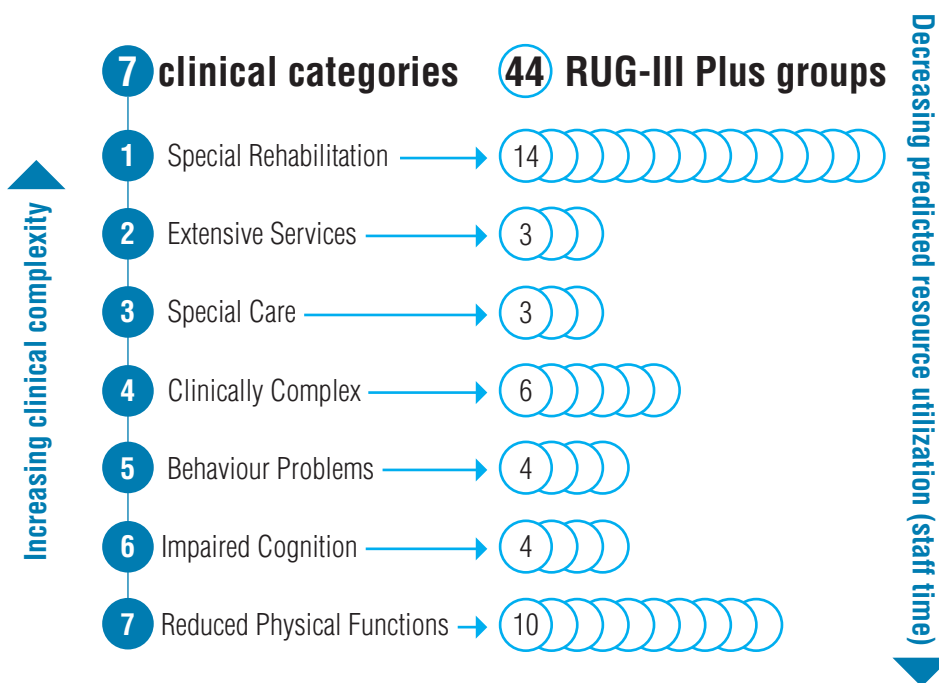
L'outil d'évaluation des résidents que le Nouveau-Brunswick incite progressivement les foyers de soins à adopter est l'instrument d'évaluation des résidents – établissement de soins de longue durée (RAI-LTCF). Il découle de la loi américaine de 1987 intitulée *Nursing Home Reform Act*, qui prescrivait un ensemble minimal de données (EMD) dans les foyers de soins (InterRAI, 2020). Les évaluations des résidents sont faites à l'aide de cet outil pendant trois jours consécutifs et elles doivent être répétées tous les 90 jours par la suite.

En principe, si l'état d'un résident change considérablement entre les évaluations de routine, une réévaluation spéciale doit être effectuée. Au Nouveau-Brunswick, il incombe à un coordonnateur du RAI-LTCF d'assumer ce rôle dans chaque foyer. Ces postes sont financés par le gouvernement provincial. Ce sont des postes à temps plein ou à temps partiel, selon le nombre de lits dans chaque établissement.

L'ICIS appuie la version actuelle du RAI-LTCF qui est une grande amélioration du premier modèle RAI-MDS, en raison surtout de ces fonctions de communication de rapports « en temps quasi réel », permettant de transmettre les données à partir du chevet d'un résident aux bases de données de l'ICIS. L'outil d'évaluation RAI-LTCF est aussi axé sur les capacités fonctionnelles, la santé mentale, l'aptitude cognitive et la qualité de vie des personnes, ainsi que sur le traitement clinique et les services qui leur sont offerts (ICIS, 2018b). Une critique à l'endroit du modèle RAI-MDS précédent était le manque d'intérêt pour des questions telles la santé mentale et la qualité de vie (Gerritson et coll., 2008).

Les données de l'outil RAI-LTCF pour l'ICIS servent non seulement à établir des comparaisons interprovinciales, mais elles sont aussi utilisées dans les foyers de soins pour planifier les soins des résidents. À cet égard, les promoteurs des instruments RAI peuvent invoquer une certaine réussite. Selon Carpenter et Hirdes (2013), l'utilisation de moyens de contention dans les foyers de soins au Canada a diminué de 1998 à 2011, toutes les provinces, sauf la Saskatchewan, ayant enregistré des réductions importantes. Ils attribuent ces résultats à l'introduction de la collecte d'EMD qui, dans les années 1990, a révélé une utilisation de moyens de contention supérieure à la moyenne dans les foyers de soins au Canada par rapport aux foyers ailleurs dans le monde. Au-delà des plans de soins, les foyers de soins se fient aussi aux évaluations RAI-LTCF pour l'affectation des ressources, utilisant la méthodologie du groupe d'utilisation des ressources (RUG-III Plus). Ce système utilise les données des évaluations RAI-LTCF pour regrouper les résidents dans sept catégories, selon les niveaux accrus de complexité clinique. En théorie, le système RUG permet aux foyers de soins de mieux comprendre les niveaux de dotation requis pour prendre soin de leurs résidents.

Image 1 : Système de classification RUG- III plus (traduction non disponible)



Source : (ICIS, 2017)

Mais comme l'explique Curry dans son analyse du secteur des soins de longue durée de la Nouvelle-Écosse, les systèmes RAI, malgré leurs forces, ne sont pas une panacée (Curry, 2015). Même en mettant davantage l'accent sur la santé mentale et la qualité de vie, les évaluations RAI-LTCF sont utiles dans la mesure où elles sont faites de façon approfondie et dans les délais prévus. Le sondage auprès des membres et les enquêtes du SIINB sèment un doute sur la régularité des évaluations des résidents et sur la qualité de la tenue des dossiers dans les foyers de soins du Nouveau-Brunswick en général.

Les systèmes tels RAI-LTCF et RUG-III Plus supposent essentiellement que le personnel des foyers de soins sera suffisant pour recueillir des données d'évaluation détaillées et pour donner suite aux résultats de manière appropriée. Comme le souligne Curry, l'efficacité de ces systèmes est fonction du temps qu'on leur consacre.

L'outil RAI peut aussi contribuer à la charge de travail des II et des IAA si les systèmes de gestion des données et la paperasserie ne sont pas consolidés et que le temps requis pour la consignation au dossier n'est pas pris en compte. Souvent, il y a un décalage entre les changements dans le niveau de soins requis et les niveaux de personnel subventionné. Sans le personnel adéquat, la gestion des données subit aussi les conséquences. Elle devrait ajouter aux soins des patients et non les amoindrir (Curry, 2015).

Dans *La génération oubliée*, les II qui sont membres du SIINB indiquent clairement les niveaux de dotation insuffisants et les effets de ces insuffisances sur l'évaluation et les soins des résidents. Même avec des niveaux de dotation optimaux, les charges de travail liées à la mise en œuvre intégrale du système RAI-LTCF peuvent simplement être trop difficiles à gérer pour un foyer de soins. Le Dr John Hirdes de l'École de santé publique et des systèmes de santé de l'Université de Waterloo, et membre du réseau InterRAI, est un des plus grands promoteurs du système RAI-LTCF au Canada, mais, comme il l'a mentionné au SIINB en 2019, les attentes créées par ces systèmes ne peuvent pas toujours être comblées.

Si les besoins d'une personne changent (positivement ou négativement de façon considérable) d'une manière qui n'est pas limitée dans le temps (p. ex. courte maladie aiguë) et que le plan de soins doit être adapté, les cliniciens devraient évaluer le « changement important ». Les évaluations sont faites environ 2 % du temps, même si les changements surviennent plus souvent. En principe, elles devraient être refaites lorsque les besoins de la personne changent. En pratique, elles ne sont pas faites aussi souvent qu'elles le devraient (Hirdes, courriel du 13 juin 2019).

Le Nouveau-Brunswick a choisi d'utiliser le système RAI-LTCF comme une pièce maîtresse de sa politique sur les soins de longue durée. Si le gouvernement tient vraiment à adopter ce nouveau système pour mesurer les niveaux d'acuité, attribuer les ressources, influencer les inspections et finalement financer les foyers de soins, il doit doter chaque foyer d'un nombre suffisant d'employés pour assurer l'intégrité du processus d'évaluation. Rare sont ceux qui soutiendraient que c'est actuellement le cas.

D'ailleurs, la capacité du gouvernement à prendre des décisions fondées sur des données probantes concernant le secteur des foyers de soins est l'essence même de la dernière question sur les données que nous verrons dans cette revue : la question des indicateurs de rendement clés (IRC). S'ils sont concluants, les efforts du Nouveau-Brunswick visant à assurer la transmission des données de l'outil RAI-LTCF à l'ICIS régleront certaines de ses lacunes de longue date dans ce domaine. Toutefois, les efforts faits par d'autres gouvernements qui sont allés beaucoup plus loin au cours des dernières années méritent d'être signalés.

En Angleterre, un organisme de réglementation, la Care Quality Commission, publie les données sur les IRC des hôpitaux et des foyers de soins. En Ontario, Qualité des services de santé Ontario, un organisme sans lien de dépendance, offre au gouvernement un service semblable. La présentation de rapports destinés au public sur ces indicateurs fournit un élément important de transparence et de responsabilisation. Le public dispose de renseignements spécifiques sur lesquels fonder ses décisions concernant les soins de leurs proches. Le gouvernement peut aussi suivre l'amélioration du foyer de soins au fil des ans. À partir de 2020, Qualité des services de santé Ontario effectue un suivi des foyers de soins dans sept secteurs de rendement clés.

**Figure 9 : Indicateurs de rendement clés publics du secteur des soins de longue durée**

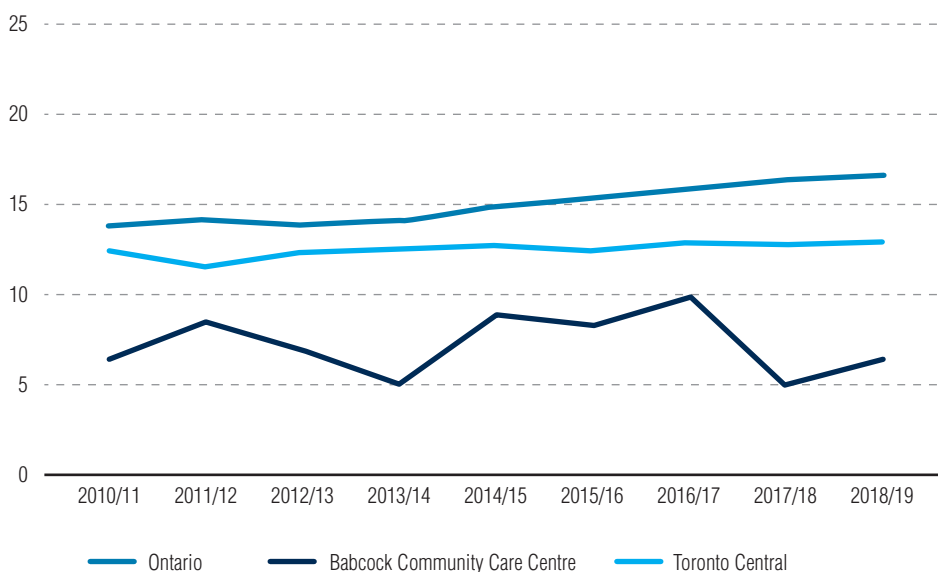
No	Indicateurs de rendement clés du secteur des soins de longue durée en Ontario
1	Temps d'attente pour une place dans un foyer de soins de longue durée
2	Résidentes et résidents qui ne sont pas atteints de psychose auxquels sont prescrits des antipsychotiques
3	Chutes chez les résidentes et résidents des foyers de soins de longue durée
4	Résidentes et résidents de foyers de soins de longue durée qui étaient en contention physique
5	Résidentes et résidents de foyers de soins de longue durée souffrant d'ulcères de pression
6	Résidentes et résidents de foyers de soins de longue durée souffrant de douleur
7	Résidentes et résidents de foyers de soins de longue durée avec des symptômes aggravés de dépression

**Source :** (Qualité des services de santé Ontario, 2020)

Dans chacun de ces éléments, Qualité des services de santé Ontario autorise les lecteurs à comparer le rendement d'un foyer par rapport à des repères provinciaux. Le rendement des foyers peut aussi être comparé en parallèle et analysé à l'échelle locale ou régionale. C'est précisément le type d'analyse manquant dans le secteur des soins de longue durée au Nouveau-Brunswick. Nous aborderons la question dans notre enquête sur la gouvernance.

Image 2

## Pourcentage de résidentes et résidents de foyers de soins de longue durée ayant fait une chute, par région, en Ontario 2010/11 à 2018/19



Source : (Qualité des services de santé Ontario, 2020)

Les données à l'image 2 qui proviennent de la base de données consultable de Qualité des services de santé Ontario montrent le pourcentage d'aînés en Ontario ayant fait une chute dans les 30 jours précédant une évaluation ordinaire. Puisque les chutes peuvent causer des blessures et entraîner une admission à l'hôpital et une grave détérioration de l'état de santé des aînés, la saisie de ce type de renseignements est essentielle pour évaluer les normes dans un foyer de soins. Le point de référence provincial de l'Ontario dans cette catégorie est 9 %. Comme l'indique le graphique, les chutes chez les aînés en Ontario sont à la hausse par rapport à la dernière décennie, des données préoccupantes. Toutefois, dans la région Centre-Toronto, le taux de chutes est demeuré relativement le même, juste au-dessus du point de référence provincial, tandis que le Centre de soins communautaire de Babcock, dans le sud-ouest de l'Ontario, a un dossier de sécurité comparativement fort, les nombres de chutes étant bien inférieurs à la moyenne provinciale. Le pouvoir exercé par ces types d'indicateurs de rendement pour influencer sur la responsabilisation et le changement positif est énorme.

---

## ENTREVUES AVEC DES INFORMATEURS CLÉS

*Si l'on compare avec les établissements en Ontario, il faut beaucoup d'améliorations ici. Il faut des salles pouvant être fermées à clé pour les résidents violents, un plus grand nombre de vérifications de la part du gouvernement, des bâtiments plus sécuritaires et de meilleures normes alimentaires pour les aînés.*

- UNE INFIRMIÈRE IMMATRICULÉE

---

Les études montrent que les foyers de soins sans but lucratif sont les mieux placés pour effectuer ce type de changement de culture axé sur les données (Grabowski et coll., 2014). Le Nouveau-Brunswick, qui compte un grand nombre de foyers de soins sans but lucratif, semblerait l'endroit idéal pour des réformes modernes. Toutefois, le gouvernement ne dispose pas d'un modèle de présentation de rapports destinés au public comme l'Ontario. C'est donc dire qu'en pratique, la direction de chaque foyer de soins peut interpréter les données et y donner suite comme bon lui semble, sans tenir compte des points de référence provinciaux, des tendances ou des comparaisons avec des foyers de soins ailleurs.

En choisissant les indicateurs, il est essentiel de s'assurer qu'ils incitent les professionnels et les fournisseurs à prodiguer les soins requis, et qu'ils n'encouragent pas des comportements inappropriés pour atteindre de meilleurs résultats (Kumpunen et coll., 2014).

Comme nous le verrons dans les enquêtes menées par le SIINB, la pression financière peut inciter les foyers individuellement à embaucher le mauvais type de personnel pour remplir les exigences de ratio ou à choisir les résidents dont le niveau d'acuité est moins élevé afin de ne pas ajouter du personnel. Les IRC rendus publics peuvent favoriser des comportements plus souhaitables. Une étude détaillée de l'expérience en Ontario explique le rôle que peuvent jouer la présentation de rapports destinés au public et la responsabilisation dans la réforme des soins de longue durée. Selon Walker et coll. (2020), la présentation de rapports destinés au public a contribué à réduire considérablement l'utilisation de moyens de contention en Ontario dans les foyers de soins qui ont tôt fait d'adopter ces processus. D'autres foyers de soins ont réagi seulement aux nouveaux mandats prescrits par la loi. Une perspective essentielle de l'expérience de l'Ontario est la façon dont une réforme volontaire axée sur les données peut influencer la politique publique. Les foyers qui ont adopté très tôt le processus de présentation de rapports destinés au public ont fourni à l'Ontario des renseignements essentiels pour refondre sa *Loi sur les foyers de soins de longue durée*, un engagement que le SIINB et le présent rapport demandent au Nouveau-Brunswick.

Vu les avantages, il est difficile de justifier une opposition à la demande voulant que les foyers de soins du Nouveau-Brunswick présentent des rapports destinés au public, en plus de ce qui est actuellement prévu en partenariat avec l'ICIS. Le Nouveau-Brunswick dispose d'un outil spécifiquement conçu à cet effet. Le Conseil de la santé du Nouveau-Brunswick (CSNB) a été créé en 2010 en raison du manque de données standardisées sur les services de santé au Nouveau-Brunswick (CSNB, 2020). Actuellement, les activités de collecte de données du CSNB se limitent aux sondages auprès de la population du Nouveau-Brunswick. Toutefois, il est maintenant temps d'élargir son mandat pour inclure la présentation de rapports destinés au public portant sur les IRC dans les secteurs des soins de longue durée et des soins actifs. Ces données sont plus nécessaires que jamais afin que les dirigeants du Nouveau-Brunswick comprennent enfin les tendances inquiétantes que les études ont révélées depuis des années sur des questions telles que la privatisation.

## Privatisation

Si l'on fait abstraction de la question à savoir si les foyers de soins privés se conforment à la *Loi sur les foyers de soins*, ceux qui préconisent une privatisation accrue dans la province devront s'affranchir d'un lourd fardeau.

Comme l'indique notre sondage auprès du public néo-brunswickois, la majorité des Néo-Brunswickois s'inquiètent de la présence d'un motif de but lucratif dans le secteur des soins de longue durée, et avec raison. Les foyers de soins privés au Nouveau-Brunswick n'ont rien fait pour atténuer le problème qu'ils devaient aider à résoudre. Ces questions ont fait l'objet d'études depuis des décennies. Les résultats devraient être inquiétants pour tout gouvernement qui envisage d'avoir davantage recours au secteur privé. D'innombrables preuves montrent que les foyers de soins à but lucratif sont moins efficaces que ceux sans but lucratif dans presque chaque catégorie importante, y compris l'optimisation des ressources.

### SONDAGE DU SIINB AUPRÈS DU PUBLIC

**55 %** des Néo-Brunswickois sont un peu ou très préoccupés de l'arrivée des entreprises à but lucratif dans le secteur des foyers de soins de la province.

Selon une des études les plus détaillées et importantes sur le sujet, préparée par Aaronson et coll. (1994), la qualité des soins offerts dans les foyers de soins sans but lucratif aux prestataires de Medicaid et aux résidents assumant leurs frais aux États-Unis est très supérieure à celle des foyers de soins à but lucratif. L'étude qui portait spécifiquement sur les résidents à risque élevé a révélé une meilleure dotation et de meilleurs résultats dans les foyers de soins sans but lucratif. Baron et West (2017) ont examiné les données sur la qualité des soins dans plus de 15 000 foyers de soins que lui a fournies la Care Quality Commission, l'organisme de réglementation de l'industrie en Angleterre. Après avoir analysé les résultats d'inspection sur une période de cinq ans, l'étude a conclu que les cotes de qualité des établissements à but lucratif étaient moins élevées que celles des fournisseurs publics et sans but lucratif pour diverses mesures : sécurité, efficacité, respect, leadership et satisfaction des besoins des résidents. D'autres études étaient davantage restreintes à la question de la dotation qui semble être directement liée à une marge de profit d'un foyer constitué en société.

Harrington et coll. (2012) ont comparé les foyers de soins gérés par les dix plus grandes chaînes constituées en société aux États-Unis et le rendement des foyers de soins avant et après leur acquisition par des sociétés de capital-investissement. L'étude conclut que le nombre d'infirmières et infirmiers immatriculés et le nombre total d'heures de travail du personnel infirmier dans les dix principales chaînes à but lucratif étaient inférieurs à ceux des établissements gouvernementaux.



Les insuffisances dans les dix principales chaînes étaient 36 % plus élevées et les graves insuffisances, 41 % plus élevées que dans les foyers gouvernementaux. Cette observation est valable pour les autres foyers à but lucratif examinés dans le cadre de l'étude. Les niveaux de dotation dans les chaînes achetées par les sociétés de capital-investissement ont peu changé, mais le nombre d'insuffisances et de graves insuffisances a augmenté pendant certaines années après l'acquisition.

Ailleurs qu'aux États-Unis, une étude des foyers de soins en Suède a révélé que les foyers de soins sans but lucratif fournissaient des modèles de dotation supérieure (Winblad et coll., 2017). Comondore et coll. (2009) ont effectué une analyse détaillée de 956 articles afin d'examiner la différence entre les soins dans les foyers de soins à but lucratif et sans but lucratif, et ont regroupé les résultats. Selon leur méta-analyse, les établissements sans but lucratif dispensaient des soins de meilleure qualité que les établissements à but lucratif dans des catégories telles la qualité de la dotation, la prévalence des plaies de pression et l'utilisation de moyens de contention.

Qu'en est-il des foyers à but lucratif au Canada? L'Institut Parkland de l'Université de l'Alberta a étudié la question en 2013, en examinant les résultats dans le secteur des soins de longue durée de l'Alberta. En analysant des renseignements d'une décennie, il a déterminé que les heures de soins variaient grandement selon le modèle de prestation des services, les foyers de soins à but lucratif offrant beaucoup moins de soins aux résidents par jour que les foyers publics ou sans but lucratif. Selon la même étude, les heures de soins des IL en Alberta étaient considérablement réduites dans les établissements à but lucratif.

**Figure 10**

**Nombre moyen d'heures de soins par résident par jour en Alberta (1999 – 2009)**

Foyers à but lucratif	Foyers sans but lucratif	Foyers publics
2,94 heures	3,14 heures	4,10 heures

**Source :** (Campenella et Stunden Bower, 2013)

La situation est très semblable en Colombie-Britannique. Selon un rapport récent de l'Office of the B.C. Seniors Advocate (2020), les foyers de soins du secteur sans but lucratif consacrent 59 % de leurs revenus aux soins directs comparativement à 49 % dans le secteur à but lucratif. Les foyers de soins sans but lucratif dépensent, en moyenne, 10 000 \$ ou 24 % de plus par année pour les soins de chacun de leurs résidents. Comme on peut s'y attendre, les profits réalisés ont tendance à provoquer des lacunes inévitables dans les soins aux résidents.

Le même rapport montre que, sur une période de deux ans, les foyers de soins à but lucratif n'ont pas offert les 207 000 heures de soins directs subventionnés tandis que les foyers de soins sans but lucratif en Colombie-Britannique ont offert 80 000 heures de soins directs de plus que le nombre d'heures requis subventionné par l'État. La valeur générée par le modèle sans but lucratif est de plus en plus évidente.

Les foyers de soins à but lucratif étaient exclus du système américain Medicaid jusqu'en 1980. Depuis leur légalisation, les chercheurs américains ont examiné la question de savoir si les foyers à but lucratif optimisaient vraiment les ressources dans la structure financée par les contribuables de Medicaid. Selon Cabin et coll. (2014), les foyers à but lucratif comptaient beaucoup plus d'hospitalisations que les foyers sans but lucratif, et leurs coûts annuels par patient étaient beaucoup plus élevés (15 %). En guise de conclusion, l'étude a soulevé la question à savoir si les fonds publics devaient vraiment servir à appuyer ces modèles coûteux et inefficaces.

Le verdict est tombé. L'examen des questions sur la privatisation ne peut fournir une conclusion plus convaincante que celle de Ronald et coll. (2016), qui ont évalué si la preuve sur ce sujet est devenue à ce point si accablante pour pratiquement clore le débat. Leur réponse est sans équivoque.

Les décideurs doivent s'assurer que la politique publique sur les foyers de soins est le plus conforme aux données probantes disponibles et le moins susceptible de causer des préjudices. Les fonds destinés au fonctionnement des foyers de soins et à la prestation des soins proviennent en grande partie de sources financées à même les deniers publics. Lorsqu'ils sont fournis par le secteur à but lucratif, les faits montrent une plus grande probabilité de soins inférieurs. Il faut harmoniser la politique avec les données probantes. Nos aînés méritent mieux (Ronald et coll., 2016).

# Enquêtes du SIINB

## Problème de gouvernance

### Occasion ratée

On ne peut plus compter sur le ministère du Développement social pour surveiller le secteur des soins de longue durée au Nouveau-Brunswick. L'incapacité du Ministère a entraîné de nombreux problèmes dans les niveaux de dotation, la tenue de livres, la surveillance et la qualité des soins dans les foyers de soins. La plupart des intervenants du secteur sont d'accord qu'il est grand temps de confier ces responsabilités au ministère de la Santé. En décembre 2019, le gouvernement du Nouveau-Brunswick avait une occasion rêvée de le faire – qu'il n'a pas saisi.



---

## ENTREVUES AVEC DES PERSONNES INFLUENTES

***Les aînés qui occupent des lits de patients nécessitant un autre niveau de soins dans les hôpitaux ne reçoivent pas les soins dont ils ont besoin et qu'ils méritent. Dans bien des cas, leur santé mentale et leur santé physique se détériorent pendant qu'ils attendent le soutien et des soins adéquats. Notre priorité absolue serait de résoudre cet encombrement dans notre système et de trouver des soutiens communautaires et institutionnels pour les aînés qui sont prêts à recevoir rapidement leur congé de l'hôpital.***

**- KEVIN VICKERS, CHEF DU PARTI LIBÉRAL DU NOUVEAU-BRUNSWICK**

---

Le 12 décembre 2019, le ministre de la Santé, Ted Flemming, a annoncé que le processus d'évaluation initiale des résidents des foyers de soins serait progressivement transféré au ministère de la Santé. C'était une façon de tenir compte de l'intérêt important, mais étroit, du gouvernement à actualiser un processus à l'origine des énormes retards dans les dossiers des patients nécessitant un ANS dans les hôpitaux du Nouveau-Brunswick. Le ministre Flemming a résumé la question à CBC New Brunswick.

Notre but est d'accroître la rapidité d'exécution et l'efficacité du processus d'évaluation pour les aînés ainsi que l'accès aux lits d'hôpitaux pour les patients en attente de services de soins actifs ... les hôpitaux offrent des soins actifs. Admission, soins, sortie. Ils ne sont pas censés être des foyers de soins (Poitras, 2019).

Le transfert du processus d'évaluation peut, en fait, avoir un effet positif à long terme pour réduire le grand nombre de patients ANS dans les hôpitaux du Nouveau-Brunswick. Toutefois, on a totalement raté l'occasion de transférer toutes les ressources au ministère de la Santé pour tâcher de résoudre les problèmes dans ce secteur. Ces défis et l'incapacité du ministère du Développement social de les relever représentent l'essentiel des points que nous aborderons dans la présente section. Avant de poursuivre, il importe de rendre compte du débat public qui a pris fin au moment où le gouvernement Higgs a pris sa décision sur les évaluations en 2019. Le débat a été particulièrement animé.

## Ministère du Développement social par rapport au ministère de la Santé

Vers la fin de décembre 2019, le président-directeur général du Réseau de santé Vitalité, Gilles Lanteigne, a fait part à Radio-Canada de ses préoccupations concernant la surveillance par le ministère du Développement social et le besoin pour les régies régionales de la santé (RRS) de la province de jouer un rôle plus grand dans les soins de longue durée.

Les foyers de soins ne sont pas ce qu'ils étaient il y a 20-30 ans. Avant, les résidents conduisaient leur auto, il y avait des stationnements pour les résidents. Aujourd'hui, ce n'est plus le cas. Les gens sont gravement atteints, ils ont des conditions chroniques et sont en perte d'autonomie. Si les foyers de soins étaient gérés au même titre que les services de santé, les réseaux de santé seraient capables de mettre en place des mesures de performance, des cadres d'imputabilité beaucoup plus précis. (Radio-Canada, 2019).

Quelques jours plus tard, le ministre Flemming a joint sa voix aux autres suggérant que le ministère de la Santé était l'organisation appropriée pour gérer les soins des aînés dans les foyers de soins. Toutefois, le point exprimé par M. Lanteigne est de loin le plus essentiel à ce débat. En tant que président-directeur général d'une des trois réseaux au Nouveau-Brunswick, il est très au fait de l'acuité grandissante de l'état de ces patients et des énormes lacunes liées à la responsabilisation dans le modèle actuel.

---

## ENTREVUES AVEC DES INFORMATEURS CLÉS

***Un niveau de soins accru est nécessaire dans ces foyers. Au moment où vous atteignez les niveaux d'acuité les plus élevés, un système de santé comportant un nombre beaucoup plus élevé d'heures de soins médicaux est essentiel.***

- ANCIENNE MINISTRE DU DÉVELOPPEMENT SOCIAL

---

La présidente-directrice générale du Réseau de santé Horizon, Karen McGrath, la directrice générale de la Coalition pour les aînés, Cecile Cassista, la Société médicale du Nouveau-Brunswick et le Syndicat des infirmières et infirmiers du Nouveau-Brunswick se sont rapidement joints au ministre Flemming et à M. Lanteigne, tout comme le *Telegraph Journal* qui est intervenu en publiant, en 2019, un éditorial appuyant le transfert des soins de longue durée au ministère de la Santé (*Telegraph-Journal*, 2019).

Au même moment, d'autres voix au sein du gouvernement et dans la province soutenaient le contraire. La ministre du Développement social, Dorothy Shephard, a indiqué qu'elle n'était pas convaincue que le transfert à une régie régionale de la santé améliorerait la situation (Huras, 2019). Les travailleuses et travailleurs sociaux du Ministère dirigé par la ministre se sont mis d'accord dans leur propre éditorial. Le 12 décembre 2019, la directrice générale de l'Association des foyers de soins du Nouveau-Brunswick (AFSNB), Jodi Hall, est intervenue pour présenter les arguments de son Association en faveur du statu quo (Hall, 2019). La figure 11 résume la position de l'AFSNB.

On ne peut pas vraiment blâmer la ministre Shephard de défendre son ministère au milieu d'un débat public très vigoureux, ni l'Association des travailleuses et des travailleurs sociaux de défendre les emplois de ses membres. Examinons donc les arguments de l'AFSNB, puisque les foyers qui en sont membres seraient le plus touchés par les changements proposés à la surveillance.

**Figure 11**

### **Arguments de l'AFSNB en faveur du statu quo**

Les foyers de soins sont des établissements où les gens choisissent de vivre le mieux possible.

Accélérer le rythme des évaluations ne libérera pas plus de lits dans les foyers de soins.

Les foyers de soins sont des sociétés privées dont les droits de propriété doivent être respectés.

Le débat devrait être axé sur les besoins des gens, non pas sur ceux du système.

**Source :** (Hall, 2019)

Premièrement, est-ce que les résidents des foyers de soins choisissent de vivre le mieux possible dans de tels établissements? Les données disponibles disent le contraire. Comme nous l'avons vu dans la revue de la littérature sur l'acuité de l'état des résidents, le Nouveau-Brunswick tarde à publier ses données sur les soins en établissement. Toutefois, au cours de l'exercice financier 2017-2018 en Colombie-Britannique, seulement 1,2 % des résidents des foyers de soins se sont présentés d'eux-mêmes à des établissements de soins de longue durée (ICIS, 2018a). L'idée que les résidents des foyers de soins sont là par choix est pure fiction. Ces aînés souffrent de maladies chroniques. Bon nombre d'entre eux sont aiguillés par les travailleurs sociaux parce que leurs proches, même avec de l'aide, ne peuvent plus prendre soin d'eux. D'autres sont transférés directement après un séjour prolongé à l'hôpital.

Deuxièmement, même s'il est vrai qu'il n'y a aucun lien direct entre la rapidité avec laquelle les patients nécessitant un ANS dans les hôpitaux sont évalués et le nombre de lits vacants dans les foyers de soins, là n'est pas la question. Le ministère du Développement social ne dispose tout simplement pas des ressources pour gérer ce secteur et, à cet effet, il a échoué sur la question des évaluations initiales pour la même raison qu'il échoue dans le suivi des données, la sécurité des résidents, les inspections annuelles utiles et autres. Le Ministère n'est tout simplement pas à la hauteur de la tâche.

Troisièmement, la question des droits de propriété est une diversion. Aucun représentant du gouvernement ni intervenant, à aucun niveau, n'envisage une prise en charge complète des foyers de soins. Les foyers de soins sont en fait des entités privées – la seule question ici est de savoir par qui ils seront réglementés et dans quelle mesure le règlement sera efficace. Comme nous le verrons sous peu, l'idée d'une réglementation plus rigoureuse est mal accueillie par les membres de l'Association.

La meilleure réfutation du dernier point soulevé par l'AFSNB est un examen approfondi du « système » qui n'arrive pas à répondre aux « besoins des gens ». Nous ne pouvons plus maintenir le statu quo. Le gouvernement néglige son devoir de veiller sur les aînés les plus vulnérables au Nouveau-Brunswick.

### Ministère du Développement social

Le ministère du Développement social du Nouveau-Brunswick a connu des jours sombres pendant les derniers mois de 2019. La ministre Dorothy Shephard s'est rendue à Campbellton pour constater personnellement les problèmes au Foyer de soins de Campbellton. Le gouvernement avait démis le conseil d'administration du foyer de soins de ses fonctions quelques mois auparavant. Les problèmes persistants au foyer de soins ont grandement contribué à la fermeture d'urgence de services à l'Hôpital régional de Campbellton à la fin de novembre 2019.

« J'ai dit très clairement aujourd'hui que j'attends une bonne collaboration du Réseau de santé Vitalité et au sein de mon ministère, de souligner la ministre Shephard au *Telegraph-Journal*, et je serai là pour m'assurer que cela continue (Jaques, 2019). »

L'histoire démontre que la ministre a peut-être été trop optimiste. En 2019, de 30 à 60 lits étaient vacants au Foyer de soins de Campbellton, surtout en raison de pénuries de personnel. Nous y reviendrons dans la section suivante. Les fermetures de lits ont contribué à un engorgement de 70 patients nécessitant un ANS à l'hôpital régional, ce qui a éventuellement entraîné l'arrêt des admissions à l'établissement. La sonnette d'alarme a été entendue à Fredericton et, tout à coup, le dysfonctionnement qui touchait le secteur des soins de longue durée au Nouveau-Brunswick pendant des années fait à nouveau les manchettes. Le Ministère n'aura pas eu à attendre longtemps avant de recevoir d'autres mauvaises nouvelles.

Quelques semaines plus tard, une série remarquable de cinq articles sur les foyers de groupe pour les jeunes de la province a été publiée dans le Telegraph-Journal; les foyers de groupe pour les jeunes étant une des nombreuses et diverses responsabilités du ministère du Développement social. Dans des détails saisissants, le journaliste d'enquête, Michael Robinson, a fait ressortir les graves failles institutionnelles; failles qui devraient grandement préoccuper tout ministère chargé de veiller sur des citoyens vulnérables.

« Le gouvernement gère ces foyers de groupe à l'aveuglette. Le suivi des données sur les foyers est effectué de façon inconstante, s'il est fait, et les données ne sont pas facilement accessibles. Le journal a demandé les données permettant de faire un suivi des nombreux paramètres. On lui a répondu qu'elles n'existent pas. À titre d'exemple, personne ne fait le suivi du nombre de fois que les enfants pris en charge manquent à l'appel. Personne ne fait le suivi du nombre de fois que les enfants pris en charge voient des travailleurs sociaux. Personne ne fait le suivi du nombre d'enfants à qui un médicament est administré ou du type de médicament qui leur est administré. Rien ne permet de déterminer clairement si les foyers de groupe exercent le mandat prescrit par la loi d'être « à caractère familial » ou si quelqu'un écoute les doléances des enfants qu'ils desservent (Robinson, 2019a). »

Ce que Michael Robinson décrit comme le « trou noir des données » s'applique autant aux soins prodigués aux aînés vulnérables du Nouveau-Brunswick qu'aux soins dispensés aux jeunes vulnérables du Nouveau-Brunswick. Suite aux articles de M. Robinson, la ministre Shephard a indiqué que la collecte des données n'a pas été très efficace dans son ministère par le passé et que des mesures seraient prises pour l'améliorer (Robinson et Landry, 2019). Toutes les preuves disponibles disent toutefois le contraire.

---

## ENTREVUES AVEC DES INFORMATEURS CLÉS

***Les 11 plus âgés comme moi pensent que la situation s'est vraiment détériorée. Les normes sont écrites noir sur blanc, mais elles ne reflètent pas la réalité. Je lance au ministre de la Santé ou à la ministre du Développement social le défi de passer quelques jours ici. Ça leur ouvrirait les yeux.***

**- UNE INFIRMIÈRE IMMATRICULÉE**

---

Les enquêtes du SIINB en 2019, au moyen de demandes d'accès à l'information, ont révélé que, comme c'est le cas pour les foyers de groupe pour les jeunes, le ministère du Développement social ne tient pas à jour une base de données permettant de compiler la plupart des renseignements qu'il recueille auprès des 68 foyers de soins qu'il supervise. L'information n'est jamais triée, retracée ou analysée à l'échelle provinciale. Le Ministère n'a aucun moyen de déceler les tendances ni de signaler les nouvelles menaces. Personne ne balise les pics dans les pénuries de personnel, les accidents ou les éclosions de maladie pour les examiner d'une manière plus approfondie. Aucune attention n'est portée aux défis auxquels sont confrontés les foyers de soins quelle que soit la région, et aucune donnée n'est disponible si c'était le cas. Le Ministère publiait auparavant un rapport statistique annuel qui contenait au moins des renseignements de base, mais il a cessé de produire ce rapport en 2012 (Nouveau-Brunswick, 2012).

Le Ministère a fait l'objet d'un grand nombre de remaniements structurels et de réorganisations, et a enregistré un taux de roulement élevé dans les postes de direction depuis 2016; trop nombreux pour en discuter en profondeur. Aucun de ces changements ne s'est traduit par une augmentation des ressources ou de la capacité de surveillance. La Section des soins de longue durée du ministère du Développement social a plutôt compté trop souvent sur les gestionnaires ou directeurs « par intérim » et en est venue à dépendre du travail de « consultants » externes, même pour les responsabilités principales.

L'Unité des services offerts dans les foyers de soins formée d'une douzaine d'employés, y compris le personnel de soutien administratif, était responsable de la surveillance des foyers de soins jusqu'en 2019 (Nouveau-Brunswick, 2019b). Selon le site Web du ministère, l'Unité s'occupe « de planifier, de concevoir, de surveiller et d'inspecter les services fournis aux résidents des foyers de soins. Elle voit à la sécurité des pensionnaires... en se chargeant de la surveillance » (Nouveau-Brunswick, 2019c). Elle affirme aussi « travailler avec l'Association des foyers de soins du Nouveau-Brunswick (AFSNB), le Conseil des syndicats des foyers de soins du Nouveau-Brunswick et Travail sécuritaire NB pour poursuivre les efforts visant à favoriser et à améliorer la santé et la sécurité au travail dans les foyers de soins. »

C'est beaucoup trop généreux. Dans les faits, l'Unité des services offerts dans les foyers de soins a joué un rôle négligeable dans le maintien de la sécurité des employés dans les foyers de soins. L'Association de sécurité des soins continus du Nouveau-Brunswick (ASSCNB) à laquelle elle siégeait s'est réunie trois fois entre 2016 et 2019. Aucune des personnes avec qui le SIINB a communiqué pendant la préparation du présent rapport ne se souvient qu'un représentant du ministère du Développement social ait assisté à une de ces réunions. Malheureusement, l'Unité n'avait pas suffisamment de ressources pour assumer efficacement sa responsabilité principale, qui est la sécurité des résidents des foyers de soins.

Au cours des premières semaines de 2020, le SIINB a appris que le gouvernement Higgs avait entrepris discrètement une autre réorganisation dans la surveillance des foyers de soins par le Ministère, en remplaçant l'Unité des services offerts dans les foyers de soins par un nouveau groupe désigné Unité des ressources communautaires pour adultes. Entretemps, au printemps de 2020, les rapports de sept inspections de foyers de soins pour 2019 n'avaient pas encore été affichés par le Ministère.

### Délivrance de licence et inspection

Du petit groupe d'employés faisant partie de l'Unité des services offerts dans les foyers de soins, cinq seulement étaient chargés directement de s'assurer que les 68 foyers de soins au Nouveau-Brunswick se conforment aux normes de soins minimales. Seulement trois employés font maintenant partie de la nouvelle Unité de la qualité et de la conformité. Il s'agit des agents de liaison des foyers de soins qui ont une tâche quasi-impossible à accomplir.

Le gouvernement doit veiller à la sécurité des résidents au moyen principalement de ses inspections annuelles des foyers de soins, mais le processus n'inspire pas tellement confiance. Le contenu des rapports d'inspection utilisé par les agents de liaison est semblable à celui d'autres provinces mais pas tous. En Ontario, le processus d'inspection comporte les inspections de la qualité des services aux résidents et les inspections pour donner suite à des incidents critiques. Ces inspections distinctes sont faites chaque année dans tous les foyers de soins, un modèle que nous appuyons. Quel que soit le processus, c'est la capacité du ministère du Développement social à effectuer rigoureusement les inspections requises qui soulève de graves questions.

Les pouvoirs dévolus aux agents de liaison pour mener les inspections en vertu de la *Loi sur les foyers de soins* du Nouveau-Brunswick sont très étendus; il n'y a donc pas de problème quant à leur autorité. S'ils sont bien exercés, ces pouvoirs devraient être suffisants pour assurer la conformité aux règlements adoptés par le gouvernement en vertu de la Loi.

**25(3)** L'inspecteur peut, à tout moment raisonnable, pénétrer dans un foyer de soins pour vérifier que sont respectées les dispositions de la présente loi et de ses règlements.

**25(5)** Lors d'une inspection faite en vertu du présent article, l'inspecteur :

- a) a le droit d'avoir libre accès à tous les registres comptables, documents et comptes bancaires, à toute pièce justificative et correspondance et à tous les dossiers, y compris les dossiers des pensionnaires, les dossiers médicaux et les dossiers pharmacologiques qui se rapportent à l'objet de l'inspection;
- b) peut, sur remise d'un reçu, enlever tout document visé à l'alinéa a) qui se rapporte à l'objet de l'inspection afin d'en tirer une copie, s'il fait preuve de diligence raisonnable et si le document en question est remis dans les plus brefs délais à la personne faisant l'objet de l'inspection. (*Loi sur les foyers de soins*, 1982).

Les trois agents de liaison sont des II possédant de l'expérience dans le secteur des soins de longue durée, donc il n'y a aucun problème quant à leurs compétences. Ils sont tout simplement trop peu nombreux pour effectuer efficacement des inspections. Les agents de liaison peuvent habituellement revoir des parties de chaque inspection annuelle, telles la présentation de la paperasserie courante, avant de se rendre au foyer de soins. D'autres éléments de l'inspection devraient, en théorie, être faciles à vérifier. Après tout, les lampes d'éclairage de secours dans le foyer de soins fonctionnent ou non. Nous y reviendrons dans un instant.

Le principal défi des agents de liaison des foyers de soins est que leur travail dépend grandement de la capacité de chaque foyer de soins à tenir des dossiers exacts, ce qui, bien souvent, dépend d'un personnel suffisant en poste. Dans un grand nombre de foyers, ce n'est pas le cas. Avec des charges de travail aussi lourdes, les agents de liaison ont rarement le temps de remettre en cause les procédures d'un foyer de soins.

---

## ENTREVUES AVEC DES INFORMATEURS CLÉS

*Tant que des systèmes adéquats ne sont pas en place pour assurer une surveillance et une vérification appropriées des foyers de soins, les choses ne changeront pas. C'est ce qu'il faut établir pour veiller à la sécurité des aînés et protéger l'argent des contribuables.*

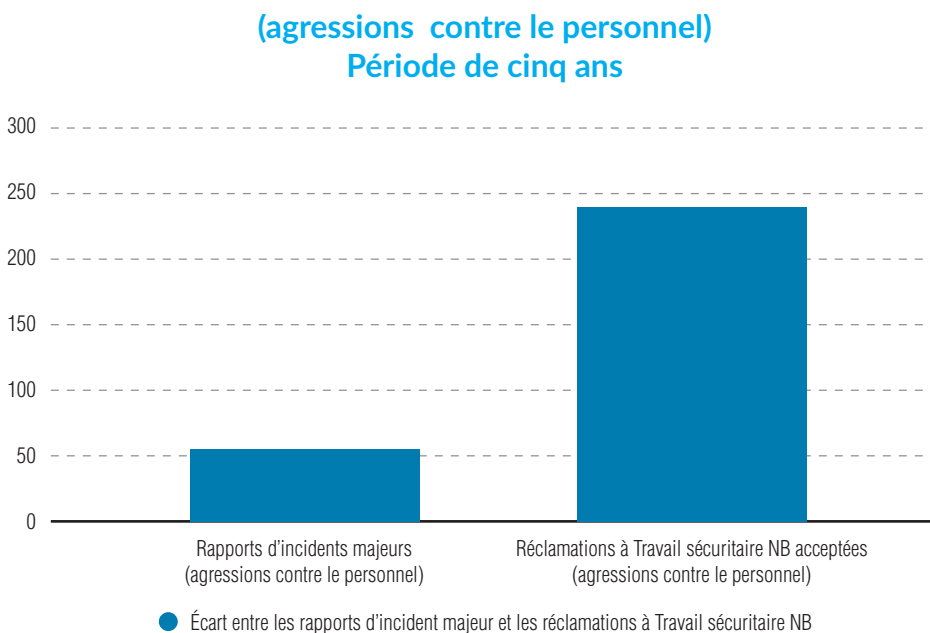
- ANCIENNE MINISTRE DU DÉVELOPPEMENT SOCIAL

---

À titre d'exemple, comme nous l'avons abordé dans notre enquête sur la violence au travail, le nombre de rapports d'incidents majeurs signalant des agressions, pour une période de cinq ans, est dérisoire par rapport au nombre de demandes d'indemnisation des accidents du travail pour violence au travail déposées par des employés de foyers de soins pendant la même période. Pourquoi un tel écart? Comme l'indique clairement le règlement provincial, la présentation de rapports sur des agressions contre le personnel n'est pas un processus optionnel.

**10.** Les membres du personnel rédigent promptement un rapport d'incidents et le soumettent à l'administrateur chaque fois que survient un incident ou un accident qui affecte ou peut affecter la santé et la sécurité des pensionnaires ou des membres du personnel (Règlement du Nouveau-Brunswick 85-187).

Figure 12



Sources : (Nouveau-Brunswick, 2019d; Travail sécuritaire NB, 2020)

Pour le présent rapport, l'AFSNB nous a indiqué que toutes les agressions ne constituent pas un incident majeur, mais comment est-ce possible? Comment une agression contre un employé d'un foyer de soins peut-elle être suffisamment grave pour qu'une réclamation d'indemnisation des accidents du travail soit acceptée, mais ne fasse pas l'objet d'un rapport d'incidents majeurs? C'est là l'origine du problème. Dans un grand nombre de foyers de soins, les taux de présentation des rapports ont chuté à des niveaux anémiques. La production de rapports est prescrite dans les règlements adoptés en vertu de la *Loi sur les foyers de soins*.

**19** L'exploitant avise le directeur dans les plus brefs délais de tout incident ou accident majeur qui porte atteinte ou qui peut porter atteinte à la santé ou à la sécurité des pensionnaires ou du personnel (*Loi sur les foyers de soins*, 2014).

Les agents de liaison ont une conception très limitée de l'exactitude de la tenue de livres de foyers de soins. Ces documents sont les seuls outils dont dispose le gouvernement pour s'assurer que les normes minimales sont respectées. Dans bien des cas, il est tout simplement impossible d'évaluer ce qu'un foyer de soins peut ou non sous-déclarer. Comment peut-on évaluer des documents qui n'existent pas? Parfois, il n'y a aucun système d'archivage.

En 2019, les agents de liaison ont signifié des avis de non-conformité à trois foyers de soins du Nouveau-Brunswick pour ne pas avoir respecté leurs ratios en personnel obligatoires et, par la suite un avis à chaque foyer en raison de l'absence d'un système de suivi des ratios en personnel. De tels exemples déprimants ont trait uniquement aux pratiques des foyers de soins eux-mêmes. Malheureusement, les agents de liaison du Ministère ont leurs propres questions difficiles auxquelles ils doivent répondre.

Le SIINB a effectué une vérification de la surveillance de la conformité par le Ministère concernant la présence des II de garde dans les foyers de soins provinciaux. Comme nous l'indiquons dans la revue de la littérature, le rôle essentiel des II dans les milieux de soins de longue durée est un fait incontestable. Donc, lorsqu'un II ou une II n'est pas de garde dans un foyer de soins, ne serait-ce que pendant quelques heures, cette information doit être notée dans un rapport d'incidents majeurs. Lorsque le SIINB a comparé ces rapports sur une période de quatre ans aux avis de non-conformité signifiés par les agents de liaison qui sont accessibles en ligne dans le rapport d'inspection annuelle de chaque foyer de soins, les résultats étaient inexplicables.

#### SONDAGE DU SIINB AUPRÈS DU PUBLIC

**95 %** des Néo-Brunswickois s'attendent à ce qu'une infirmière ou un infirmier immatriculé soit de garde dans les foyers de soins en tout temps.

Figure 13

Auto-surveillance des foyers de soins (sans II)  
par rapport aux avis de non-conformité (NC)

	2015		2016		2017		2018	
	Sans II	NC	Sans II	NC	Sans II	NC	Sans II	NC
<b>Région 1 : Moncton</b>								
Forest Dale Home	0	0	3	0	0	0	0	0
Foyer Saint-Antoine	0	0	0	0	0	0	1	0
Westford Nursing Home	0	0	49	0	0	0	0	0
Shannex: Pavillon Richard	0	0	0	0	0	0	1	0
<b>Région 2 : Saint John</b>								
Shannex: Embassy Hall	1	0	1	0	3	0	0	0
Grand Manan Nursing Home	1	0	0	0	9	0	0	0
Carleton Kirk Lodge	1	0	0	0	0	0	0	0
Loch Lomond Villa	0	0	1	0		0	0	0
Turnbull Nursing Home	0	0	0	0	1	0	0	0
<b>Région 3 : Fredericton</b>								
Riverview Manor	0	0	0	0	30	√	12	√
Nashwaak Villa	83	√	8	0	1	√	0	0
Tobique Valley Manor	19	√	16	√	45	√	0	0
W. G. Bishop Nursing Home	5	√	3	√	1	√	0	0
Central New Brunswick Nursing Home	4	√	1	√	0	0	0	0
Carleton Manor	1	√	0	0	0		0	0
Orchard View	4	√	3	√	0	0	0	0
White Rapids Nursing Home	46	√	8	√	0	0	0	0

Source : (Nouveau-Brunswick, 2019e; Nouveau-Brunswick, 2020c)

Les résultats de la vérification du SIINB soulèveraient certainement de sérieuses questions chez les Néo-Brunswickois. Pendant quatre ans, soit de 2015 à 2018, aucun foyer de soins du Nouveau-Brunswick à l'extérieur de la région de Fredericton n'a reçu un avis de non-conformité, même après avoir indiqué dans son propre rapport l'absence d'un ou d'une II pendant une journée ou plus durant l'année. Certains foyers de soins n'avaient pas un ou une II de garde pendant trois, neuf ou même 49 jours sans que le Ministère le consigne. Pendant trois années consécutives, le Embassy Hall de Shannex à Saint John a signalé l'absence de II, sans subir de conséquences.

Dans sa réponse au SIINB, le Ministère s'est assuré d'inclure que « la plupart des rapports d'incident indique qu'un ou une II n'était pas de garde pendant une portion d'un relais seulement (2 à 3 heures), non pas toute la journée » (Nouveau-Brunswick, 2019e), mais cela n'a pas épargné les foyers de la région de Fredericton, dont un grand nombre d'entre eux ont reçu des avis de non-conformité à la suite d'un seul incident.

Même si l'on adoptait le point de vue erroné que la non-conformité relève du pouvoir discrétionnaire des agents de liaison, l'absence de mesures d'application à l'extérieur de la région de Fredericton dépasse tout entendement. Il y a très peu de raisons d'être confiants que les foyers de soins signalent avec exactitude chacune de leurs infractions dans ce domaine ou un autre domaine. Même lorsqu'ils le font, il semble que le ministère du Développement social manque de vigilance. L'inconstance inquiétante n'a pas échappé aux administrateurs des foyers de soins qui ont répondu au *Sondage de consultation auprès du secteur de 2017* de l'AFSNB. « Les normes ne s'appliquent pas équitablement à tous les foyers de soins. Les foyers de soins de la province ne devraient pas avoir à gérer différentes interprétations des normes et des règlements (AFSNB, 2017b). »

C'est la bonne conception de la conformité et des essais d'assurance de la qualité. Les normes et les règlements que le gouvernement impose aux foyers de soins visent à assurer la sécurité des aînés vulnérables et la responsabilisation des personnes à qui ils sont confiés. L'application de ces normes et règlements ne doit pas prêter à l'interprétation ou être laissée au bon vouloir des particuliers. Les normes et les règlements doivent être appliqués de façon uniforme et équitable pour s'assurer que les soins en établissement respectent toujours une norme acceptable. Ce n'est pas ce qui se passe au Nouveau-Brunswick aujourd'hui. Comme nous le verrons, ce ne sont pas les seules normes facilement vérifiées qui passent entre les mailles du filet.

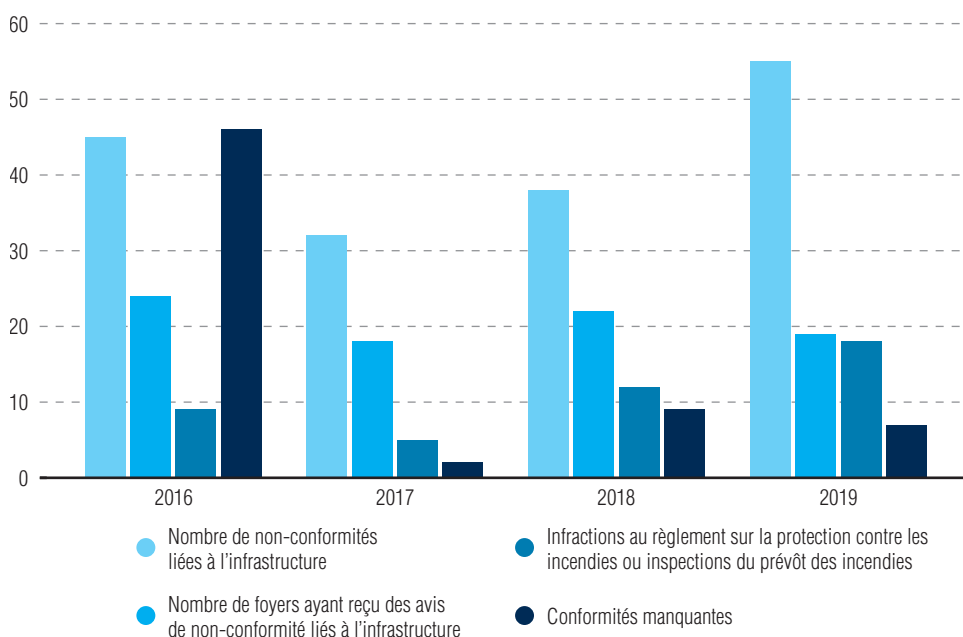
## Inspections de sécurité dans les foyers de soins du Nouveau-Brunswick

En 2016, le Bureau du vérificateur général du Nouveau-Brunswick a publié son tout dernier rapport sur les foyers de soins, dans lequel il souligne les coûts d'infrastructure énormes liés au secteur. À la date de publication de ce rapport, les coûts des projets de construction et de rénovation des foyers de soins dans la province étaient évalués à 285 millions de dollars. Le vérificateur général a critiqué le gouvernement pour son manque de transparence et l'absence de paramètres dans le dossier de l'infrastructure (VGNB, 2016), des préoccupations que nous partageons dans le présent rapport. Toutefois, l'objectif principal des II au Nouveau-Brunswick demeure la sécurité des résidents dont ils prennent soin.

La capacité du gouvernement et des employeurs à inspecter et à entretenir les bâtiments qui hébergent les aînés les plus vulnérables au Nouveau-Brunswick soulève de sérieuses questions. Dans le cadre de son enquête sur la gouvernance, le SIINB a étudié neuf catégories d'infrastructure clé essentielles à la sécurité des résidents et du personnel dans des rapports d'inspections soumis sur une période de quatre ans.

Figure 14

### Non-conformités liées à l'infrastructure 2016 - 2019



Source : (Nouveau-Brunswick, 2020c)

Le ministère du Développement social a inspecté l'infrastructure des foyers de soins de façon relativement constante. Il a tendance à émettre, chaque année, de 32 à 55 avis de non-conformités visant de 18 à 24 foyers de soins. Vu l'importance de ces éléments pour la sécurité des résidents, il est très inquiétant de voir des degrés sans cesse élevés de non-conformité. En 2004, le Bureau du vérificateur général a effectué un examen très approfondi du processus d'inspection des foyers de soins et a indiqué ce qui suit :

**4.102** Nous ne nous attendions pas à trouver une conformité totale de la part de tous les foyers de soins, mais au moins un degré très élevé de conformité en raison de la stabilité du programme et du préavis qui est donné aux foyers de soins de l'inspection à venir. Nos constatations nous ont déçues (VGNB, 2004).

Il y avait tout lieu d'espérer que le secteur ferait davantage de progrès au cours des 16 dernières années. Dans le cadre de notre enquête, nous avons examiné les inspections du prévôt des incendies, de la Sécurité publique, de la Santé publique et de Travail sécuritaire NB, ainsi qu'une série d'autres inspections faites dans chaque foyer de soins par les agents de liaison des foyers de soins.

Les vérifications faites par les agents de liaison portaient sur des articles tels les boutons d'appel des résidents, les lampes d'éclairage de secours et les alarmes de porte pour résidents en errance, ainsi que sur le maintien général de l'équipement de sécurité et des installations dans le foyer de soin. Ironiquement, l'avis de non-conformité le plus souvent émis concerne le manque d'entretien préventif, la seule activité inspectée pour ralentir la dégradation de l'infrastructure.

Les nombreuses infractions à la protection contre l'incendie qui est réglementée dans la *Loi sur les foyers de soins* sont de loin l'aspect le plus préoccupant. Notre examen a révélé 42 infractions de ce genre sur une période de quatre ans, pour des problèmes tels des systèmes d'extincteurs automatiques qui fonctionnent mal, des alarmes-incendies défectueux, des extincteurs d'incendie manquants ou des systèmes d'extinction d'incendie déficients. Le nombre de vérifications de conformité non effectuées, dont un nombre frappant de 45 inspections qui n'ont pas été faites par le ministère de la Sécurité publique en 2016, est presque aussi troublant. La Sécurité publique doit notamment évaluer les chauffe-eaux, les réservoirs d'extincteur et la sécurité de la source d'approvisionnement en eau de chaque foyer.

Le titre du présent rapport, *La génération oubliée*, n'a pas été choisi sur un coup de tête. Songez pendant un instant à la réaction des parents du Nouveau-Brunswick s'ils apprenaient que les alarmes-incendies fonctionnent mal ou les systèmes d'extincteurs automatiques sont défectueux dans le quart des écoles publiques de la province. Tout comme pour la surveillance des niveaux de dotation et les incidents majeurs, le Ministère semble avoir une très faible capacité à exiger des comptes de la part des foyers de soins, dans cette situation.

Même si cela est inquiétant, il est encore plus perturbant d'imaginer que ces types d'infractions passent peut-être inaperçus. L'examen de telles questions va normalement au-delà de la capacité du SIINB comme acteur non gouvernemental. Toutefois, au milieu de 2019, nous avons obtenu le bon outil pour le faire.

Au début de 2016, alors qu'il se préparait à déployer des efforts considérables favorisant la construction de foyers de soins, le gouvernement Gallant a ordonné au ministère des Transports et de l'Infrastructure (MTI) d'effectuer une évaluation détaillée de l'état physique de tous les foyers de soins au Nouveau-Brunswick. Le SIINB a obtenu un dossier complet de ces évaluations au moyen de demandes d'accès à l'information. Les évaluations indiquaient des centaines d'éléments qui avaient atteint leur durée d'utilisation prévue dans les foyers de soins, un résultat indiqué dans chaque rapport par le code (LC). Les résultats plus graves qui représentaient un risque pour la sécurité des résidents étaient classés comme « Life Saving » ou (LS). En examinant chaque résultat (LS) comportant un risque élevé, le SIINB a dressé une liste de ceux qui contrevenaient au règlement. Puisque les inspections du MTI ont été faites vers la fin de 2016, on peut supposer que les inspections du ministère du Développement social auraient décelé la plupart ou l'ensemble de ces problèmes lors des visites en 2016 ou 2017. Il n'en est rien.

**Figure 15 : Résultats des inspections du MTI par rapport aux résultats des inspections de Développement social en 2016-2017**

Foyer	Problèmes à l'inspection du MTI en 2016	Règlement	Inspection de Développement social en 2016	Inspection de Développement social en 2017
Rocmaura Nursing Home	Éclairage de secours	Règl.85-187, [art. 27]	Passée avec succès	Passée avec succès
Pine Grove Nursing Home	Système d'avertissement d'errance de résidents	[Règl. 85-187, art. 33]	Passée avec succès	Passée avec succès
White Rapids Manor	Sécurité des chambres des résidents	[Règl. 85-187, art. 26]	Passée avec succès	Passée avec succès
Campobello Lodge	Risques d'incendie	Inspection du prévôt des incendies	Passée avec succès	Passée avec succès
Dr. V.A. Snow Centre	Éclairage de secours	[Règl. 85-187, art. 27]	Passée avec succès	Passée avec succès
Kennebec Manor	Éclairage de secours	[Règl. 85-187, art. 27]	Passée avec succès	Passée avec succès
Kiwanis Nursing Home	Éclairage de secours	[Règl. 85-187, art. 27]	Passée avec succès	Passée avec succès

Foyer	Problèmes à l'inspection du MTI en 2016	Règlement	Inspection de Développement social en 2016	Inspection de Développement social en 2017
Lincourt Manor	Éclairage de secours	[Règl. 85-187, art. 27]	Passée avec succès	Passée avec succès
Manoir Edith B. Pinet	Risques de trébucher	[Règl. 85-187, art. 12]	Passée avec succès	Passée avec succès
Manoir Edith B. Pinet	Éclairage de secours	[Règl. 85-187, art. 12]	Passée avec succès	Passée avec succès
Villa Providence	Chauffe-eau	Inspection de Sécurité publique	Passée avec succès	Passée avec succès
Villa Providence	Alarmes-incendies	Inspection du prévôt des incendies	Passée avec succès	Passée avec succès
Kenneth E. Spencer Home	Éclairage de secours	[Règl. 85-187, art. 27]	Passée avec succès	Passée avec succès
Wauklehegan Manor	Éclairage de secours	[Règl. 85-187, art. 27]	Passée avec succès	Passée avec succès
Résidence Mgr. Melanson	Système d'appel infirmier	[Règl. 85-187, art. 28]	Passée avec succès	Passée avec succès
Foyer Assomption	Code de prévention des incendies	Inspection du prévôt des incendies	Passée avec succès	Passée avec succès
Résidences Inkerman	Code de prévention des incendies	Inspection du prévôt des incendies	Passée avec succès	Passée avec succès
Jordan Lifecare Centre	Éclairage de secours	[Règl. 85-187, art. 28]	Passée avec succès	Passée avec succès
Lakeview Manor	Éclairage de secours	Règl. 85-187, [art. 27]	Passée avec succès	Passée avec succès

Sources : (Nouveau-Brunswick, 2020c; Règlement du Nouveau-Brunswick 85-187; Nouveau-Brunswick, 2019f)

Les disparités entre ces inspections sont un autre signal d'alarme. Cette liste est toutefois loin d'être complète. De nombreuses préoccupations comportant des risques élevés ne font pas partie de la liste parce que leurs descriptions sont vagues ou parce qu'il est difficile de les associer à un règlement spécifique du gouvernement du Nouveau-Brunswick. Cela ne veut pas dire pour autant qu'elles sont moins inquiétantes. Les autres éléments (LS) mentionnés étaient les risques de contamination, l'éclatement constant de tuyaux, les caméras de sécurité non fonctionnelles et plus d'une douzaine de génératrices qui seraient insuffisantes pour alimenter en électricité les foyers en cas d'urgence. Ces établissements hébergent les aînés les plus vulnérables au Nouveau-Brunswick.

Jusqu'ici, notre enquête a révélé des problèmes en matière de responsabilisation liés à la dotation d'II, aux ratios en personnel, au suivi de la violence et maintenant à la sécurité des bâtiments. Pour freiner et inverser les tendances que nous avons décelées dans *La génération oubliée*, le gouvernement doit rendre son rôle de surveillance plus crédible. Malheureusement, ceux qui parlent le plus fort demandent une réglementation moins lourde, non pas plus rigoureuse.

### Efforts favorisant la déréglementation

Les employés des foyers de soins du Nouveau-Brunswick ont, pour la plupart, leurs groupes de négociations collectives, mais l'AFSNB est l'intervenant le plus influent et ayant le plus d'accès. L'Association est l'agent négociateur de tous les foyers de soins au Nouveau-Brunswick et elle offre de nombreux autres services, tels le soutien en ressources humaines et les relations gouvernementales. Elle affirme « être d'accord avec la responsabilisation », mais un grand nombre des réformes que demandent ses membres iraient dans le sens contraire (AFSNB, 2017b).

Nous avons publié les questions-réponses de l'entrevue que nous avons faite avec la directrice générale de l'AFSNB, Jodi Hall, dans les entrevues avec des personnes influentes, mais la plupart des renseignements que nous avons sur les foyers de soins et leurs points de vue sur la réglementation proviennent du rapport de consultation du secteur de l'AFSNB susmentionné. Ce qui inquiète, c'est de voir à quel point une grande partie de la déréglementation préconisée dans ce rapport est devenue la nouvelle réalité au Nouveau-Brunswick.

Le gouvernement doit réagir à la réalité des foyers de soins et cesser d'accorder des non-conformités lorsqu'une II est sur appel en soirée et qu'une IAA est responsable. Il n'est pas raisonnable de s'attendre à ce que le directeur des soins dorme au foyer de soins. (AFSNB, 2017b)

Premièrement, l'idée qu'un directeur des soins (qui est aussi II) peut être considéré comme « l'II de garde » menace la sécurité et enfreint clairement le règlement. L'argument invoqué par l'administrateur du foyer, que nous citons, va encore plus loin, ce qui est davantage préoccupant. Les infirmières et infirmiers immatriculés sont irremplaçables. C'est précisément là où le rôle de surveillance du gouvernement consiste à contrôler de telles impulsions.

Faute de pouvoir doter leurs établissements d'un personnel suffisant, les administrateurs des foyers de soins demandent des exemptions d'infraction de conformité. Les faits montrent qu'ils semblent en bénéficier.

Comme il a été mentionné, l'assurance de la qualité et la conformité visent à s'assurer qu'il n'y ait pas un affaiblissement des normes de sécurité nécessaires avec le temps. Elles ne sont pas subjectives et ne se prêtent pas à l'interprétation. Pourtant, certains administrateurs de foyers de soins pensent clairement le contraire.

Il faut prendre en considération les risques. Les choses sont rarement noires ou blanches. Infractions basées sur les risques et non sur les impossibilités opérationnelles (AFSNB, 2017b).

Ce que cet administrateur d'un foyer de soins désigne « impossibilités opérationnelles » est en fait les normes minimales que le gouvernement exige supposément des foyers de soins provinciaux. Ces normes ne sont pas élevées; ce sont des normes minimales. Qu'elles soient perçues comme des « impossibilités » par les dirigeants du secteur des soins de longue durée est un des aspects les plus préoccupants que nous abordons dans le présent rapport, et un exemple qui montre à quel point la surveillance et la conformité sont faibles dans ce secteur.

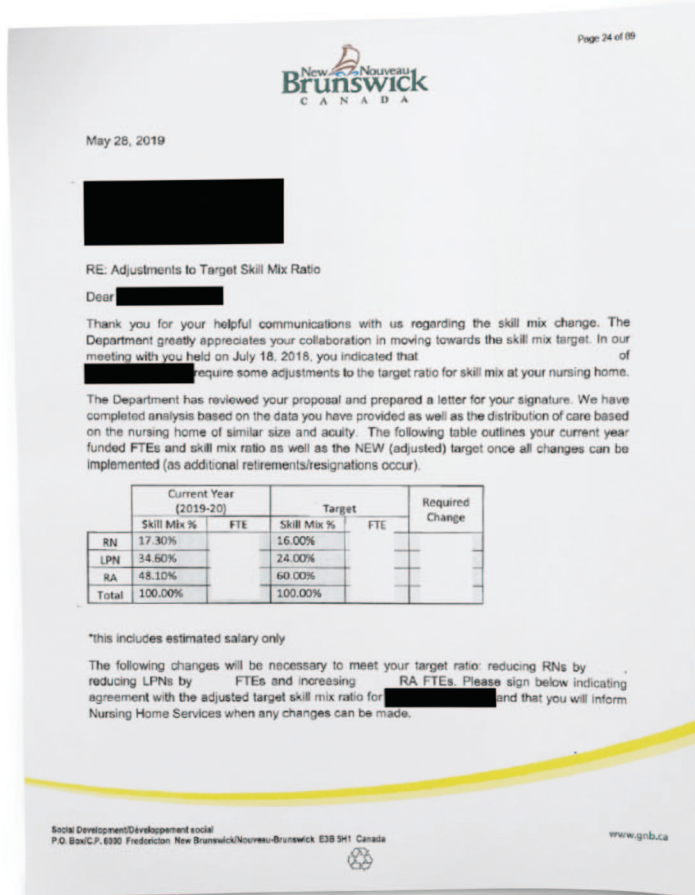
Le risque est un concept totalement subjectif. Il est tout à fait inapproprié de l'intégrer au processus d'inspection des foyers de soins. Permettrait-on à un cardiologue de juger si le lavage des mains est vraiment nécessaire avant une chirurgie? Ces normes existent pour sauver des vies. L'idée même d'inclure la subjectivité dans le processus d'inspection ne tient pas compte du concept même de la conformité; pourtant, nous en sommes rendus là. Lorsqu'on examine l'engagement des foyers de soins de maintenir les ratios en personnel qui leur sont assignés par le gouvernement, la situation se détériore.

Chaque année, le ministère du Développement social fait parvenir une lettre sur la combinaison de compétences visant à informer les foyers de soins du coefficient d'II, d'IAA et de PR qui doivent être de garde en tout temps. Depuis les dernières années toutefois, les foyers de soins s'opposent à l'idée que le respect de ces ratios de compétences est une attente raisonnable du gouvernement.

Les foyers de soins doivent être libres d'utiliser des employés de manière flexible conformément au niveau d'acuité des résidents – non un chiffre fourni par le gouvernement (AFSNB, 2017b).

Ce que soutiennent essentiellement les foyers de soins, c'est qu'ils devraient pouvoir eux-mêmes déterminer le degré d'attention qui doit être accordé à un résident ou le nombre d'heures de soins que doivent recevoir les résidents, en fonction de l'état de santé du résident déterminé par l'administrateur à ce moment. Si les foyers de soins disposaient de ressources inépuisables, cette stratégie peut sembler plus raisonnable, mais les administrateurs de foyers de soins savent qu'il en est tout autre.

Image 3



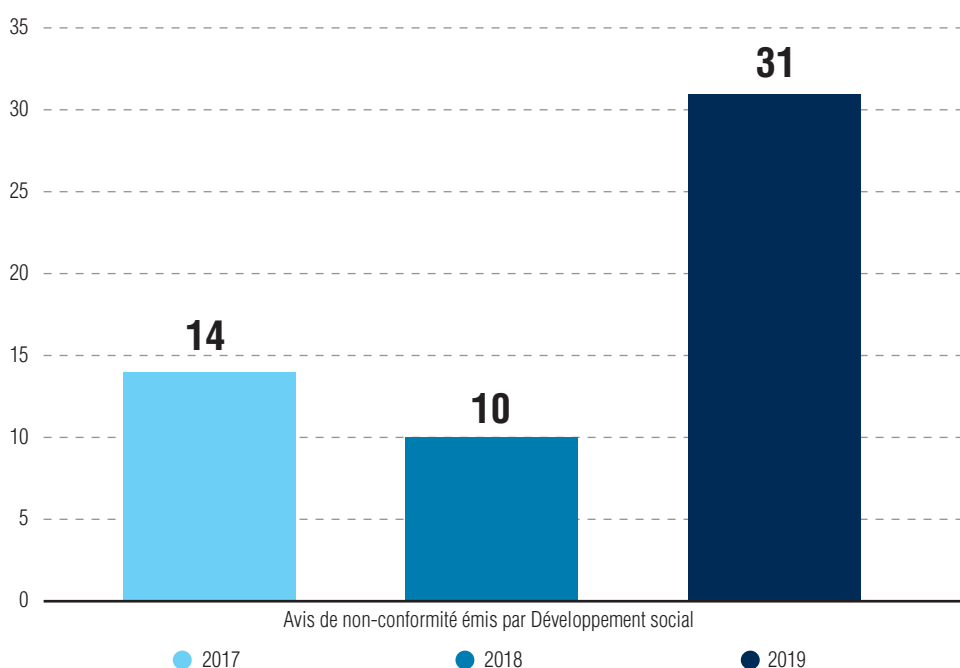
Source : (Nouveau-Brunswick, 2019g)

Les politiques et le financement alimentent certains aspects de cette discussion : Ajustement du mélange des compétences (*skill mix*), éducation, heures de soins. Chacun de ces éléments a un impact profond sur la qualité et la quantité de soins et de services de soutien que peut recevoir un résident. Le potentiel humain donne lieu à diverses considérations qui sont affectées par un besoin de réduire les coûts, par l'incapacité à recruter des infirmiers(ères) professionnel(le)s (II et IAA) et par l'acuité des résidents (AFSNB, 2017b).

Dans son *Rapport sur le secteur 2017*, l'AFSNB indique que les fonds pour les foyers de soins sont limités et que, pour gérer leurs budgets, tous les foyers devront faire des choix dans les limites permises. Les règlements sont censés définir ces limites. Les règlements sur la dotation concernant la combinaison de compétences et d'autres sujets visent à assurer que, peu importe les pressions financières, les foyers de soins fournissent à chaque patient une norme minimale de soins. Malheureusement, tout comme pour la dotation en II, les foyers de soins semblent établir leurs propres règles en ce qui a trait aux ratios de compétences.

Figure 16

### Avis de non-conformité pour violations du ratio en personnel



Source : (Nouveau-Brunswick, 2020c)

Où nous a mené un tel raisonnement? En 2019, près de la moitié des foyers de soins du Nouveau-Brunswick n'ont pas respecté leurs ratios en personnel obligatoires. Un grand nombre de foyers de soins perçoivent maintenant les ratios obligatoires davantage comme des lignes directrices que des règles. Ce n'était pas prévu ainsi.

Les normes sont les règles impératives, les seuils minimaux de rendement ou les restrictions pouvant être prescrits par un règlement et qui doivent, par conséquent, être conformes à la loi et au règlement. Elles s'avèrent essentielles pour atteindre les objectifs énoncés dans la politique ou satisfaire aux exigences de conformité d'un service ou d'un programme particulier... Les normes écrites doivent être suivies et ne sauraient faire l'objet d'une application arbitraire ou discrétionnaire (Nouveau-Brunswick, 2019a).

Comme nous le verrons dans la discussion sur le recrutement et le maintien en poste, ces tendances ont de graves conséquences. Comme nous l'avons déjà mentionné dans la présente section, certains administrateurs de foyers de soins pensent clairement qu'il est approprié que l'Il qui doit être de garde soit « sur appel » à la maison, pendant qu'une employée ayant moins d'expérience et de qualifications est responsable des relais de nuit. Cette décision a été prise par des administrateurs de foyers de soins qui n'ont aucune formation médicale. Dans quel but? Le mieux-être des patients ou celui d'un bilan? Les infirmières et infirmiers immatriculés n'offrent pas un service d'ambulance qu'on appelle au milieu de la nuit. Leur rôle est d'appliquer les connaissances, la pensée critique et la démarche globale nécessaires pour prendre des décisions médicales cruciales et en temps opportun sur la santé d'un résident. Leur présence au chevet d'un aîné est essentielle pour assurer les meilleurs résultats en matière de santé. Priver les résidents de cette ressource est non seulement une infraction aux règlements mais aussi une infraction de l'obligation de chaque foyer de soins d'offrir des soins, purement et simplement.

La conformité est en effet une question découpée en noir et blanc. L'état de la surveillance des foyers de soins du Nouveau-Brunswick exercée par le gouvernement est toutefois sous un nuage gris. Notre système semble détaché des données probantes, sans lien aux normes de sécurité qui visent à protéger la population la plus vulnérable de la province. De tous les sujets étudiés dans le présent rapport, les problèmes liés à la gouvernance des foyers de soins sont parmi les plus préoccupants, et ils doivent faire l'objet des plus grandes réformes. Ceux qui ont la responsabilité de faire respecter les normes et de protéger les aînés faillissent à leurs tâches. Il est temps de revoir entièrement le système de réglementation. Il est aussi temps que les personnes chargées d'enquêter sur les graves manquements au sein du gouvernement participent plus activement.

## Voie à suivre

Au début du présent rapport, nous avons souligné que le secteur des soins de longue durée est faible et qu'il continue de s'affaiblir. Nous espérons que les raisons de cette déclaration qui incite à la réflexion sont maintenant claires. La surveillance exercée par le gouvernement est faible et inefficace, l'information fiable est rare et la violence augmente. De moins en moins d'employés sont affectés à la prestation des soins aux résidents de plus en plus malades qui sont hébergés dans des bâtiments de plus en plus vieux. Dans le cadre de notre enquête sur la gouvernance, il a fallu plus d'un an pour bien faire comprendre ces réalités à l'aide des meilleures données disponibles. Notre système est gravement déficient. On ne saurait être plus clair.

Puisqu'aucun intervenant, y compris le gouvernement, n'aimera l'idée d'effectuer une analyse lucide de ses propres lacunes systémiques, le SIINB demande que soit créée, en vertu de la *Loi sur les enquêtes*, une commission indépendante et non partisane chargée d'examiner l'état des soins de longue durée au Nouveau-Brunswick; ladite commission devant être nommée au plus tard durant la première session de l'Assemblée législative du Nouveau-Brunswick en 2021. Le gouvernement doit se montrer courageux dans la création et l'habilitation de cette commission d'enquête, en lui accordant le pouvoir de convoquer des gens, de réclamer des documents et des dossiers, et d'interroger les témoins sous serment. Le mieux-être de dizaines de milliers d'ânés vulnérables en dépend. Les importantes révisions à la *Loi sur les foyers de soins* et les résultats de cette enquête devraient alors constituer la base des soins futurs de longue durée au Nouveau-Brunswick.

À titre de mesure provisoire avant d'ordonner la tenue de cette enquête, le Conseil exécutif (Cabinet) du Nouveau-Brunswick devrait demander à la vérificatrice générale d'examiner les problèmes soulevés dans le présent rapport et les questions connexes, et de dégager des fonds suffisants pour que cette enquête spéciale se déroule sans entraves. Le Bureau du défenseur des ânés du Nouveau-Brunswick devrait aussi préparer un rapport sur le nombre d'heures de soins offerts dans les foyers de soins provinciaux, en se fondant sur les travaux faits récemment par ses homologues en Colombie-Britannique.

Le gouvernement devrait transférer immédiatement la responsabilité de surveillance des foyers de soins du ministère du Développement social au ministère de la Santé.

---

## ENTREVUES AVEC DES INFORMATEURS CLÉS

***Le dédoublement des services entre les soins actifs et les soins de longue durée doit cesser. Le ministère de la Santé doit être élargi pour inclure les soins de longue durée. Afin de maintenir la continuité des soins, un seul ministère devrait s'occuper des besoins des gens en matière de santé.***

- ANCIENNE MINISTRE DU DÉVELOPPEMENT SOCIAL

---

Les efforts déployés récemment par le gouvernement en vue de transformer six hôpitaux ruraux en établissements de soins de longue durée ont pratiquement détruit les derniers arguments en faveur du maintien du statu quo. Le Nouveau-Brunswick demeure la seule province au Canada à avoir une telle structure. Notre enquête a révélé que le ministère du Développement social n'est pas à la hauteur de la tâche. L'incapacité du ministère, l'acuité de l'état des résidents, la surveillance inefficace, la connaissance inadéquate des soins de santé, l'inefficacité et le manque d'engagement envers les normes nationales sont quelques-unes des nombreuses raisons d'un tel changement. Nous sommes persuadés que d'autres seront évidentes lorsque les bureaux, comme celui de la vérificatrice générale, entreprendront les enquêtes que nous avons demandées. Ces enquêtes sont absolument nécessaires puisque beaucoup trop de renseignements essentiels ne sont pas rendus publics.

Le gouvernement continue à se dérober à un examen public et à en dérober ses partenaires. Il faut cesser d'entretenir ces niveaux de secrets. Le SIINB demande donc au gouvernement de réviser la *Loi sur le droit à l'information et la protection de la vie privée (LDIPVP)*, afin de concilier certaines des lacunes que nous avons cernées en matière de transparence et de responsabilisation. Pourquoi des tiers qui sont des prestataires de soins de santé, comme Medavie, sont-ils assujettis à la LDIPVP et que d'autres, tels Shannex et les foyers de soins sans but lucratif, ne le sont pas?

Dans certains cas, les données ne sont pas divulguées aux Néo-Brunswickois en raison de l'incapacité. Comme nous l'avons montré, le suivi et la production de rapports qui sont d'une importance cruciale pour maintenir les normes dans ce secteur sont souvent manquants, incomplets ou affaiblis par une interprétation subjective. Les futurs progrès vont dépendre, en partie, de la disponibilité des données et des IRC par de multiples moyens, y compris le site Web de chaque foyer de soins. Pour mener de telles réformes, le gouvernement devra d'abord renforcer sa capacité à réglementer le secteur. De telles décisions ne peuvent plus être prises par les foyers de soins eux-mêmes.

Tout d'abord, le gouvernement doit effectuer les investissements nécessaires pour que son ministère responsable puisse faire une surveillance pertinente du secteur des soins de longue durée. L'inefficacité du processus actuel d'inspection des foyers de soins doit être examinée attentivement. Pendant au moins trois ans, le gouvernement devrait ajouter des inspecteurs contractuels supervisés par un spécialiste de la conformité expérimenté, pour restaurer la crédibilité de son rôle de surveillance.

---

## ENTREVUES AVEC DES PERSONNES INFLUENTES

***Au gouvernement, les problèmes épineux cessent parfois d'être évalués. Si les fonds ne sont pas disponibles pour résoudre le problème, nous oublions parfois l'information qui nous permettrait de faire des progrès graduels.***

- ANCIENNE MINISTRE DU DÉVELOPPEMENT SOCIAL

---

Le gouvernement devrait aussi procéder à une réforme du processus d'inspection en adoptant le modèle de l'Ontario qui prévoit des inspections annuelles distinctes et imprévues de la qualité des soins et de l'intervention en cas d'incident critique. Les responsables du Ministère doivent effectuer des audits annuels du travail de chaque inspecteur afin de s'assurer que la vérification de la conformité se fait, de façon équitable et efficace, dans tous les foyers de soins provinciaux.

Le gouvernement doit immédiatement voir à ce que tous les foyers de soins au Nouveau-Brunswick transmettent les données importantes à l'ICIS, notamment les résultats de l'outil RAI-LTCF. Il est inacceptable que le Nouveau-Brunswick soit l'une des deux seules provinces qui ne soumettent pas des données utiles à l'ICIS. Il est vrai que le Nouveau-Brunswick est en voie de devenir la première province au Canada à partager ses résultats de l'outil RAI-LTCF avec l'ICIS en temps réel. Toutefois, à la date du présent rapport, cet effort se limite à deux foyers de soins au Nouveau-Brunswick. Ce type d'échange de données permettra aux dirigeants du secteur de comparer des choses comparables entre le Nouveau-Brunswick et d'autres provinces.

À l'aide des données de l'outil RAI-LTCF et de l'information provenant des évaluations initiales des résidents, le gouvernement devrait commencer à attribuer des fonds aux foyers de soins, en partie, en fonction de l'acuité de l'état de chaque résident admis. Il faut mettre fin à la tendance des foyers de soins de longue durée de « choisir » les résidents nécessitant le moins de soins actifs.

Dans le cadre de ses inspections annuelles, le gouvernement devrait aussi prendre des dispositions pour faire un suivi de la fréquence des « évaluations à la suite d'un changement important » effectuées au Nouveau-Brunswick. Comme nous le disait le Dr Hirdes, les évaluations à la suite d'un changement important ne sont presque jamais faites au moment requis dans les foyers de soins au Canada, et le Nouveau-Brunswick doit veiller à ce que le traitement reçu par les résidents des foyers de soins reflète les changements dans leur état de santé.

Afin de composer avec la population croissante d'âînés ayant une affection chronique dans notre système, le gouvernement devra prendre de nombreuses mesures pour s'assurer que les lits en foyers de soins sont réservés aux âînés le plus gravement malades et que les niveaux de dotation pour ces résidents sont adéquats. Cet effort doit commencer par l'adoption, à l'échelle provinciale, du modèle de « foyers de soins sans murs » préconisé par la D<sup>re</sup> Suzanne Dupuis-Blanchard. Il n'est pas possible de le faire rapidement, et les coûts seront élevés. S'assurer que des milliers d'âînés au Nouveau-Brunswick disposent des ressources dont ils ont besoin pour vivre sainement à domicile est la bonne approche, mais il ne doit pas s'agir d'un prétexte pour sabrer dans le programme extra-mural du Nouveau-Brunswick. Priver les âînés de soins infirmiers adéquats à domicile ne fera qu'accélérer la détérioration de leur état de santé, précisément ce que le programme de « foyers de soins sans murs » tente désespérément de freiner. Il faut plutôt renforcer le programme extra-mural pour aider les âînés à vieillir chez eux, au lieu de l'affaiblir.

À mesure que le nombre d'âînés souffrant d'une maladie chronique augmente, un bon nombre d'entre eux qui auraient pu se retrouver dans un foyer de soins pourraient bien devoir résider dans un foyer de soins spéciaux. Le gouvernement doit prendre des mesures pour s'assurer que les foyers de soins spéciaux sont prêts à s'occuper du nombre sans cesse croissant de résidents ayant un niveau d'acuité élevé qu'ils accueilleront au cours des prochaines années. Cette approche serait un excellent exemple de l'utilisation maximale par le gouvernement des ressources dont il dispose déjà. Exiger la présence d'un ou d'une II dans les foyers de soins spéciaux comptant 30 résidents ou plus permettrait d'assurer que les soins prodigués à ces âînés sont au moins équivalents à une norme acceptable. Ces foyers devraient compter sur un ou une IP affilié pour s'occuper des besoins des résidents en matière de soins primaires.

Les foyers de soins demeurent toutefois la seule option pour les âînés très malades. Le Nouveau-Brunswick va connaître beaucoup d'autres cas semblables, peu importe ce que nous faisons. Nous devons donc simplement instaurer un peu de bon sens dans les niveaux de dotation et les heures de soins dans les foyers de soins de la province. Les ratios d'II-résidents de 1:200 peuvent mener à la souffrance, à des erreurs médicales et à des décès inopinés, non pas des soins de qualité. La situation concernant la dotation en personnel dans les foyers de soins du Nouveau-Brunswick laisse à désirer. Elle est contraire à l'éthique. Il faut y mettre fin.

En Australie, en Californie, au New Jersey et au Québec, les gouvernements ont tous établi des ratios d'II-résidents dans leurs secteurs des soins de longue durée, le ratio le plus élevé étant 1:44. De telles normes de dotation fondées sur des faits probants devraient être énoncées dans la *Loi sur les foyers de soins* du Nouveau-Brunswick afin que le gouvernement n'expose plus jamais les aînés vulnérables de la province aux risques qu'ils vivent aujourd'hui. Le Nouveau-Brunswick doit aussi viser à accroître progressivement le nombre d'heures de soins offerts aux résidents à 4,1 heures par résident par jour, incluant 45 minutes avec un ou une II.

Enfin, le Nouveau-Brunswick devrait, dès maintenant et de façon permanente, cesser ses efforts visant à privatiser les foyers de soins de la province; une position appuyée par la majorité des Néo-Brunswickois. L'ajout d'un motif de profit aggraverait chacun des problèmes évoqués dans *La génération oubliée*. C'est comme si on jetait de l'huile sur le feu.

Le présent rapport contient au moins 17 recommandations sur la gouvernance, la transparence et la responsabilisation. Il importe que le gouvernement donne suite à ces recommandations et rétablisse une démarche proactive concernant les soins de longue durée au Nouveau-Brunswick, avant que l'indifférence, l'inaction et les tendances démographiques imminentes rendent pratiquement impossibles des choix fondés sur des données probantes.

## **Pénurie de personnel infirmier au Nouveau-Brunswick**

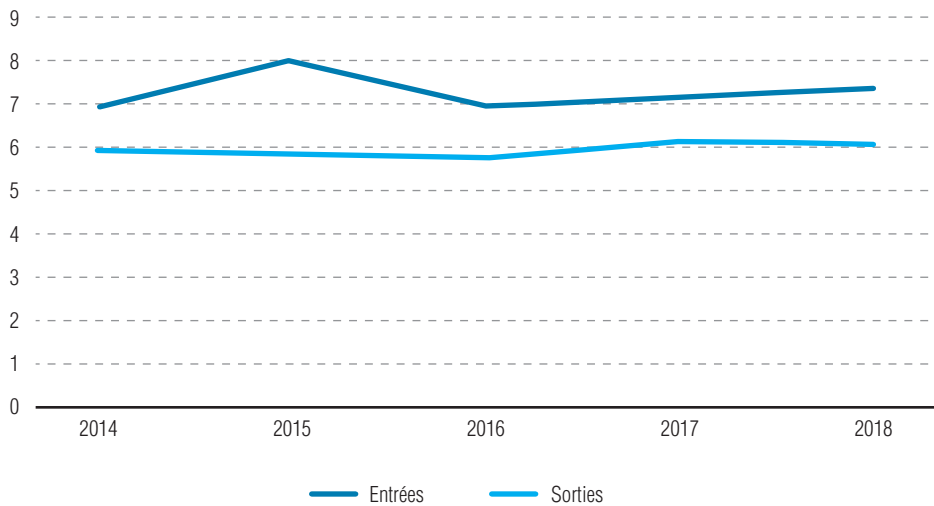
### **Pénurie à l'échelle nationale**

Selon l'ICIS, en 2018, l'effectif du personnel infirmier au Canada comptait 303 146 II, dont 5 817 IP. La même année, l'ICIS enregistrait 122 600 IAA au Canada (ICIS, 2018c). La main-d'œuvre infirmière augmente à peu près au même rythme que la population canadienne. Toutefois, les IAA représentent les deux tiers de cette croissance.

En général, le nombre d'infirmières et d'infirmiers au Canada suit la croissance démographique, mais tout juste, comme le montre la figure sur les entrées et sorties de la main-d'œuvre nationale.

Figure 17

### % des entrées et sorties de l'effectif du personnel infirmier réglementé (II et IAA), Canada, 2014 à 2018



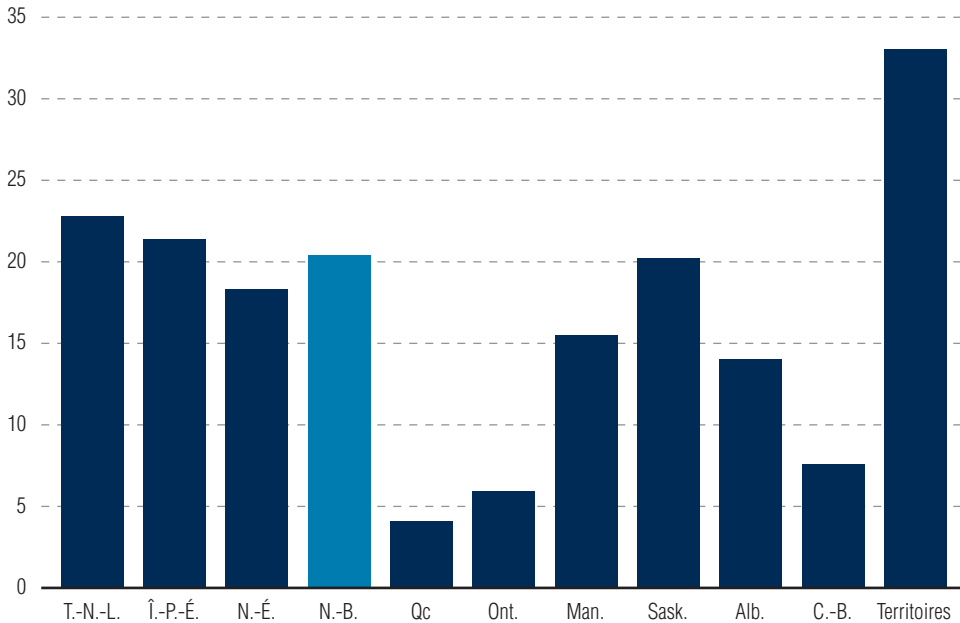
Source : (ICIS, 2018c)

La main-d'œuvre des II au Canada rajeunit, et elle est plus diversifiée et plus scolarisée. Le message que l'on peut en tirer semble rassurant jusqu'à ce que l'on comprenne que l'écart entre la croissance de la main-d'œuvre et la croissance démographique ne prévoit aucune marge d'erreur. La demande d'infirmières et infirmiers est incroyablement élevée dans toutes les provinces canadiennes sans aucun excédent.

Cette situation a créé une concurrence féroce au Canada dans le recrutement des II et des IAA, les plus grandes provinces bénéficiant grandement de leur capacité à offrir de meilleurs salaires, de l'accès à de grands centres urbains et de meilleures conditions de travail.

Figure 18

## Migration des II vers d'autres provinces, 2018



Source : (ICIS, 2018c)

L'Ontario, le Québec et la Colombie-Britannique attirent les jeunes professionnels en soins infirmiers, un effet le plus profondément ressenti au Canada atlantique où, en moyenne, un diplômé sur cinq quitte la région pour de meilleures conditions ailleurs.

Au Canada atlantique, la Nouvelle-Écosse a un effet semblable, attirant plus de 5 % des diplômés en sciences infirmières du Nouveau-Brunswick et de Terre-Neuve-et-Labrador, et plus de 8 % des diplômés de l'Île-du-Prince-Édouard. La Nouvelle-Écosse peut donc compenser la migration de ses diplômés vers les plus grandes provinces canadiennes, en attirant encore plus de diplômés des plus petites provinces voisines de l'Atlantique. Les plus grands perdants sont évidents. La concurrence pour les diplômés et d'autres facteurs que nous aborderons maintenant ont un effet dévastateur sur la capacité des petites provinces, comme le Nouveau-Brunswick, à conserver leur main-d'œuvre infirmière, encore moins à l'accroître pour répondre aux besoins d'une population vieillissante. La situation est alarmante.

## Recrutement et formation au Nouveau-Brunswick

En moins de cinq ans, 3 400 II, soit 41 % de la main-d'œuvre provinciale, seront admissibles à la retraite. Selon l'Association des infirmières et infirmiers du Nouveau-Brunswick (AIINB), 698 II ont l'intention de prendre leur retraite en 2023 (AIINB, 2018). Le Nouveau-Brunswick ne peut simplement pas compenser de telles pertes.

---

## ENTREVUES AVEC DES PERSONNES INFLUENTES

***C'est rendre un bien mauvais service aux aînés de la province de les priver des connaissances et des compétences d'un ou d'une II durant les dernières années de leur vie. C'est tellement irrespectueux envers une génération qui a aidé à bâtir la province et le pays. Nous sommes là pour dire aux employeurs et au gouvernement qu'ils devront rendre compte de ces choix.***

**- PAULA DOUCET, PRÉSIDENTE DU SIINB**

---

En juin 2019, John McGarry, le président du conseil d'administration du Réseau de santé Horizon, une des trois RRS au Nouveau-Brunswick, a fait de nombreuses déclarations publiques concernant la pénurie provinciale de personnel infirmier. Il affirmait que 320 infirmières et infirmiers devront être embauchés pendant chacune des cinq prochaines années pour que le Réseau de santé Horizon puisse maintenir ses niveaux de service actuels (Quon, 2019).

Alors qu'il intervenait, un grand nombre d'hôpitaux de la province avaient déjà fermé des unités et des lits en raison d'une grave crise en matière de dotation en personnel. On a par la suite appris, lors d'un témoignage devant le Comité des corporations de la Couronne du Nouveau-Brunswick en 2019, que le Réseau de santé Vitalité aurait besoin de 200 autres II au cours des cinq prochaines années, ce qui représente 520 nouveaux infirmiers et infirmières par année pour doter en personnel deux des trois régies de la santé du Nouveau-Brunswick. Le gouvernement n'a aucun plan réaliste pour remédier à la pénurie de main-d'œuvre à laquelle il est confronté.

Les 320 infirmières et infirmiers que mentionne John McGarry, soit le nombre requis pour maintenir l'effectif d'une seule RRS, dépassent le nombre total de places disponibles en sciences infirmières dans toutes les universités au Nouveau-Brunswick, en 2019. Le Nouveau-Brunswick n'arrive absolument pas à remplir toutes les places dans les programmes de formation infirmière. De plus, les étudiantes et étudiants qui occupent des places dans les universités provinciales n'obtiennent pas tous leur diplôme.

Le ministère de la Santé du Nouveau-Brunswick estime que le taux d'attrition des programmes de baccalauréat en sciences infirmières de quatre ans au Nouveau-Brunswick est d'environ 30 % (Nouveau-Brunswick, 2018c). Comme nous venons de le voir, 20 % des diplômés en sciences infirmières au Nouveau-Brunswick quitteront rapidement la province.

Les universités du Nouveau-Brunswick produisent donc actuellement moins de 80 % du nombre de diplômés requis pour répondre aux demandes futures du Réseau de santé Horizon. Vitalité NB, ainsi que le programme extra-mural et le système de foyers de soins au Nouveau-Brunswick durement touchés seraient laissés pour compte. Il n'en a pas toujours été ainsi. Les données obtenues par le SIINB montrent la diminution inadmissible du nombre de places en sciences infirmières et de diplômés au cours des dix dernières années.

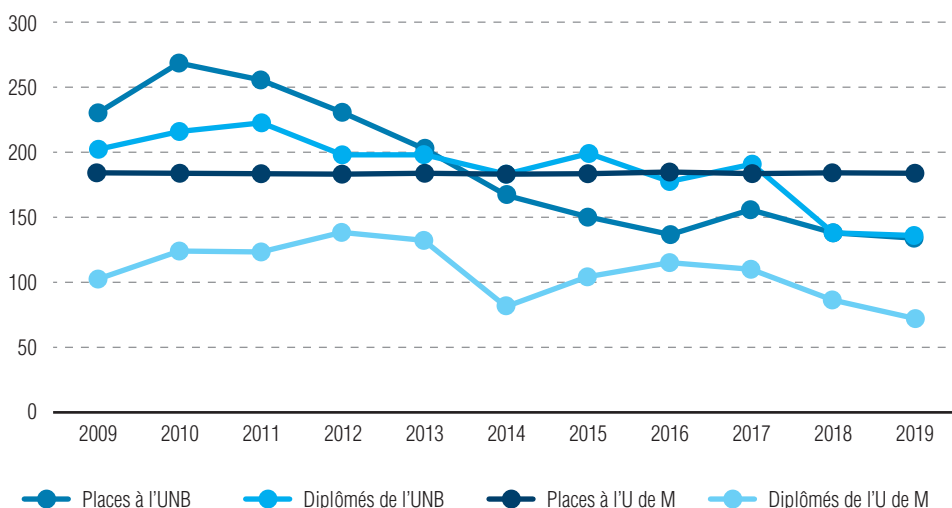
## ENTREVUES AVEC DES INFORMATEURS CLÉS

*Il faut plus de personnel. Nous négligeons les aînés.*

- UNE INFIRMIÈRE IMMATRICULÉE

Figure 19

### Diminution de la production des écoles de sciences infirmières



Source : (UNB, courriel du 5 mars 2020; U de M, courriel du 12 mars 2020)

Le moment qui a surtout attiré l'attention des médias est peut-être survenu au début de 2019 lorsque, malgré les manchettes presque quotidiennes sur la pénurie de personnel infirmier au Nouveau-Brunswick, le gouvernement Higgs a réduit de 8,7 millions les fonds aux deux écoles de sciences infirmières de la province, nuisant à leur capacité d'ajouter des places de formation (Fraser, 2019). Nous y reviendrons un peu plus loin.

Habituellement, les deux moyens de remédier à une pénurie de diplômés en sciences infirmières sont l'admission des infirmières et infirmiers provenant d'autres provinces ou l'immigration internationale; ni l'une ni l'autre de ces avenues n'a toutefois fait une grande différence pour le Nouveau-Brunswick au cours des dernières années.

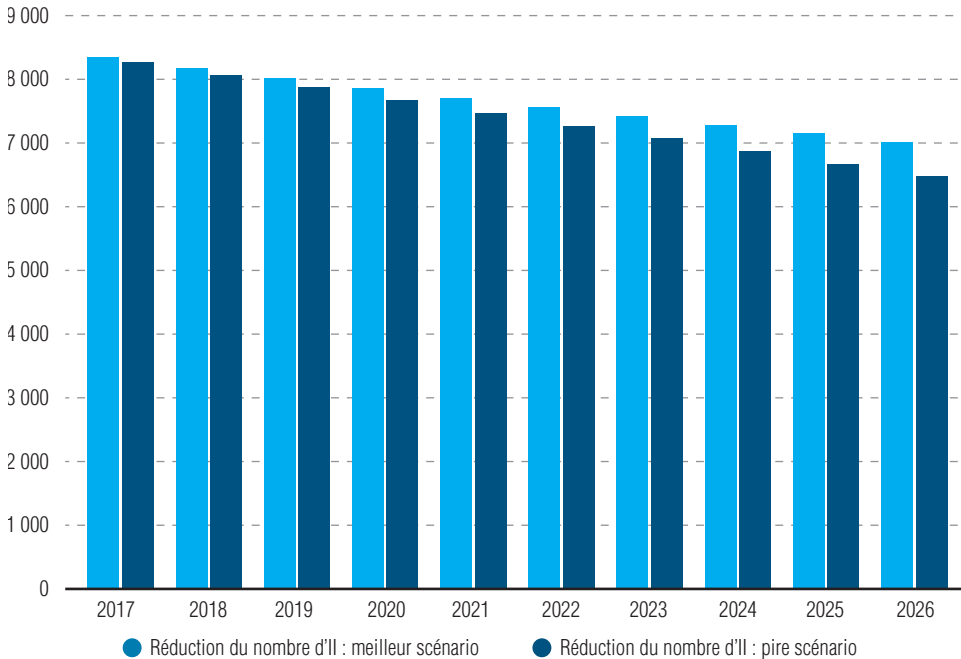
Tout d'abord, l'échelle salariale d'une infirmière immatriculée de classe B, qui est celle des II travaillant dans les foyers de soins, est une des moins élevées au Canada (SIINB, 2019). Contrairement à la Nouvelle-Écosse, le Nouveau-Brunswick n'offre pas des incitatifs ou des primes à la signature pour inciter les infirmières et infirmiers à travailler dans les régions rurales mal desservies de la province. Lorsque les défis bien connus liés aux conditions de travail s'ajoutent à l'équation, il y a très peu de raisons pour lesquelles des infirmières et infirmiers d'ailleurs au Canada choisiraient d'exercer leur profession au Nouveau-Brunswick.

Jusqu'à présent, chercher à pourvoir les postes en accueillant les infirmières et infirmiers formés à l'étranger (IFE) a aussi été une initiative vouée à l'échec. Le Nouveau-Brunswick vient tout récemment de prendre des mesures pour aider les IFE à obtenir leurs qualifications les autorisant à exercer dans la province. Pendant des années, les candidats étrangers ont dû suivre des cours de transition en Nouvelle-Écosse, avec le résultat prévisible qu'un grand nombre d'entre eux ne sont pas revenus. Seulement 8 des 31 candidats formés à l'étranger ont obtenu leur immatriculation pour travailler comme II au Nouveau-Brunswick entre 2014 et 2018 (Nouveau-Brunswick, 2018c). Seulement une IFE a intégré le marché du travail au Nouveau-Brunswick en 2019 (AIINB, 2019). Des enquêtes indépendantes menées par le SIINB sont très révélatrices des prétendus efforts du gouvernement Higgs visant à aborder ces défis liés à la main-d'œuvre.

En 2019, le ministre de l'Éducation post-secondaire, de la Formation et du Travail (EPFT) du Nouveau-Brunswick, Trevor Holder, a annoncé deux initiatives qui, à son avis, représentaient une partie de la solution de son gouvernement à la crise de main-d'œuvre infirmière.

Figure 20

## Réduction prévue de la main-d'oeuvre de II au Nouveau-Brunswick



Source : (Nouveau-Brunswick, 2019h)

La première initiative était la reprise longuement discutée du programme de transition destiné aux IAA qui souhaitent obtenir un baccalauréat en sciences infirmières qui a été suspendu en 2013. Selon le rapport de l'ICIS de 2018 sur le personnel infirmier, le bassin de talents d'IAA a augmenté de 18 % au Nouveau-Brunswick, depuis 2009; les IAA devenant théoriquement une précieuse source de recrutement de nouvelles II (ICIS, 2018c). La deuxième initiative devait supposément contribuer à renforcer le recrutement d'IFE en envoyant aux Philippines des fonctionnaires accompagnés d'employeurs de foyers de soins de la province. Aucune des deux annonces n'était entièrement ce qu'elle semblait être.

Nous avons tôt fait de découvrir que, malgré ce que prétend le gouvernement, les nouveaux efforts visant à recruter des infirmières et infirmiers étrangers pour les foyers de soins n'incluaient ni les foyers de soins ni le personnel infirmier. Comme le révélait un article du *Telegraph-Journal*, le voyage que vantait haut et fort le gouvernement n'avait rien de nouveau. Il s'agissait d'une activité annuelle du ministère dirigée par Trevor Holder dans l'espoir de recruter des travailleurs pour la main-d'œuvre générale du Nouveau-Brunswick (Robinson, 2019b).

Aucun employeur d'un foyer de soins du Nouveau-Brunswick n'accompagnait les fonctionnaires du gouvernement dans ce voyage tel qu'il était annoncé; il s'agissait plutôt de recruteurs de deux foyers de soins spéciaux qui n'embauchent pas des II. L'événement s'est révélé être une source d'embarras pour le gouvernement. Mais les problèmes ne s'arrêtaient pas là.

Le programme de transition destiné aux IAA qui souhaitent obtenir un baccalauréat en sciences infirmières a bel et bien été rétabli dans les deux universités du Nouveau-Brunswick qui offrent les programmes de baccalauréat en sciences infirmières, mais les résultats sont mitigés. Le gouvernement a alloué seulement un million de dollars par année aux programmes, soit 9 % de moins que le montant qu'il avait retranché quelques mois auparavant (Robinson, 2019c). Le premier contingent du programme à l'Université du Nouveau-Brunswick (UNB) comprenait 24 IAA et celui de l'Université de Moncton (U de M), seulement sept IAA (U de M, courriel du 30 novembre 2019). Les raisons du faible taux d'inscription à l'U de M étaient, en fin de compte, tout à fait prévisibles.

Image 4

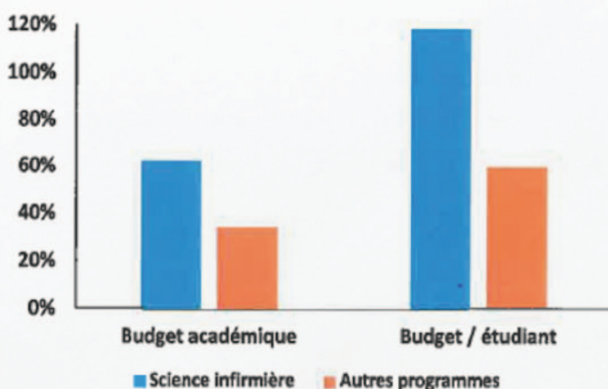


Figure 2. Évolution des budgets académiques et des budgets académiques par étudiantes et étudiants (%) pour le domaine des sciences infirmières et les autres programmes entre 2003 et 2018.

Source : (U de M, 2019)

Selon des courriels internes obtenus par le SIINB, l'U de M se plaint depuis des années auprès d'EPFT que la hausse des droits de scolarité en sciences infirmières nuisait grandement à sa capacité de recruter des étudiants et étudiantes en sciences infirmières dans sa zone de recrutement habituelle dans les régions francophones du Nouveau-Brunswick. Ces arguments sont constamment tombés dans l'oreille d'un sourd (U de M, 2019). Vu ces défis, le nombre de diplômés en sciences infirmières est passé de 138 en 2012 à seulement 72 en 2019. Les efforts de l'U de M visant à recruter des étudiants et étudiantes pour son nouveau programme de transition destiné aux IAA ont échoué pour la même raison que ses efforts de recrutement n'aboutissent pas depuis des années. Les tendances provinciales présentées en forme de graphique font mal à voir.

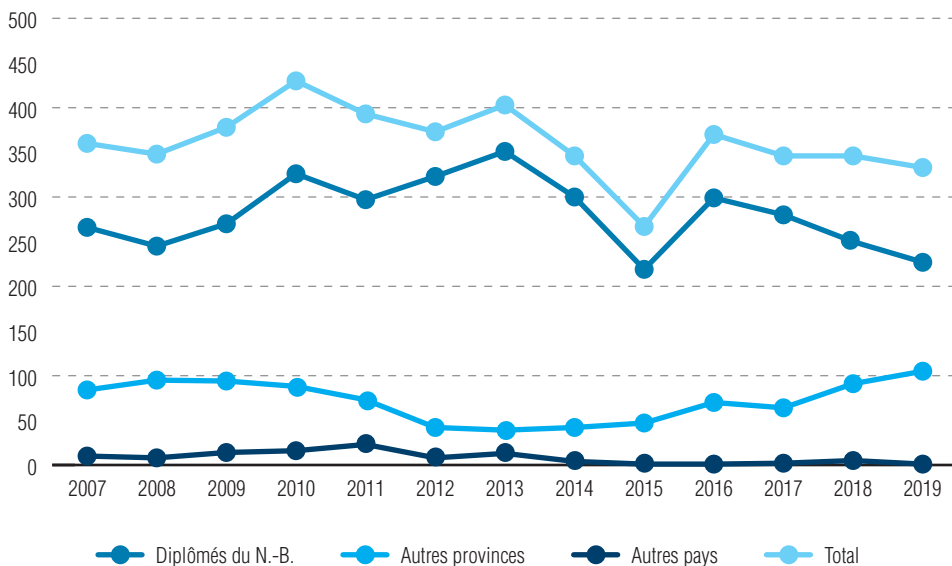
**Figure 21 : Nombre de places et de diplômés par année pour les écoles de sciences infirmières du Nouveau-Brunswick (2009-2019)**

Année	Places à l'UNB	Diplômés de l'UNB	Places à l'U de M	Diplômés de l'U de M
2009	231	202	184	102
2010	269	216	184	123
2011	256	223	184	123
2012	231	198	184	138
2013	203	198	184	132
2014	167	182	184	81
2015	151	198	184	103
2016	136	178	184	115
2017	155	189	184	110
2018	138	138	184	86
2019	133	131	184	72

Source : (UNB, courriel du 5 mars 2020; U de M, courriel du 12 mars 2020)

Figure 22

## Cartographie du contingent dans le système de soins infirmiers du Nouveau-Brunswick



Source : (AIINB, 2020)

Après avoir appris la réduction de 8,7 millions de dollars aux programmes en sciences infirmières des universités du Nouveau-Brunswick, le SIINB a soumis plusieurs demandes d'accès à l'information, sollicitant toutes les communications échangées à ce sujet entre les universités et le gouvernement. Les résultats étaient étonnants. Les courriels internes de l'UNB obtenus par le SIINB décrivent l'appréhension grandissante éprouvée par la direction de l'UNB concernant le financement de son école de sciences infirmières et la nervosité qui a failli entraîner l'annulation du programme de transition destiné aux IAA qui souhaitent obtenir un baccalauréat en sciences infirmières que le ministre Holder a fièrement vanté en 2019 (UNB, 2019). De plus en plus désespérée, l'UNB a soumis à EPFT une proposition de quatre pages suggérant d'ajouter 306 places à son programme actuel, une stratégie qui « réglerait » la pénurie de personnel infirmier. La réponse du gouvernement Higgs, après des mois de silence, a été la réduction de 8,7 millions de dollars susmentionnée. L'UNB s'est alors retrouvée avec un déficit structurel de trois millions de dollars; un écart financier qu'elle n'aura peut-être pas les moyens de combler.

## ENTREVUES AVEC DES PERSONNES INFLUENTES

*Une autre priorité immédiate est d'accroître le nombre de places dans les programmes de formation infirmière. Les longues listes d'attente de candidats qualifiés pour les programmes locaux de formation infirmière sont tout simplement inacceptables.*

- RICHARD SAILLANT, ÉCONOMISTE

Image 5

Assuming both groups have an enrolment of 50, a History class (example) would have one section offered with 50 students, whereas a clinical Nursing class would have to be broken into groups of 7, requiring 7 sections be offered. This illustrates that the cost of clinical classes are approximately 7 times that of other disciplines, thus requiring additional funding. Since clinical teaching represents approximately 38 percent of the Nursing program this causes the cost of Nursing programs to be approximately 3 times that of other programs.

The current provincial nursing shortage has magnified these costs since floor nurses are unavailable to be released from regular duties to supervise clinical training. The costing summary below illustrates why the clinical cost is so high.

Class Enrolment 50	
Average faculty salary \$150,000	
Cost for theory classroom course	\$30,000
Cost for clinical course (cap 7 = 7 sections)	\$210,000

With a reasonable funding model in place to fund all students, including those in our existing enrolment levels, there is growth potential within UNB's Nursing programs. Given that the existing funding level for Nursing students is not adequate, there is no way we could contemplate increasing enrolments unless an agreement is in place that provides for adequate, stable funding. Our Nursing Faculties believe this level of enrolment growth is possible and based on the current application rates to the programs, we believe it is sustainable, at least in the near term. The table below illustrates projected growth with a sufficient and stable funding model.

Campus	Current	2019-20	2020-21	2021-22	2022-23	2023-24	2024-25	2025-26	2026-27
Moncton	84	91	112	126	126	126	126	126	126
UNBF	206	238	275	322	371	399	413	420	420
UNBSJ	198	213	211	226	230	248	248	248	248
<b>Total</b>	<b>488</b>	<b>542</b>	<b>598</b>	<b>674</b>	<b>727</b>	<b>773</b>	<b>787</b>	<b>794</b>	<b>794</b>
Increase		54	56	76	53	46	14	7	

3 | Page

Source : (UNB, 2019)

Le président-directeur général du Réseau de santé Horizon, John McGarry, s'est joint à la présidente du SIINB, Paula Doucet, et aux universités pour dénoncer les compressions inexplicables et malavisées du gouvernement. M. McGarry a qualifié les compressions de « mauvaise politique » et a exhorté le gouvernement « à ne pas adopter la politique de l'autruche ».

Pourquoi réduire le nombre de places alors qu'il existe un besoin immédiat qui va persister longtemps? Ne voulons-nous pas garder les Néo-Brunswickois dans la province dans des postes bien rémunérés? (Quon, 2019)

À quel point la pénurie de personnel infirmier est-elle grave au Nouveau-Brunswick? Selon les données de l'AIINB, l'écart entre le nombre d'II qui entrent sur le marché du travail provincial et de ceux qui le quittent pourrait bientôt être d'environ 400 par année. Ce sont des déficits dont le système de soins de santé du Nouveau-Brunswick, y compris le secteur des soins de longue durée, peut ne jamais se relever.

### **Pénurie de personnel infirmier dans le secteur des soins de longue durée**

Comment ces données se comparent-elles à la gravité de la pénurie dans les foyers de soins du Nouveau-Brunswick? Environ 540 II travaillent dans les foyers de soins au Nouveau-Brunswick, un nombre nettement insuffisant. Mais quelle est vraiment l'ampleur de la pénurie de personnel infirmier dans ce secteur et quels sont ses effets négatifs? Des données fiables sont difficiles à obtenir, ce qui est inquiétant, et les chiffres dont nous disposons sont encore plus inquiétants. Seulement trois sources d'information sont vraiment fiables

---

## **ENTREVUES AVEC DES PERSONNES INFLUENTES**

***Nous n'appuyons pas le remplacement des II par des PR. C'est ce qu'envisage le gouvernement qui répète sans cesse qu'il ne peut trouver de personnel médical, alors que la solution est de rémunérer convenablement le personnel infirmier.***

**- CECILE CASSISTA, DIRECTRICE GÉNÉRALE DE LA COALITION POUR LES DROITS DES AÎNÉS ET DES RÉSIDANTS DES FOYERS DE SOINS**

---

Les rapports d'inspection annuelle des foyers de soins par le ministère du Développement social sont la première source d'information fiable. Lors de l'inspection, les dossiers du foyer de soins sont examinés afin de s'assurer, entre autres, qu'une II est toujours de garde et que les ratios des niveaux de dotation sont adéquats.

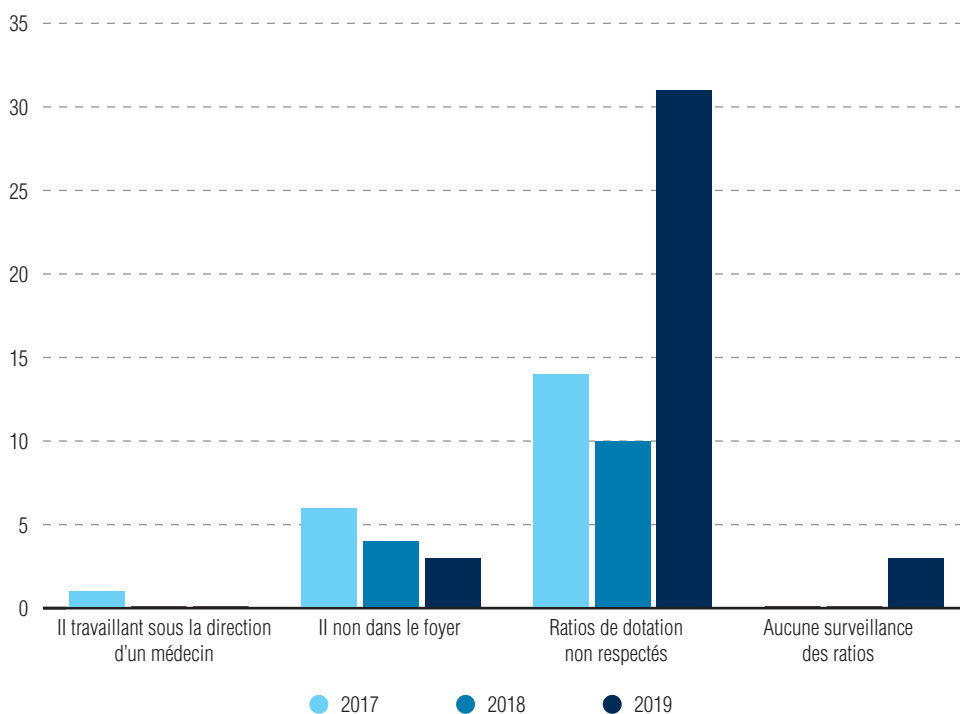
Une analyse de ces rapports d'inspection pendant trois ans, soit de 2017 à 2019, révèle que 72 avis de non-conformité ont été émis à des foyers de soins provinciaux durant cette période pour infractions aux exigences minimales en matière de dotation (Nouveau-Brunswick, 2020c).

En 2019, chacun des six foyers de soins de la Péninsule acadienne a fait l'objet d'un rapport de non-conformité, tout comme les deux foyers de soins de la région de Restigouche. Près de la moitié des foyers de soins au Nouveau-Brunswick ont reçu des avis de non-conformité aux ratios en personnel durant l'année. Un examen plus approfondi montre toutefois une situation beaucoup plus inquiétante.

La pénurie de personnel infirmier au Nouveau-Brunswick est grave partout mais elle se fait le plus ressentir dans les collectivités rurales et du Nord de la province où les défis de recrutement et de maintien en poste ont le plus de répercussions.

Figure 23

### Rapports d'inspection des foyers de soins Non-conformités liées à la dotation non sécuritaire



Source : (Nouveau-Brunswick, 2020c)

Pendant la fermeture du Foyer de soins de Campbellton et de l'Hôpital régional de Campbellton en 2019, la ministre du Développement social a très bien résumé la situation :

Essentiellement, c'est un problème de dotation omniprésent dans la province. Il a plus d'ampleur dans le Nord en raison de la migration de sortie des travailleurs. Nous devons maximiser toutes les occasions pour répondre aux besoins en matière de main-d'œuvre que nous avons ici (Jaques, 2019).

Malheureusement, le gouvernement de la ministre Shephard s'est employé principalement à réduire le système de soins de santé du Nouveau-Brunswick pour alléger ces besoins en dotation, tout en n'accomplissant pratiquement rien pour aborder la question de l'offre de main-d'œuvre.

---

## ENTREVUES AVEC DES INFORMATEURS CLÉS

***Nous savons qu'un grand nombre d'infirmières et infirmiers quittent notre main-d'œuvre en raison de leur âge, alors que la population vieillit. Le travail dans un foyer de soins est exigeant. Nous ne facilitons pas la tâche à ceux qui commencent à y travailler. Les infirmières et infirmiers travaillant dans les hôpitaux ont des régimes de retraite différents et des contrats différents. Nous devrions rendre plus facile financièrement la transition des infirmières et infirmiers vers la prestation de services de soins de longue durée.***

- ANCIENNE MINISTRE DU DÉVELOPPEMENT SOCIAL

---

Selon l'ICIS, 22,8 % des membres du personnel infirmier au Nouveau-Brunswick occupaient un emploi dans une région rurale ou éloignée de la province. En Ontario, le taux est de 6,4 % et en Colombie-Britannique, de 6,2 % (ICIS, 2018c). Dans les hôpitaux de Campbellton, Bathurst et Perth-Andover, des unités ou des lits ont dû être fermés au cours des deux dernières années en raison d'un manque d'Il. Pour les foyers de soins dans les régions rurales, ces problèmes peuvent même être plus graves.

En plus des inspections provinciales annuelles, chaque foyer de soins doit auto-surveiller sa performance par la tenue de documents internes qui sont éventuellement partagés avec le gouvernement. Au moyen de demandes d'accès à l'information, le SIINB a obtenu des documents couvrant une période de cinq ans qui aident à expliquer les difficultés qu'éprouvent les foyers de soins à maintenir les niveaux de dotation requis (Nouveau-Brunswick, 2019e). Les documents montrent que, pendant 49 jours, en 2016, un ou une II n'était pas de garde au Westford Nursing Home, situé à environ 80 kilomètres à l'est de Moncton. Pendant plus de 80 jours en 2015, un ou une II n'était pas de garde à la Nashwaak Villa, située à environ 50 kilomètres au nord de Fredericton.

### SONDAGE DU SIINB AUPRÈS DU PUBLIC

**66 %** des Néo-Brunswickois sondé s'attendent à ce qu'une infirmière ou un infirmier immatriculé évalue leurs proches demeurant dans un foyer de soins au moins une fois par jour, ou aussi souvent que cela est nécessaire.

Les foyers de soins du centre du Nouveau-Brunswick, du nord du Nouveau-Brunswick et de l'île de Grand Manan ont éprouvé des difficultés semblables. Pourtant, les documents ne font qu'effleurer le problème. Les niveaux de dotation inadéquats dans un grand nombre de foyers de soins au Nouveau-Brunswick sont de plus entravés par l'exode constant d'infirmières et d'infirmiers qui quittent pour diverses raisons.

Figure 24

Jours enregistrés sans la présence d'un ou d'une II, 2014 - 2018

Foyer de soins	Année	Nombre de jours sans une infirmière ou un infirmier immatriculé
Riverview Manor	2018	12
Grand Manan Nursing Home	2017	9
Tobique Valley Manor	2017	45
Shannex: Embassy Hall	2017	3
Riverview Manor	2017	30
Westford Nursing Home	2016	49
Nashwaak Villa	2016	12
Nashwaak Villa	2015	83
Tobique Valley Manor	2016	16
Tobique Valley Manor	2015	19
White Rapids Manor	2015	43
Grand Manan Nursing Home	2014	11

Source : (Nouveau-Brunswick, 2019e)

La troisième et dernière source d'information provient de l'AFSNB. En 2017, l'Association a effectué un examen de la dotation de ses foyers membres. Ce sondage est une des sources de données les plus détaillées sur le sujet, et une des plus inquiétantes. Par souci d'équité envers les foyers de soins du Nouveau-Brunswick, il faut préciser qu'ils connaissent au moins l'ampleur de la pénurie de personnel infirmier à laquelle ils sont confrontés.

## Retraite, maintien en poste et épuisement professionnel

En plus de tous les autres défis auxquels ils doivent faire face, les employeurs des foyers de soins du Nouveau-Brunswick connaissent aussi, chaque année, des taux de roulement de personnel très élevés, le taux le plus alarmant étant chez les II. Selon le sondage de l'AFSNB en 2017, 147 des 543 II travaillant dans les foyers de soins au Nouveau-Brunswick ont quitté leur emploi au cours de l'année, ce qui représente un taux de roulement de 27 %. « En utilisant les coûts estimés par l'Association des infirmières et infirmiers du Canada en ce qui a trait aux coûts estimatifs associés au roulement des infirmières et infirmiers immatriculés, les frais seraient de 3,6 millions de dollars (AFSNB, 2017a). »

### SONDAGE DU SIINB AUPRÈS DU PUBLIC

**68 %** des Néo-Brunswickois sondés étaient modérément ou très préoccupés de voir à quel point les foyers de soins comptaient sur le personnel des soins non réglementé.

Il importe que les facteurs qui sous-tendent cet exode de travailleurs qualifiés soient compris et abordés car ils sont déjà à l'origine de graves perturbations des services. Certains des problèmes sont d'ordre structurel, mais d'autres facteurs d'incitation pourraient facilement être abordés.

Les jeunes Néo-Brunswickois hésitent à s'établir en régions rurales où se trouvent un grand nombre de foyers de soins ou à y demeurer plus longtemps que le temps nécessaire pour acquérir une courte expérience de travail. Au sein de la communauté infirmière, les postes dans les foyers de soins sont parfois perçus comme étant moins attrayants ou intéressants que des emplois dans les grands hôpitaux régionaux.

---

## ENTREVUES AVEC DES INFORMATEURS CLÉS

*Je m'inquiète beaucoup du fait que les jeunes II, IP et PSP ne perçoivent pas les soins de longue durée comme une carrière intéressante et valorisante.*

- UNE INFIRMIÈRE IMMATRICULÉE

---

Le même sondage de l'AFSNB indiquait que « les obstacles de recrutement principaux signalés étaient les postes occasionnels non garantis, les emplacements ruraux, la concurrence et le manque de prestige professionnel. » Sans oublier évidemment, les conditions de travail.

Lors des entrevues, les informateurs clés nous ont fait part des pressions ressenties et des préoccupations en matière de sécurité qui sont la cause de problèmes de santé, du stress et de l'épuisement professionnel systémique au sein de la main-d'œuvre des foyers de soins du Nouveau-Brunswick. Nous avons abordé ces problèmes dans notre discussion sur la violence au travail. Ces aspects de l'exode au Nouveau-Brunswick n'ont rien de mystérieux. La combinaison d'une faible rémunération, d'un trop grand nombre d'heures de travail supplémentaires, de conditions de travail non sécuritaires, d'un travail physique éreintant et du stress, en plus des problèmes dont nous avons déjà parlés, entraîne un exode des travailleurs que le système ne peut tout simplement pas soutenir. Ayant pris d'importantes mesures pour cerner les problèmes, que font les employeurs des foyers de soins du Nouveau-Brunswick, s'ils font effectivement quelque chose, pour appliquer les solutions?

### SONDAGE DU SIINB AUPRÈS DES MEMBRES TRAVAILLANT DANS LE SECTEUR DES SOINS DE LONGUE DURÉE

**73 %** des 11 sondés songent régulièrement à quitter leur emploi.

Il est vrai qu'ils n'ont pas le pouvoir de résoudre tous les défis. Les foyers de soins en région rurale ne peuvent pas être déplacés ailleurs par magie. Les foyers peuvent très peu influencer leurs niveaux de financement. Il se peut aussi que le travail en salles d'urgence ou en salles d'opération soit toujours plus intéressant et attrayant pour les jeunes II.

Comme le montre l'analyse des experts, la seule chose que peuvent contrôler les foyers de soins au Nouveau-Brunswick est le nombre de postes permanents à temps plein qu'ils offrent régulièrement aux postulants. Toutes les parties reconnaissent que ces postes permanents, ainsi que les avantages sociaux et le régime de retraite, sont un incitatif important pour attirer et maintenir en poste des travailleurs qualifiés dans le secteur. On pourrait donc croire que les foyers de soins auraient recours à cet outil à chaque occasion, mais ce n'est pas le cas.

#### Trop d'occasionnels

Au moyen de demandes d'accès à l'information, le SIINB a obtenu une liste des besoins prévus en matière de main-d'œuvre en 2019 soumis par l'AFSNB à EPFT. Les résultats sont étonnants.

Figure 25

**Besoins en main-d'œuvre des foyers de soins du Nouveau-Brunswick en 2019  
(ratios d'occasionnels - permanents)**

Infirmières ou infirmiers immatriculés	5:1
Infirmières ou infirmiers auxiliaires autorisés	2:1
Préposé(e)s aux résidents (PSP)	4:1

Source : (Nouveau-Brunswick, 2019i)

Ce document montre que les foyers de soins du Nouveau-Brunswick n'avaient aucunement l'intention d'offrir un plus grand nombre de postes permanents à temps plein mais s'apprêtaient plutôt à faire appel davantage à une main-d'œuvre occasionnelle. Seulement 54 des 224 postes que les foyers de soins du Nouveau-Brunswick prévoyaient pourvoir en 2019 étaient des emplois assurés. Ces données, qui arrivent deux ans après les résultats de l'analyse de la main-d'œuvre de l'AFSNB, représentent un refus incompréhensible des foyers de soins de tenir compte des recommandations du rapport de leur propre association.

De tous les foyers de soins inclus dans les prévisions d'embauche de 2019 de l'AFSNB, le Kiwanis Nursing Home à Sussex était l'établissement qui avait le plus besoin d'aide. Selon les documents obtenus par le SIINB, le foyer de soins de 76 lits devait embaucher, en 2019, au moins 12 employés réglementés pour dispenser les soins, dont trois II et neuf IAA. Étonnamment, le foyer envisageait, en 2019, d'offrir trois postes permanents à temps plein qui n'étaient pas des postes d'II. En avril 2019, le Kiwanis Nursing Home a indiqué au *Telegraph-Journal* qu'il visait surtout à recruter des IFE et à former d'autres PR dans le cadre d'un programme de formation « à l'interne » qu'il avait élaboré. La liste des besoins prévus en matière de main-d'œuvre en 2019 montrait toutefois que le foyer n'avait pas l'intention d'ajouter des PR.

Pour ces foyers de soins, le problème est une question d'argent, ce qui n'est pas étonnant. Tout comme le Kiwanis Nursing Home, la plupart des foyers de soins au Nouveau-Brunswick sont des établissements sans but lucratif. Néanmoins, un grand nombre d'entre eux ont été privés des augmentations de fonds nécessaires. Tous n'ont pas la certitude requise en matière de coûts pour bien planifier pour l'avenir. Le dirigeant frustré d'un foyer de soins a relativement bien expliqué la situation en 2017.

Le processus budgétaire est injuste. Qui peut diriger une entreprise avec un budget fixé 4, 5 ou 6 mois après le début de l'année d'opération? Il est impossible de fixer des objectifs et on nous dit ensuite que nous sommes de mauvais gestionnaires financiers. (AFSNB, 2017b).

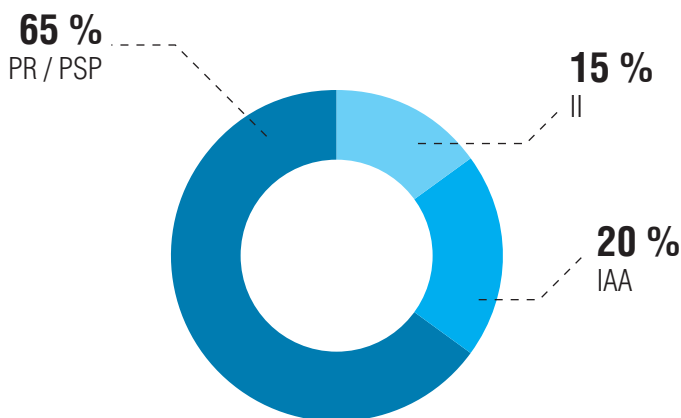
En raison de cette incertitude, les foyers de soins l'intègrent constamment dans leurs modèles de dotation afin d'avoir une sorte de répit sur le plan financier. Jodi Hall de l'AFSNB a expliqué comment l'Association aimerait que le gouvernement aborde l'insuffisance de fonds.

Nous aimerions que les processus entre le gouvernement et les foyers de soins soient revus afin de mieux appuyer la planification financière des opérations, ce qui comprend un examen des postes budgétaires et une consultation entre le gouvernement et les foyers de soins sur la planification budgétaire et les délais de présentation des budgets, en explorant la possibilité d'une budgétisation pluriannuelle pour appuyer la stabilité dans la planification opérationnelle et la gestion du risque (Hall, courriel du 14 février 2020).

Même avec les difficultés actuelles en matière de dotation, ce ne sont pas tous les foyers de soins au Nouveau-Brunswick qui fonctionnent avec des ratios en personnel réduits au strict minimum qui étaient, en 2019, de 15 % (II) : 20 % (IAA) : 60 % (PR).

Figure 26

### Pourcentage de la combinaison de compétences du personnel des foyers de soins en 2019



Source : (Nouveau-Brunswick, 2019a)

Les niveaux de dotation subventionnés d'un foyer de soins peuvent même augmenter en fonction des budgets annuels alloués par le ministère du Développement social. La question est alors de savoir comment les foyers utilisent ces fonds. Puisque les foyers doivent sans cesse composer avec des budgets incertains, ils tentent d'avoir une certaine souplesse en maintenant un pourcentage plus élevé d'employés « occasionnels » qui ne reçoivent pas d'avantages sociaux ni de cotisations de retraite.

Les occasionnels n'accumulent pas de congés de maladie ni de vacances, mais ils reçoivent un salaire « tout compris », qui est essentiellement un salaire horaire plus élevé que leurs collègues permanents.

---

## ENTREVUES AVEC DES INFORMATEURS CLÉS

***Lorsqu'une nouvelle Il est embauchée à notre foyer de soins, elle n'a pas droit aux avantages sociaux. Elle reçoit le taux « tout compris ». C'est injuste pour tout le monde. Il est très difficile de recruter des Il lorsque l'employeur offre seulement des heures de travail occasionnelles.***

- UNE INFIRMIÈRE IMMATRICULÉE

---

Pendant des années, les foyers de soins du Nouveau-Brunswick ont exercé des pressions pour avoir le droit de rajuster les niveaux de dotation selon leurs propres perceptions de la santé du résident, et non en fonction des ratios et des minimums prescrits par le gouvernement. En raison des faibles niveaux de surveillance, c'est essentiellement ce qui se passe maintenant dans la province, mais avec des conséquences plutôt imprévues.

En s'appuyant sur des niveaux de personnel occasionnel totalement inadéquats, les foyers de soins acquièrent immédiatement la souplesse dont ils ont besoin pour augmenter ou baisser à leur gré leurs effectifs sur leur liste de personnel. Toutefois, cette liberté a de lourdes conséquences. Comme nous l'avons vu, les taux de roulement du personnel ont augmenté à des niveaux qu'il est impossible de maintenir, et un secteur qui a déjà du mal à recruter du personnel a inutilement aggravé la situation en refusant obstinément d'offrir des emplois permanents à temps plein. Il y a aussi le soi-disant « personnel infirmier itinérant »; la pratique que choisissent de jeunes infirmières et infirmiers du millénaire pour maintenir un statut d'emploi occasionnel afin de pouvoir travailler dans différentes régions du pays ou ailleurs dans le monde, à différents moments et à différents taux de traitement. Les méthodes d'embauche actuelles au Nouveau-Brunswick encouragent de tels choix. Bref, les méthodes d'embauche malavisées des foyers de soins du Nouveau-Brunswick encouragent tous les mauvais comportements, ont une incidence sur la sécurité des résidents et aggravent une pénurie de personnel déjà dangereuse.

## Voie à suivre

Comme il est mentionné dans l'introduction, l'économiste Richard Saillant prévoit que, d'ici 2035, le Nouveau-Brunswick aura besoin de plus de deux fois le nombre de lits de foyers de soins qu'actuellement mais qui prendra soin de ces résidents?

Présentement, aucun des projets en discussion n'offre une solution crédible à ce défi. La pénurie de personnel infirmier que le SIINB et d'autres intervenants signalent depuis longtemps est bien réelle et s'accroît. Si des mesures draconiennes ne sont pas prises pour la résorber, le gouvernement pourrait sous peu être incapable de renverser la situation. Les soins de santé sur lesquels comptent les aînés au Nouveau-Brunswick pourraient vraiment devenir de second ordre.

Trop souvent, le gouvernement et les foyers de soins ont axé leurs efforts sur la réduction de la demande de personnel de la santé qualifié au lieu de prendre les mesures nécessaires pour garantir une offre stable. Afin d'éviter le pire scénario redouté par Richard Saillant et bien d'autres intervenants, le Nouveau-Brunswick doit entreprendre immédiatement une réforme globale de ses méthodes de recrutement, de formation et de maintien en poste de sa main-d'œuvre infirmière. Donc, que faut-il faire?

---

## ENTREVUES AVEC DES PERSONNES INFLUENTES

***Je ne dirais pas qu'il y a un plan, sûrement pas un plan proactif. Le gouvernement a maintenant une attitude plus passive que proactive. Malheureusement, ce n'est pas efficace. Je ne pense pas qu'il perçoive la pénurie (de personnel) telle qu'elle est.***

**- SHARON TEARE, PRÉSIDENTE DU CONSEIL DES SYNDICATS DES FOYERS DE SOINS DU NOUVEAU-BRUNSWICK**

---

Tout d'abord, le gouvernement doit accepter immédiatement l'offre de l'UNB d'ajouter 300 places à son programme de baccalauréat en sciences infirmières de quatre ans, pour ainsi permettre à un plus grand nombre d'étudiantes et d'étudiants du Nouveau-Brunswick de pallier aux écarts marqués dans notre main-d'œuvre d'II. Il est absurde de ne pas donner à des centaines d'élèves ambitieux du secondaire au Nouveau-Brunswick l'occasion d'entamer une carrière en soins infirmiers dans la province. Une telle situation ne peut plus être tolérée. Il faudrait même agir de manière plus urgente sur cette possibilité, puisque le recrutement à l'échelle nationale et internationale n'est pas actuellement un facteur déterminant. Les difficultés financières de l'U de M et leurs effets sur la capacité de l'Université à recruter des étudiantes et étudiants en sciences infirmières doivent aussi être abordés.

En échange de ces nouveaux investissements, le gouvernement doit exiger que les écoles de sciences infirmières offrent plus de placements professionnels en soins de longue durée afin qu'un certain nombre d'étudiantes et étudiants en sciences infirmières du Nouveau-Brunswick acquièrent, chaque année, de l'expérience dans ce secteur.

---

## ENTREVUES AVEC DES INFORMATEURS CLÉS

***Dans les universités, la plupart des étudiantes et étudiants n'effectuent pas leurs stages dans le secteur des soins de longue durée et ne sont donc pas exposés à cette possibilité de carrière. Un grand nombre de nouveaux diplômés cherchent le prestige des postes à l'urgence ou à l'USI. Des collègues m'ont déjà dit que je n'étais pas une « vraie » II parce que je ne travaille pas dans un hôpital. J'adore mon travail, mais il est de plus en plus difficile.***

- UNE INFIRMIÈRE IMMATRICULÉE

---

Le gouvernement doit faciliter l'avancement de ceux qui ont déjà choisi une carrière en soins de santé. Un des plus grands bassins de talents en soins de santé comprend les travailleurs de la santé actuels qui veulent parfaire leurs connaissances et leurs compétences. Nous savons que ce processus suscite un certain intérêt puisqu'en 2019, 31 IAA étaient inscrits à des programmes de transition destinés aux IAA qui souhaitent obtenir un baccalauréat en sciences infirmières. En Nouvelle-Écosse, les II qui désirent devenir IP peuvent continuer à gagner leurs salaires réguliers d'II pendant leurs études, s'ils acceptent de travailler dans une région rurale par après pendant une période déterminée. Ce modèle, s'il était adapté au Nouveau-Brunswick, aiderait à atténuer la pénurie dans les professions du domaine de la santé et la pénurie de travailleurs de la santé dans les régions rurales. En mars 2020, le gouvernement a annoncé qu'il permettrait aux II de conserver leurs salaires du secteur public pendant leur formation pour devenir des IP au Nouveau-Brunswick (Nouveau-Brunswick, 2020d). Ces programmes devraient être élargis.

Nous abordons le rôle des IP dans la revue de la littérature. Qu'il suffise de dire que leur intégration dans les foyers de soins serait une étape cruciale pour assurer la sécurité des aînés et un accès régulier à un prestataire de soins primaires. Les II contribuent une valeur extraordinaire au secteur et montrent déjà leurs compétences partout au Nouveau-Brunswick. Il faudrait avoir un recours accru à leurs services, comme l'a fait récemment l'Alberta (Junker, 2020).

En collaboration avec ses partenaires fédéraux, le gouvernement doit faire des efforts de recrutement véritables et déterminés à l'échelle internationale, dans le but d'immatriculer, chaque année, 50 nouveaux II d'un bassin d'IFE.

En général, le recrutement international en soins de santé doit atteindre des niveaux utiles le plus tôt possible. Il faut appuyer davantage les IFE dans leurs efforts pour exercer leur profession au Nouveau-Brunswick. Tous les ordres de gouvernement doivent intervenir pour s'assurer que ces nouveaux arrivants indispensables se sentent bien accueillis et à l'aise dans la province.

Enfin et peut-être le point le plus crucial pour le secteur des soins de longue durée, les foyers de soins du Nouveau-Brunswick doivent prendre des dispositions immédiatement, en collaboration avec le gouvernement, pour accroître le nombre de postes permanents à temps plein offerts, en visant un ratio d'au plus deux offres d'emploi occasionnel pour chaque offre d'emploi permanent (2:1). En l'absence d'incitatifs financiers, ces offres sont essentielles dans un marché du travail ultra compétitif. Le Nouveau-Brunswick doit rapidement commencer à utiliser tous les outils de sa boîte à outils avant que la main-d'œuvre en soins de longue durée de la province soit fragmentée irrémédiablement.

## **Violence en milieu de travail**

### **La violence ne fait pas partie du travail**

Notre revue de la littérature montre que les pénuries de personnel dans le secteur des soins de longue durée ont une forte corrélation avec la violence au travail, et il en va de même au Nouveau-Brunswick. En 2019, le SIINB, conjointement avec la Fédération canadienne des syndicats d'infirmières et infirmiers (FCSII) et ses syndicats affiliés, a mené une importante campagne publique sur le fléau de la violence dans notre système de soins de santé. Depuis longtemps, les soins de longue durée sont largement absents de ces conversations. Les renseignements fiables sur la violence dans ce secteur sont de plus en plus difficiles à obtenir, et les médias sont moins portés à s'y attarder. Les suppositions implicites de ce silence sont que la violence et l'agression font simplement partie du travail des employés des foyers de soins, et qu'il n'y a rien ou peu de chose qui peut être fait pour les atténuer. Ces suppositions sont fausses. À savoir si des mesures crédibles sont actuellement prises pour réduire la violence dans les foyers de soins du Nouveau-Brunswick, c'est une toute autre question.

Les défis et le manque de surveillance que nous avons abordés dans la section sur la gouvernance montrent que nous ne sommes pas suffisamment renseignés sur les problèmes comme la violence au travail dans le secteur des soins de longue durée de la province. Ce que nous savons toutefois est profondément troublant.

## SONDAGE DU SIINB AUPRÈS DES MEMBRES TRAVAILLANT DANS LE SECTEUR DES SOINS DE LONGUE DURÉE

**66 %** des membres du SIINB qui travaillent dans les foyers de soins indiquent ne pas se sentir en sécurité dans leur milieu de travail.

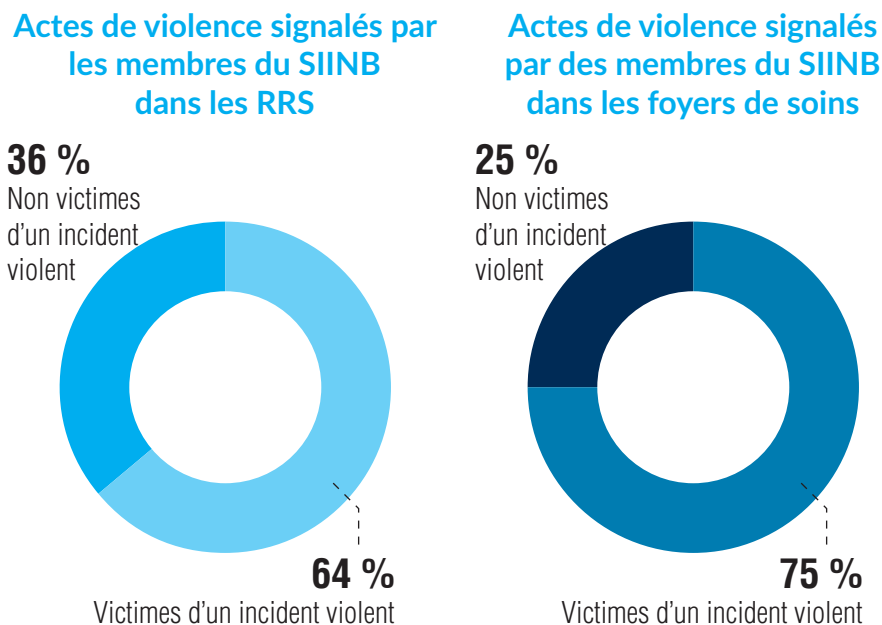
Aux fins du présent rapport, le SIINB a fait des efforts sans précédent pour obtenir autant de données que possible sur l'ampleur et la portée du problème.

À la différence des RRS qui font un suivi de la violence au travail dans l'ensemble du secteur, il n'existe aucun système visant à compiler les données sur la violence dans les soins de longue durée. Des essais embryonnaires sont faits par l'entremise de l'ASSCNB pour réunir les données des différents foyers de soins mais, en général, l'information ne vaut que ce que vaut la tenue des dossiers de chaque foyer de soins qui, nous le savons, peut être très problématique. Les meilleures données disponibles proviennent surtout des sondages auprès de la main-d'œuvre du secteur et des documents sur les indemnisations des accidentés du travail.

### Sondage de 2018 du SIINB auprès des membres

En 2018, le SIINB a effectué auprès de ses 7 000 membres au Nouveau-Brunswick des sondages généraux qui comportaient des questions sur la violence au travail. Les résultats des sondages étaient très décevants.

Figure 27



Source : (SIINB, 2018)

Environ deux tiers (64 %) des membres du SIINB travaillant dans les hôpitaux et du programme extra-mural du Nouveau-Brunswick considèrent avoir été victime d'un incident violent au cours de la dernière année. Ce taux augmente à 75 %, ce qui représente environ les trois quarts des membres du SIINB travaillant dans les foyers de soins. Notre revue de la littérature montre que le taux dans les foyers de soins aux États-Unis était de 65 %. Un examen plus détaillé des résultats du sondage du SIINB auprès des membres illustre les problèmes du système actuel.

Seulement deux Il sur cinq (40 %) travaillant dans le secteur des foyers de soins ayant répondu au sondage se sont dits satisfaits de l'intervention de leur employeur lorsqu'ils signalent un acte de violence au travail, et encore moins de Il (35 %) pensent que le soutien reçu de leur employeur après l'incident était adéquat.

### SONDAGE DU SIINB AUPRÈS DES MEMBRES TRAVAILLANT DANS LE SECTEUR DES SOINS DE LONGUE DURÉE

**50 %** des Il sondés disent être victimes de violence verbale de la part de patients plusieurs fois par mois.

Parmi les membres du SIINB ayant signalé avoir été victimes d'un incident de violence en 2018, seulement les deux tiers (65 %) ont mentionné que des résidents étaient à l'origine de la violence; pour 35 % d'entre eux, les incidents impliquaient des membres des familles, des collègues ou même leur employeur. Chose peut-être plus inquiétante, 45 % des Il sondés mentionnent qu'ils n'ont pas signalés les actes de violence dont ils ont été victimes; un taux qui correspond de près à ceux qui se sont dit insatisfaits des interventions de leur employeur.

### SONDAGE DU SIINB AUPRÈS DES MEMBRES TRAVAILLANT DANS LE SECTEUR DES SOINS DE LONGUE DURÉE

**55 %** des Il sondés disent être victimes de violence verbale de la part des familles ou des visiteurs plusieurs fois par année.

D'après notre revue de la littérature sur ce sujet, jusqu'à 80 % des incidents violents peuvent ne pas être signalés dans un milieu de soins de santé. Les entrevues avec des informateurs clés laissent aussi supposer qu'un grand nombre d'employés de foyers de soins doutent que leurs plaintes concernant la violence au travail seront prises au sérieux. En tout, seulement 34 % des membres du SIINB sondés en 2018 se sentaient à l'abri de la violence dans leur milieu de travail; un taux qui nécessite des mesures.

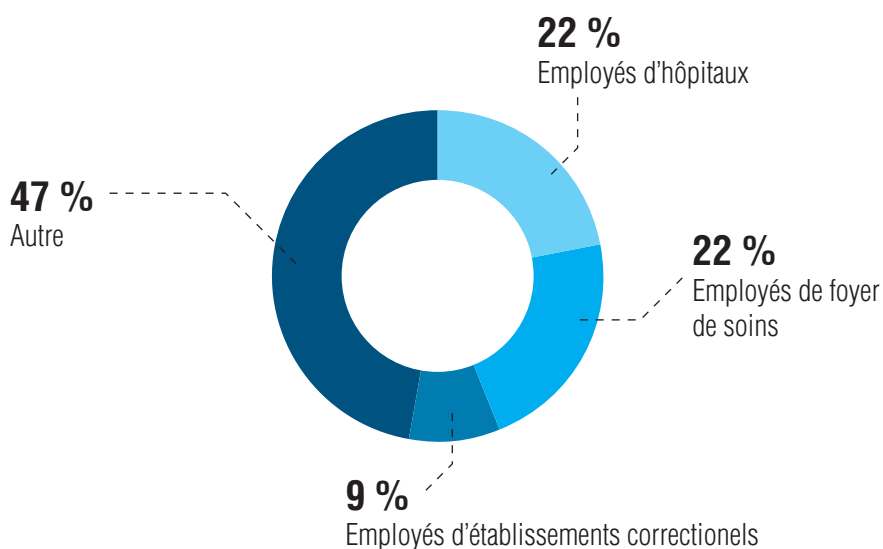
## Données de Travail sécuritaire NB

Au Nouveau-Brunswick, Travail sécuritaire NB est l'organisation qui supervise l'indemnisation des accidentés du travail et la sécurité des lieux de travail. Le fait que les documents de Travail sécuritaire NB continuent d'être un des principaux critères d'évaluation utilisés par les foyers de soins concernant la violence au travail est préoccupant, car il suppose que les foyers de soins perçoivent le problème de la violence au travail uniquement dans une optique financière. De 2013 à 2018, Travail sécuritaire NB a accepté 1 069 réclamations pour blessures subies lors d'un incident de violence au travail.

Pour que leurs demandes d'indemnisation des accidentés du travail soient acceptées, les employés doivent être blessés au point de nécessiter des soins médicaux. Des 1 069 réclamations acceptées, 240 (22,5 %) ont été soumises par des employés de foyers de soins qui composent seulement 1 % de la main-d'œuvre au Nouveau-Brunswick. De ce nombre, 62 % ont entraîné une interruption de travail. Par comparaison, 99 réclamations acceptées pour blessures subies lors d'un incident de violence au travail ou 9 % du total provincial ont été soumises par des agents correctionnels durant la même période.

Figure 28

### Réclamations pour violence au travail acceptées de 2013 à 2018

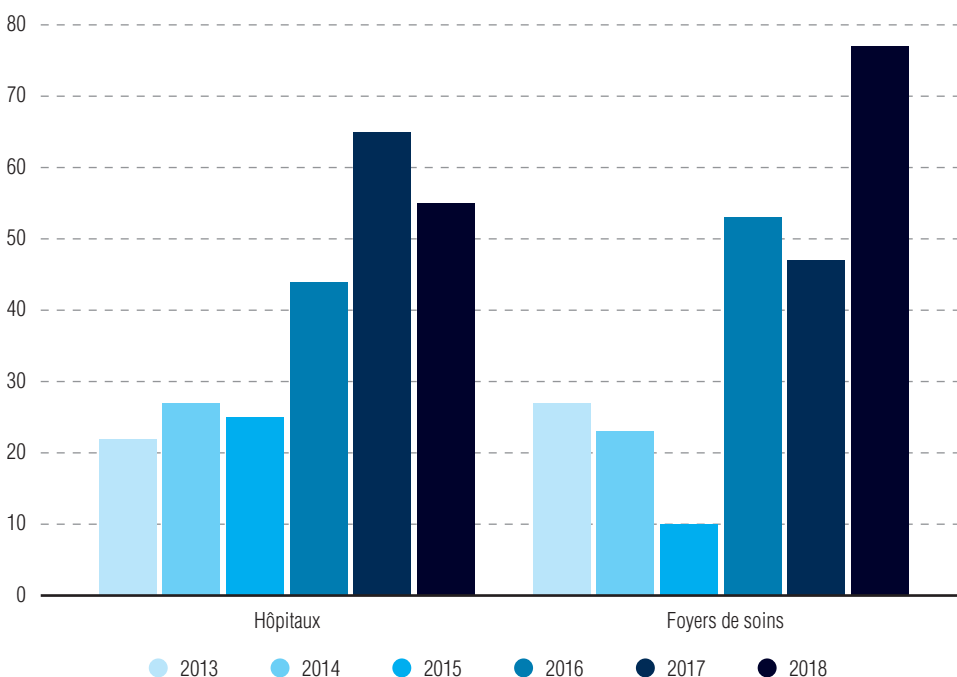


Source : (Travail sécuritaire NB, 2020)

Deux points ressortent de ces données. Premièrement, près du quart des réclamations au Nouveau-Brunswick relatives à des incidents de violence au travail proviennent d'employés de foyers de soins. Deuxièmement, le nombre de réclamations relatives à des incidents de violence au travail soumise par des employés de foyers de soins qui ont été acceptées correspond à plus de deux fois le nombre de demandes des employés des établissements pénitentiaires. De telles données devraient tirer la sonnette d'alarme. La situation est clairement problématique et, comme nous le verrons, elle se détériore à un rythme alarmant. Les réclamations acceptées chaque année relativement à des incidents de violence au travail dans les foyers de soins ont plus que doublé de 2013 à 2018.

Figure 29

### Réclamations pour violence acceptées : hôpital par rapport aux foyers de soins



Source : (Travail sécuritaire NB, 2020)

Les 240 réclamations pour blessures représentent 38 % de toutes les réclamations relatives à des incidents de violence au travail dans le secteur des soins de santé. De 2013 à 2018, les employés des foyers de soins du Nouveau-Brunswick (environ 6 500) ont soumis plus de réclamations pour blessures à la suite d'incidents de violence au travail que l'ensemble des employés de tous les hôpitaux du Nouveau-Brunswick (environ 20 000).

En utilisant le calcul ordinaire de l'industrie des soins de santé (incidents violents par 100 employés), l'ampleur réelle du problème de violence dans les foyers de soins du Nouveau-Brunswick est évidente. Au cours de la même période de cinq ans à partir de 2013, 3,69 réclamations ont été acceptées pour incident de violence par 100 employés dans les foyers de soins du Nouveau-Brunswick et seulement 1,20 réclamation dans les hôpitaux du Nouveau-Brunswick (Travail sécuritaire NB, 2020).

Pendant près d'un an, le SIINB a tenté d'obtenir plus d'information sur la fiabilité des rapports relatifs à la violence dans chaque foyer de soins au Nouveau-Brunswick. La tâche n'a pas été facile. Puisque le ministère de la Santé n'exerce pas la surveillance des foyers de soins, ceux-ci ne disposent pas d'un grand nombre des ressources centralisées qu'ont les RRS pour effectuer le suivi et résoudre ces problèmes. Le personnel doit plutôt consigner les incidents dans un rapport d'incidents. Un employé qui subit une blessure à la suite d'un incident remplit le formulaire 67 qui est envoyé à Travail sécuritaire NB. Le SIINB a obtenu les rapports d'incidents majeurs des foyers de soins du Nouveau-Brunswick pour une période de cinq ans, au moyen de demandes d'accès à l'information auprès du ministère du Développement social. Ce que révèlent ces documents est moins important que ce qu'ils omettent de montrer.

Sur une période de cinq ans qui correspond à la période de présentation de rapports pour les données de Travail sécuritaire NB dont nous venons de parler, 55 agressions ont été consignées, soit 185 de moins que le nombre de réclamations pour violence au travail acceptées au cours de la même période (Travail sécuritaire NB, 2020). Les données mènent à une seule conclusion. Le suivi de la violence et la présentation de rapports sur la violence dans le secteur des foyers de soins du Nouveau-Brunswick sont totalement inefficaces, et l'ampleur du problème est bien pire que ne le croient la plupart des gens.

Les graves lacunes dans le nombre de cas de violence verbale documentés au cours de la même période, que les rapports d'incidents majeurs chiffrent à neuf, renforcent ce cas. Neuf cas consignés en cinq ans. Une grande part de la violence dans les foyers de soins du Nouveau-Brunswick n'est simplement pas signalée.

Les raisons sont abordées, dans une certaine mesure, dans nos discussions avec les personnes influentes du secteur et lors des entrevues avec des informateurs clés. En ajoutant ces données qualitatives à ces chiffres et aux résultats des sondages du SIINB auprès de ses membres, il ne fait aucun doute que les systèmes actuels pour signaler les incidents de violence, faire le suivi et exercer une surveillance sont inadéquats et doivent être modernisés. Les infirmières et infirmiers ne sont pas convaincus que les employeurs des foyers de soins prennent le problème de la violence au sérieux. La violence a de lourdes conséquences sur la main-d'œuvre essentielle que le Nouveau-Brunswick peut difficilement se permettre de perdre.

## Tout est lié

Notre revue de la littérature montre clairement l'interdépendance des facteurs liés aux soins aux personnes atteintes de démence et les fortes augmentations des troubles psychiatriques et de l'humeur chez les résidents des foyers de soins au Canada. Ces facteurs entrent certainement en ligne de compte ici au Nouveau-Brunswick. Lors des entrevues avec des informateurs clés, les Il au Nouveau-Brunswick nous ont fait part directement de ces défis, y compris des efforts récents visant à réduire l'utilisation de médicaments antipsychotiques dans les foyers de soins.

---

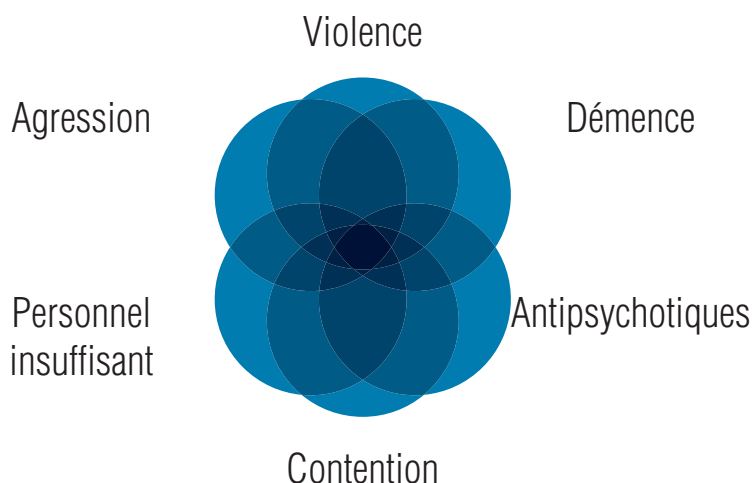
## ENTREVUES AVEC DES INFORMATEURS CLÉS

*La violence s'est fortement aggravée en raison du type de résidents à un stade avancé de démence. Je sais que des efforts ont été faits pour réduire les antipsychotiques. C'est excellent. Dans bien des cas toutefois, ces médicaments sont le seul moyen efficace, surtout si le résident arrive d'un autre foyer, plutôt que d'un hôpital, où il a déjà été évalué.*

- UNE INFIRMIÈRE IMMATRICULÉE

---

Figure 30 : Problèmes liés aux soins des résidents ayant des comportements réactifs dans les foyers de soins



Nous avons déjà abordé les taux d'hospitalisation des patients atteints de démence dans la province, mais pour toutes les raisons discutées, des renseignements plus spécifiques sur ces liens n'étaient pas largement disponibles jusqu'à tout récemment. Dans le cadre de ses recherches pour *La génération oubliée*, le SIINB a pris connaissance des résultats de la première phase d'un projet de réduction des antipsychotiques mené par l'AFSNB et la Fondation canadienne pour l'amélioration des services de santé (FCASS).

Le gouvernement du Nouveau-Brunswick, par l'entremise du ministère du Développement social, a contribué plus de 600 000 \$ au projet qui a été entrepris en 2016. Des projets semblables dans d'autres provinces ont connu du succès au cours des dernières années.

Cinquante-sept établissements de soins de longue durée dans sept provinces et un territoire ont participé au projet collaboratif Réduire le recours aux antipsychotiques en soins de longue durée, et plus de la moitié des résidents ciblés dans ce projet ont cessé leur médicament antipsychotique ou en ont réduit la dose. Il en est résulté une diminution de 20 % du nombre de chutes chez les résidents participants, et ce, sans augmentation des comportements agressifs (FCASS, 2016a).

La mention des données sur les « chutes des résidents » dans le communiqué conjoint de 2016 est un point important. Nous y reviendrons dans un moment. Un autre communiqué diffusé quelques mois plus tard incluait un motif financier.

Un nouveau rapport national indique que les programmes visant à favoriser l'utilisation appropriée des antipsychotiques dans les foyers de soins du Nouveau-Brunswick pourraient éviter non seulement 600 000 prescriptions au cours des cinq prochaines années, mais aussi les chutes et les visites à l'hôpital. La province pourrait économiser ainsi 4 millions de dollars en coûts directs en services de santé pendant la même période, ce qui représente en moyenne des économies de 4 millions de dollars par an au cours des 30 prochaines années. Pour chaque résident participant au programme, la province économisera 1 619 \$ par an en coûts directs en services de santé (FCASS, 2016b).

Le communiqué indique encore la possibilité de réduire les chutes et les visites à l'hôpital, en plus des économies connexes. D'après notre discussion sur les données, ce type d'information intéresse tout gouvernement qui gère un secteur de soins de longue durée. La première phase du projet du Nouveau-Brunswick comprenait la participation de 212 résidents de 15 foyers de soins. Les résultats sont recueillis après une période de six mois, depuis février 2016. Les données obtenues par le SIINB à partir d'un webinaire de la FCASS sont fort intéressantes à lire.

Figure 31

<b>Résultats de la première phase du projet Utilisation appropriée des antipsychotiques au Nouveau-Brunswick Le 24 avril 2017</b>
<b>Résultats</b>
75 résidents (35 %) ont cessé de prendre leur médicament antipsychotique ou en ont réduit la dose.
51 résidents (24 %) ont cessé complètement de prendre leur médicament.
24 résidents (11 %) continuent leur médicament à faible dose.
<b>Effets positifs</b>
Les comportements physiquement violents ont diminué de 38 %.
Les chutes et les comportements agressifs ont diminué de 13 %.
L'utilisation de moyens de contention a diminué de 23 %.

Source : (FCASS, 2017a)

Réunir les chutes et les comportements agressifs dans une même catégorie statistique est un choix pour le moins singulier. Les résultats de la première phase peuvent être analysés de diverses façons. Une conclusion peut être que la décision initiale de prescrire un médicament antipsychotique à des résidents était la bonne 76 % du temps. Tout de même, les effets positifs de la première phase semblent prometteurs. Quelques semaines plus tard, un troisième communiqué expliquait les résultats du projet après neuf mois, mais il était axé sur d'autres données; certaines données mentionnées antérieurement étaient disparues.

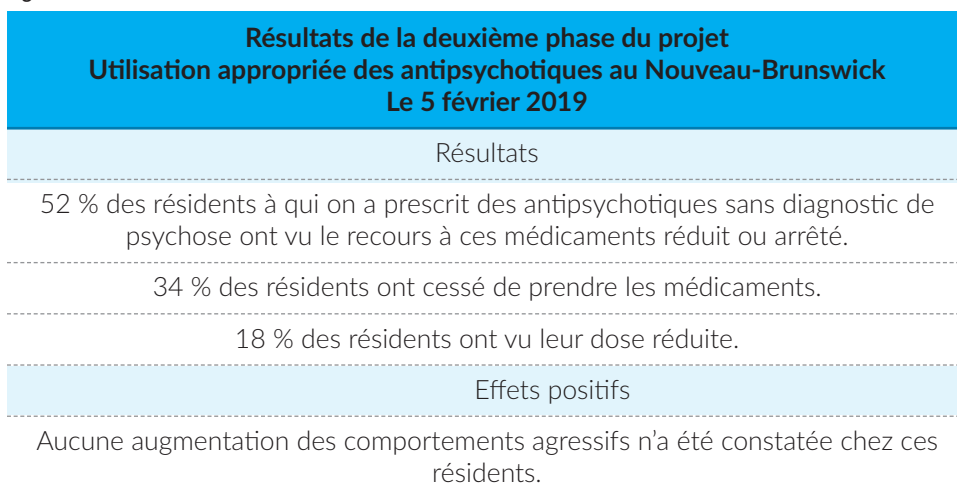
Figure 32

<b>Résultats de la première phase du projet Utilisation appropriée des antipsychotiques au Nouveau-Brunswick Le 23 mai 2017</b>
<b>Résultats</b>
43 % des résidents ont cessé de prendre leur médicament ou en ont réduit la dose.
<b>Effets positifs</b>
Les chutes ont diminué de 6 %.
Les interactions sociales, la durée des états de veille et la capacité à gérer soi-même ses soins ont connu une grande amélioration.
Les comportements agressifs et l'utilisation d'autres psychotropiques n'ont pas augmenté.

Source : (FCASS, 2017b)

La deuxième phase du projet comprendrait 46 foyers de soins, donc il reste à voir si les tendances positives se maintiendront avec de plus grandes populations de résidents. Malheureusement, nous ne connaissons jamais la réponse dans son intégralité.

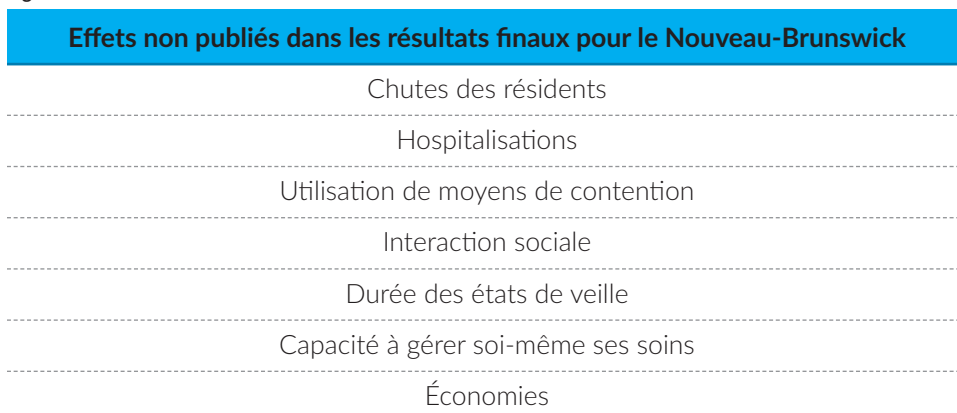
Figure 33



Source : (FCASS, 2019)

De 2016 à 2019, le projet conjoint de la FCASS et de l'AFSNB a déterminé au moins huit effets positifs qu'il espérait voir à la suite de ses efforts visant à réduire l'utilisation des antipsychotiques dans les foyers de soins au Nouveau-Brunswick; un seul a été mentionné dans les résultats finaux publiés.

Figure 34



Source : (FCASS, 2019)

En fin de compte, le taux de réduction de 23 % des comportements agressifs des résidents mentionné dans les résultats de la première phase du projet s'est évaporé, le communiqué final indiquant seulement que ces comportements n'avaient pas augmenté. Nous nous retrouvons avec beaucoup plus de questions que de réponses.

Est-ce que les données sur les comportements agressifs sont restées inchangées parce que les foyers de soins ont remplacé la contention physique par la contention chimique? Quels étaient les nombres définitifs de chutes et d'hospitalisations, combien de fois des moyens de contention ont-ils été utilisés et pourquoi ces données ne figurent-elles pas dans le rapport final? Qu'a appris le Nouveau-Brunswick, au juste, d'un projet qui a coûté plus d'un demi-million de dollars aux contribuables? D'un seul coup, les thèmes de données, de transparence, de responsabilisation et de soins complexes abordés dans le présent rapport reviennent sur le devant de la scène.

Avec 600 000 \$, le Nouveau-Brunswick aurait pu accorder aux écoles de sciences infirmières de la province 43 nouvelles places pour étudiantes et étudiants pendant un an. Avec 600 000 \$, le gouvernement aurait pu embaucher cinq IP durant cette année. Si le volume de cas de chacun de ces IP était de 1 000 résidents, ces IP pourraient, en théorie, offrir des soins primaires à tous les résidents des foyers de soins au Nouveau-Brunswick. Notre revue de la littérature indique du moins un lien évident entre les IP et le recours réduit des médicaments psychotropes, ce qui est plus que l'information qu'on peut glaner de ce projet. Le Nouveau-Brunswick doit mieux examiner et élaborer des politiques fondées sur des données probantes concernant ces problèmes car l'épuisement professionnel et les problèmes de santé mentale qu'ils suscitent chez le personnel sont intenable.

## Stress et santé mentale

En prenant un recul et en regardant la situation ailleurs qu'au Nouveau-Brunswick, il est évident que les infirmières et infirmiers au Canada, y compris ceux des établissements de soins de longue durée, ressentent beaucoup de stress au travail. À l'été de 2020, la FCSII a rendu publics les résultats d'une étude, première en son genre, sur les troubles mentaux chez le personnel infirmier au Canada. L'étude menée auprès de 7 358 II, IAA et IP au pays, à laquelle des centaines d'infirmières et infirmiers du Nouveau-Brunswick ont participé, a révélé des taux de stress et de maladie mentale extrêmement troublants.

Selon les principaux résultats de l'étude, une infirmière sur trois au Canada (36,4%) a reçu un résultat positif de trouble dépressif majeur, et plus d'une infirmière sur quatre a reçu un résultat positif de trouble anxieux généralisé (26,1 %) et d'épuisement professionnel (29,3 %). Plusieurs ont eu un résultat positif d'ESPT (23 %) et de trouble panique (20,3%). Une infirmière sur trois (33 %) mentionne avoir des idées suicidaires, 17 % mentionnent planifier leur suicide et 8 % mentionnent avoir fait une tentative de suicide au cours de leur vie (Carleton, Stelnicki et Reichert, 2020).

L'étude révèle aussi que les infirmières et infirmiers des établissements de soins de longue durée risquent davantage que leurs collègues de souffrir de stress psychologique de divers types, notamment TSPT, trouble d'anxiété généralisé, trouble panique et niveaux cliniques d'épuisement professionnel.

Le rapport de la FCSII montre que les infirmières et infirmiers des établissements de soins de longue durée (45 %) sont 9,5 % plus sujets que leurs collègues des hôpitaux au Canada (35,5 %) à souffrir d'un trouble dépressif caractérisé.

Les infirmières et infirmiers des établissements de soins de longue durée sont aussi plus susceptibles que leurs collègues au pays d'envisager l'idée du suicide (39,9 %), de planifier leur suicide (22,3 %) ou même de faire une tentative de suicide (12,6 %). Les infirmières et infirmiers des établissements de soins de longue durée au Canada étaient plus de deux fois plus susceptible que leurs collègues des hôpitaux de tenter de se suicider.

Les données disponibles au Nouveau-Brunswick contribuent à appuyer ces conclusions. Le nombre de réclamations pour causes de santé mentale acceptées par Travail sécuritaire NB de la part d'infirmières et d'infirmiers du Nouveau-Brunswick a plus que triplé au cours des dernières années, augmentant de 295 % entre 2013 et 2018 (Travail sécuritaire NB, 2020). Dans le sondage du SIINB auprès des membres, 67 % des II estiment que le stress au travail leur nuit régulièrement. Ces pressions sont tout simplement intolérables.

### Voie à suivre

Le secteur des soins de longue durée au Nouveau-Brunswick est aux prises avec un grave problème de violence. Chaque intervenant a un rôle à jouer pour l'atténuer. La communication entre les intervenants sur ce sujet n'a toutefois pas donné de résultats significatifs jusqu'à maintenant. Le SIINB demande donc que soit créée une table ronde provinciale formée de représentants du gouvernement, des syndicats, de Travail sécuritaire NB, de l'AFSNB et des employeurs de foyers de soins. La table ronde serait chargée de revoir et d'aborder les données ou le manque de données sur les agressions physiques, la violence et les agressions sexuelles dans le secteur des soins de santé, de revoir les pratiques exemplaires et d'établir un libellé commun pour les politiques ou les conventions collectives qui fournit une réponse globale à ces tendances au Nouveau-Brunswick.

De façon distincte, mais selon un échéancier tout aussi urgent, les discussions avec le gouvernement du Canada sur la criminalisation des agressions envers les travailleurs de la santé doivent se poursuivre. L'adoption de cette importante mesure législative au niveau fédéral constituerait un moyen de dissuasion face aux niveaux de violence accrus et changerait peu à peu les attitudes de la société devenues trop souples sur cette question au cours des dernières années.

À l'échelle provinciale, le ministère responsable devrait exiger que les foyers de soins présentent un suivi de la violence au travail dans le cadre de leur inspection annuelle. Il devrait émettre des avis de non-conformité à ceux qui n'effectuent pas leurs évaluations annuelles de la violence au travail avant la fin de l'année.

Le gouvernement devrait exiger que les foyers de soins adoptent des indicateurs de rendement clés normalisés, y compris des indicateurs liés à la violence au travail, devant être revus chaque trimestre par leurs conseils d'administration. Comme le font les régies de la santé au Nouveau-Brunswick, ces indicateurs liés à la violence viseraient d'abord à accroître la présentation de rapports sur les agressions verbales et physiques dans chaque foyer de soins et cibleraient éventuellement la réduction du nombre d'incidents violents lorsque toutes les parties seront convaincues que le taux de rapports soumis est acceptable.

La surveillance du nombre total d'incidents violents visera à faire en sorte que les foyers de soins cessent de percevoir la violence au travail dans une optique strictement financière. Ces indicateurs devraient par la suite être publiés chaque trimestre sur le site Web destiné au public de chaque foyer de soins. Le personnel jouera un rôle essentiel dans cet effort en veillant à ce que chaque incident soit signalé par les voies appropriées. Les employeurs doivent alors s'assurer que ces procédures ne subissent pas les contrecoups des charges de travail excessives actuelles du personnel.

Tous les foyers de soins au Nouveau-Brunswick devraient aussi adopter des évaluations du signalement de la violence devant être remplies lors du processus d'accueil de chaque résident. En plus d'être une partie évidente des obligations de chaque employeur prévues dans la *Loi sur l'hygiène et la sécurité au travail*, ces types de procédures sont déjà utilisés pour les patients atteints de démence ou nécessitant des soins de longue durée dans les hôpitaux du Nouveau-Brunswick. Il est illogique d'utiliser une norme moins rigoureuse seulement parce que les soins d'un patient ont été transférés d'un établissement à un autre. Un grand nombre de foyers de soins au Nouveau-Brunswick utilisent déjà de tels systèmes de protection de façon ponctuelle. Cette utilisation devrait être normalisée dans la province.

En raison des taux de démence élevés et sans cesse croissants au Nouveau-Brunswick, on pourrait peut-être aussi envisager de doter chaque foyer de soins d'une unité d'évaluation du comportement pour isoler et évaluer les résidents très agités. Ces unités sont ajoutées progressivement dans les foyers de soins en Nouvelle-Écosse.

La violence qui est omniprésente dans les secteurs de soins de santé au Nouveau-Brunswick n'est pas apparue du jour au lendemain. Elle résulte d'une permissivité rampante, d'un manque de détermination, de changements d'attitude de la société et d'une conviction erronée que la violence verbale, l'agression, la violence corporelle ou la violence sexuelle font partie de la vie dans un milieu de soins de longue durée. Ils ne vont pas de soi et ne devraient jamais aller de soi. Les II du Nouveau-Brunswick en ont assez. Rien de cela ne fait partie de leur travail. Chaque intervenant doit prendre au sérieux les recommandations du présent rapport et contribuer à apporter les changements nécessaires pour inverser ces tendances le plus tôt possible.

# Sommaire des rapports provinciaux

Comme il est mentionné dans l'introduction, seize rapports sur le vieillissement et les soins aux aînés au Nouveau-Brunswick ont été publiés depuis 2004. Certains ont reçu une plus grande couverture médiatique que d'autres. Aucun n'est parvenu à changer considérablement l'orientation du secteur. Aucun n'a vraiment pris en considération des questions et des mises en garde déjà formulées.

Figure 35

Année	Rapports sur le vieillissement et les soins des aînés au Nouveau-Brunswick
2004	Rapport du vérificateur général sur les Services des foyers de soins
2005	Rapport du vérificateur général sur les foyers de soins spéciaux et les résidences communautaires
2009	Rapport du vérificateur général concernant le ministère du Développement social et le ministère de l'Approvisionnement et des Services (Shannex)
2012	Collectif pour le vieillissement en santé et soins
2012	Vivre en santé et bien vieillir : Un rapport du Groupe d'experts du premier ministre sur les aînés
2014	Rapport D'abord chez soi
2014	Stratégie du mieux-être du Nouveau-Brunswick
2015	Points de vue sur les soins aux aînés
2015	Engagement des aînés : séances d'engagement des aînés au Nouveau-Brunswick
2015	Document stratégique de l'AFSNB : Tracer un parcours novateur pour les soins de longue durée
2015	Sommet sur les niveaux de soins alternatifs
2016	Rapport de la vérificatrice générale sur les foyers de soins
2017	Rapport de la vérificatrice générale sur les contrats de services consultatifs du ministère du Développement social
2017	Sondage sur le recrutement et la rétention des employés dans les foyers de soins de l'AFSNB
2017	Rapport de consultation du secteur des foyers de soins sur l'élaboration de la Loi sur les soins de longue durée de l'AFSNB
2017	Se tenir ensemble : Une stratégie sur le vieillissement pour le Nouveau-Brunswick

Sources : (Nouveau-Brunswick, 2017a; VGNB 2004-17; AFSNB 2015-17)

Dans le cadre des recherches pour *La génération oubliée*, le SIINB a étudié ces seize documents et formé quatre secteurs de discussion. Nous résumerons d'abord les conclusions et les préoccupations du Bureau du vérificateur général du Nouveau-Brunswick et les rapports qu'il a publiés au cours des seize dernières années.

Nous aborderons ensuite la dernière tentative du gouvernement de commander un document d'orientation sur ses efforts dans ce secteur, en examinant le rapport de 2017 du Conseil sur le vieillissement du Nouveau-Brunswick. Enfin, nous examinerons les deux derniers rapports publiés par les foyers de soins du Nouveau-Brunswick par l'entremise de l'AFSNB, avant de nous intéresser à la *Loi sur les foyers de soins* du Nouveau-Brunswick, et à son importance pour les futures réformes.

## Rapports du vérificateur général du Nouveau-Brunswick

S'il existe un moindre doute quant à savoir depuis combien de temps les problèmes que nous avons soulevés dans *La génération oubliée* sont connus des décideurs au Nouveau-Brunswick, il suffit de jeter un coup d'œil aux extraits suivants du Rapport du vérificateur général sur les Services des foyers de soins de 2004.

**4:15** Les pratiques du ministère des Services familiaux et communautaires ne sont pas suffisantes pour vérifier si les foyers de soins titulaires d'un permis respectent les mesures législatives provinciales visant les foyers de soins.

**4:16** Des infirmières immatriculées effectuent des inspections complètes de tous les foyers de soins afin de mesurer la conformité aux normes d'exploitation. Nous avons constaté que la fréquence des inspections n'est ni uniforme ni adéquate, et le rapport d'inspection n'est pas toujours rédigé en temps opportun.

**4:17** Bien qu'un suivi des résultats d'inspection soit fait et qu'il résulte parfois dans la correction rapide de la source d'infraction, nous avons constaté que les mesures d'exécution du ministère sont insuffisantes. Il s'ensuit que la non-conformité aux normes est très répandue, et il est rare que l'inspection montre que le foyer de soins respecte toutes les normes (VGNB, 2004).

Un an plus tard, le Bureau du vérificateur général est arrivé à peu près à la même conclusion concernant les foyers de soins spéciaux au Nouveau-Brunswick (VGNB, 2005). Pendant que le leadership politique du Nouveau-Brunswick cherchait désespérément à affronter les défis d'une population vieillissante, le vérificateur général se préoccupait de plus en plus du fait que ce sentiment de désespoir menait à des décisions infondées. Comme nous l'avons abordé dans le bref historique, le gouvernement du premier ministre Shawn Graham a pris la mesure sans précédent d'autoriser les sociétés privées à intégrer le secteur des soins de longue durée au Nouveau-Brunswick, en invoquant des pouvoirs spéciaux. Ces mesures ont inquiété le vérificateur général alors en poste à un point tel qu'il a consacré un rapport spécial à la question et formulé des recommandations qui ont, pour la plupart, été ignorées par le gouvernement.

Une des recommandations clés de ce rapport était que le gouvernement définisse ce qui constitue une « situation d'urgence » qui justifie une dispense des contrats d'approvisionnement et ententes de services. La réponse du Ministère était très discutable.

**5.38** Le personnel de la section de l'acquisition du MAS comprend bien ce en quoi consistent une situation d'urgence et une situation de grande urgence. Bien que, en théorie, une définition consignée par écrit soit l'idéal, nous sommes d'avis qu'il ne serait pas faisable de rédiger une définition qui couvre tous les scénarios possibles (VGNB, 2009).

Le but même de la définition d'une politique est de limiter les situations dans lesquelles le pouvoir du gouvernement peut être exercé. Les pouvoirs spéciaux n'ont jamais été censés s'appliquer à « tous les scénarios » ni ne devraient l'être. Comme nous l'avons vu précédemment, la liste d'attente pour des lits dans les foyers de soins a augmenté de plus de 1000 % depuis 2004, semant un grand doute que le gouvernement Graham faisait réellement face à une « situation d'urgence » à l'époque ou que la solution choisie a vraiment résolu le problème. La question des patients nécessitant un ANS dans les hôpitaux posait encore un énorme défi en 2020 qu'elle a été à l'origine d'une tempête politique qui a failli renverser le gouvernement du premier ministre Blaine Higgs. *La génération oubliée* soutient, avec raison, que l'introduction d'un motif de profit dans le secteur des soins de longue durée au Nouveau-Brunswick était une grave erreur. Ces pratiques d'approvisionnement inhabituelles sont aussi préoccupantes en raison des précédents qu'elles créent. En 2017, la vérificatrice générale a consacré un rapport complet à l'utilisation par le ministère du Développement social d'une dispense semblable en vue d'acheter des « services consultatifs » d'une valeur de 13 millions de dollars. Ce contrat de services consultatifs qui, selon la vérificatrice générale, « n'a pas protégé convenablement les intérêts de la province » a généré seulement 10 millions de dollars en économies (VGNB, 2017). Les pouvoirs spéciaux sont censés s'appliquer aux situations d'urgence réelles.

Le Rapport sur les foyers de soins de 2016 est de loin le mieux structuré et le plus pertinent des rapports récents de la vérificatrice générale concernant ce secteur. Dans ce rapport, la vérificatrice générale, Kim MacPherson, formule trois recommandations visant les défis clés d'un secteur qui devenait vite intenable.

Figure 36

## Recommandations au gouvernement dans le Rapport de la vérificatrice générale de 2016

2.33 Nous recommandons que le ministère du Développement social évalue s'il y a un avantage économique de fournir des lits en foyers de soins selon le modèle public-privé par rapport au modèle traditionnel.

2.70 Nous recommandons que le ministère du Développement social, en consultation avec le ministère de la Santé, élabore un plan global à long terme afin de s'assurer que la province peut continuer à fournir des services durables aux personnes âgées du Nouveau-Brunswick.

2.71 Nous recommandons également que le Ministère rende publics les mesures et les résultats des initiatives actuelles et futures dans le cadre du plan global à long terme.

Source : (VGNB, 2016)

Notre revue de la littérature et notre enquête sur la gouvernance montrent clairement que le Nouveau-Brunswick a encore beaucoup à faire sur la question de transparence et de production de rapports destinés au public. En 2017, le gouvernement a tenté de donner suite à la troisième recommandation de la vérificatrice générale, la création d'un plan global sur les soins de longue durée, en ne tenant aucunement compte de son travail.

## Stratégie sur le vieillissement pour le Nouveau-Brunswick

En janvier 2017, le Conseil sur le vieillissement du Nouveau-Brunswick a publié son rapport intitulé *Se tenir ensemble : Une stratégie sur le vieillissement pour le Nouveau-Brunswick*. Relevant de la ministre du Développement social, le Conseil était alors composé de 17 citoyens du Nouveau-Brunswick de différents milieux qui avaient tous participé à des discussions sur le vieillissement dans la province. Le rapport a fait l'objet d'une grande couverture médiatique lors de sa parution. Il a toutefois fallu attendre neuf mois avant que le gouvernement Gallant accepte les recommandations du rapport et procède à la mise en œuvre des 77 « mesures de suivi » (Nouveau-Brunswick, 2017d). La mise en œuvre de ces mesures de suivi dépendrait largement de l'importance que le gouvernement accorderait à la principale recommandation du Conseil de créer un comité de surveillance qui ferait rapport, de manière continue, sur les progrès réalisés.

Le gouvernement Gallant a toutefois le mérite d'avoir consacré des ressources à cette question. Après avoir accepté le rapport, il a établi le Secrétariat des aînés et du vieillissement en santé qui relève de l'Unité du soutien des Services aux clients adultes du ministère du Développement social (Nouveau-Brunswick, 2020e). Le Secrétariat est dirigé par un chef d'équipe appuyé par trois employés (Nouveau-Brunswick, 2020f). La tâche à accomplir était énorme.

Figure 37 : Nuage de mots de la taxonomie de Bloom des recommandations du Conseil sur le vieillissement (traduction non disponible)



Source : (Nouveau-Brunswick, 2017a)

Sur le plan pédagogique, l'outil Taxonomie de Bloom aide les étudiants et étudiantes à comprendre les ensembles de compétences dont ils auront besoin pour accomplir différentes tâches (Sosniak, 1994). La figure 37 montre un nuage de mots de divers types de tâches que demande le Conseil dans ses 77 mesures de suivi. La variété même des tâches et des compétences requises représenterait un immense défi pour quatre fonctionnaires mais, en théorie du moins, le Secrétariat n'a pas été créé pour accomplir seul ces tâches.

Bon nombre des recommandations du rapport du Conseil étaient très vagues, comme nous le verrons sous peu. La tâche de les transformer en une politique efficace devait être appuyée par une table ronde provinciale permanente ayant pour objet de fournir des conseils et d'assurer une surveillance continue.

C'est ici que ce processus, comme bien d'autres auparavant, a commencé à s'effriter. Du groupe initial de 17 membres ayant participé à la rédaction du rapport, on s'attendait à ce qu'il en reste environ douze pour superviser la phase de mise en œuvre.

La table ronde provinciale est plutôt rapidement devenue un groupe de plus de 70 personnes se réunissant une ou deux fois par année. Les co-auteurs du rapport se sont retirés du processus. Il semble que la table ronde n'existe plus, du moins sous sa forme actuelle (Nouveau-Brunswick, 2020g).

---

## ENTREVUES AVEC DES PERSONNES INFLUENTES

*Si nous pouvons offrir les services dont les aînés ont besoin pour vieillir chez eux, je crois sincèrement que nous pouvons retarder leur admission dans notre système de soins de longue durée. Pour ce faire, les ressources sont essentielles.*

- D<sup>RE</sup> SUZANNE DUPUIS-BLANCHARD

---

Sans orientation ni surveillance, les quatre employés du Secrétariat des aînés et du vieillissement en santé ont hérité de recommandations qui, au mieux, pouvaient être désignées comme étant de haut niveau. Certaines visaient le rôle d'autres ministères ou d'autres unités du ministère du Développement social, certaines pouvaient facilement être décrites comme les tâches quotidiennes du gouvernement, et quelques-unes comportaient le type de résultats mesurables qui assureraient la responsabilisation.

Figure 38

### Exemples de recommandations de haut niveau du Rapport du Conseil sur le vieillissement

Explorer des pratiques exemplaires liées aux soins autogérés.

Encourager les aînés à devenir membres d'organisations sans but lucratif.

Encourager l'adoption d'attitudes positives à l'égard du vieillissement et des aînés.

Source : (Nouveau-Brunswick, 2017a)

Figure 39

### Recommandations raisonnablement décrites comme le rôle quotidien du gouvernement

Mobiliser les collectivités des Premières Nations pour mettre en commun des pratiques exemplaires.

Surveiller et faciliter la conformité des fournisseurs de service à la *Loi sur les langues officielles*.

Étudier toutes les possibilités de faire avancer les objectifs du gouvernement intelligent et d'appuyer la prestation efficace des services.

Source : (Nouveau-Brunswick, 2017a)

En l'absence d'un comité de surveillance efficace pour combler les lacunes et faire rapport sur les progrès du Secrétariat, la dynamique créée par les efforts du Conseil a faibli. Aux fins du présent rapport, le SIINB a revu les 57 communiqués affichés sur le site Web du Secrétariat du vieillissement en 2018. À l'aide de généreux critères, seulement quatre des communiqués pouvaient supposer un lien avec les recommandations du rapport du Conseil de 2017. En 2019, le Secrétariat a affiché seulement deux communiqués qui concernaient tous deux la recherche sur le vieillissement annoncée par le gouvernement fédéral l'année précédente.

Le but de la stratégie du Conseil a toujours été de réorienter le Nouveau-Brunswick vers le vieillissement en santé et les soins aux aînés axés sur la collectivité. Comme l'explique Dre Suzanne Dupuis-Blanchard, une des co-auteurs du rapport du Conseil, dans le cadre des entrevues avec des informateurs clés, ce travail se poursuivra, même sans l'appui de l'organisme de surveillance qu'elle et ses collègues ont demandé. Mais qu'en est-il des aînés vulnérables du Nouveau-Brunswick qui reçoivent des soins en établissement? Le rapport du Conseil mentionne les foyers de soins dans la section sur le renouvellement de la politique relative aux soins de longue durée.

Figure 40

### Recommandations du Conseil sur le vieillissement pour les foyers de soins du Nouveau-Brunswick

Réviser les mesures législatives.

Améliorer les systèmes d'inspection.

Accroître la responsabilisation des foyers de soins.

Améliorer la gouvernance des foyers de soins.

Améliorer les systèmes de données et de tenue de dossiers électroniques tels RAI-LTCF.

Inclure les infirmières et infirmiers praticiens.

Source : (Nouveau-Brunswick, 2017a)

Un grand nombre de ces idées se trouvent aussi dans les recommandations du SIINB mais de façon beaucoup plus précise. Dans les secteurs où les idées du Conseil sur les foyers de soins portent sur des points spécifiques, l'absence du point de vue des travailleurs est très évidente, surtout dans les propositions de nouvelles mesures législatives, dont plusieurs proviennent directement des pages de la politique de l'AFSNB, que nous verrons sous peu. Comme on peut s'y attendre, ces propositions ne nécessitent pas une solution législative au problème que même l'AFSNB et ses membres reconnaissent librement être le plus urgent – la très grave pénurie de main-d'œuvre qui entraîne une diminution des ratios en personnel et des soins à des niveaux non sécuritaires.

Si le Conseil a commis l'erreur de se fier principalement aux recommandations de haut niveau et aux travaux ultérieurs d'un comité de surveillance qui n'a pas encore été créé, nous ne répétons pas la même erreur dans *La génération oubliée*. Les 38 recommandations du présent rapport sont fondées sur des recherches approfondies, des enquêtes indépendantes, des dizaines de demandes d'accès à l'information, des entrevues et l'examen de plus de 120 sources primaires et secondaires. Chaque recommandation est très réalisable et appuyée par des données probantes. Le SIINB ne laisserait pas non plus la responsabilisation à d'autres. Il prévoit soumettre au gouvernement une fiche de rendement sur ces recommandations, au plus tard en 2023.

## Rapports de l'Association des foyers de soins du Nouveau-Brunswick

D'importants aspects des rapports de l'AFSNB en 2017 se trouvent dans nos enquêtes sur la gouvernance et la pénurie de personnel infirmier. Toutefois, vu le rôle important de l'AFSNB dans les affaires du secteur, il est important de revoir l'ensemble des rapports qu'elle a rédigés et de comprendre les points de vue des foyers de soins sur les défis dans le secteur des soins de longue durée au Nouveau-Brunswick.

Comme nous l'avons vu, les foyers de soins du Nouveau-Brunswick savent qu'ils sont confrontés à une grave pénurie de main-d'œuvre, d'après le *Sondage sur le recrutement et la rétention de 2017* mené par l'Association. Les résultats du sondage montrent clairement que les foyers de soins du Nouveau-Brunswick comprennent l'ampleur et la portée des défis en matière de dotation auxquels ils font face, ainsi que le coût économique et de la qualité des soins que ces défis imposent. Plus particulièrement, le taux de roulement chez les II en 2017 était consternant, soit de 27 % (AFSNB, 2017a).

Il faut toutefois reconnaître que certains foyers de soins adoptent une démarche proactive, en prenant contact avec les collèges communautaires et en appuyant les efforts visant à accroître le nombre de placements professionnels pour étudiants et étudiantes dans le secteur des soins de longue durée, ce qui est une des recommandations du SIINB. Cependant, il suffit d'examiner le second des deux rapports de l'AFSNB pour bien comprendre comment les foyers de soins réagissent à ces pressions et à d'autres pressions.

En 2017, l'AFSNB a aussi publié son *Rapport de consultation du secteur des foyers de soins sur l'élaboration de la Loi sur les soins de longue durée*. Même si le rapport présente une gamme de points de vue, son but principal est de s'assurer que l'opinion des foyers de soins membres de l'AFSNB soit entendue lors des révisions de la *Loi sur les foyers de soins*. Ce document ayant pour but d'exercer une influence sur les mesures législatives, il est en grande partie axé sur la relation entre les foyers de soins et le gouvernement. Nous avons fait ressortir plusieurs tendances préoccupantes dans ce domaine pendant notre enquête sur la gouvernance. L'AFSNB semble aussi comprendre que le gouvernement est confronté à des défis concernant le contrôle de la qualité.

Il y a environ 10 ans, le financement associé à un programme de gestion complète de la qualité pour les foyers de soins a pris fin. Ce programme provincial était utilisé par tous les foyers de soins et favorisait la mise en place d'une approche systématique touchant l'amélioration du processus d'assurance de la qualité. Au fil du temps, suite à l'élimination du financement, l'approche systémique a disparu (AFSNB, 2017b).

De telles affirmations montrent clairement que la communauté des foyers de soins est réellement sensibilisée à un grand nombre des mêmes tendances alarmantes qui sont soulignées dans le rapport du SIINB. Toutefois, les discussions sur les réformes spécifiques provoquent une inquiétante divergence d'opinions.

Malgré ses nombreux points forts, l'AFSNB est simplement un organisme représentant 68 foyers de soins, qui sont tous gérés par leurs propres conseils bénévoles ou leaderships organisationnels et qui ont des idées différentes de la responsabilisation, de la sécurité, de la dotation et du rôle du gouvernement. Même si le rapport tente vraiment de présenter une image unie, il est difficile de dissimuler la diversité des opinions au sein des conseils et chez les gestionnaires des foyers de soins. Cette diversité pose un problème car un des principaux thèmes du rapport est de réclamer une plus grande autonomie des foyers de soins.

À de multiples reprises, dans le rapport de consultation, il y a des opinions contradictoires sur le rôle du gouvernement exprimées par des dirigeants de foyers de soins.

Sur une même page du rapport, des intervenants soulèvent des préoccupations concernant l'uniformité dans l'application des normes par le gouvernement dans différents foyers de soins, et d'autres préconisent des inspections plus flexibles « axées sur le risque ». Le rapport soutient que les résidents devraient avoir le droit de « recevoir des soins offerts par des employés qualifiés », tout en exprimant des idées telles :

Le gouvernement doit réagir à la réalité des foyers de soins et cesser d'accorder des « non-conformités » lorsqu'une IA est sur appel en soirée et qu'une IAA est responsable. Il n'est pas raisonnable de s'attendre à ce que le directeur des soins dorme au foyer de soins (AFSNB, 2017b).

Les membres de l'AFSNB ne forment pas un front uni dans ce rapport puisque quelques questions seulement font l'unanimité chez les 68 foyers de soins sans but lucratif et privés du Nouveau-Brunswick, mis à part celle que la plupart des décisions devraient relever d'eux. La plus grande faille du rapport se trouve dans ces contradictions. Malgré l'acquiescement occasionnel relatif à la surveillance, le thème central du rapport est la décentralisation. Son but n'est pas d'inclure des normes plus rigoureuses dans la loi mais de s'assurer que, dans la mesure du possible, les décisions sont prises par chacun des foyers de soins membres de l'AFSNB. Si le rendement de chaque foyer de soins pouvait faire l'objet d'un suivi aussi publiquement et facilement qu'en Angleterre et en Ontario, ces positions pourraient sembler plus raisonnables. Nous savons toutefois, d'après notre examen de la collecte des données, que ce n'est pas le cas. Le rapport se termine comme suit :

Si l'accent est placé sur l'entreprise, la mission philanthropique aura des difficultés et le modèle axé sur la personne deviendra improbable. C'est également vrai lorsque l'accent placé sur les soins dépasse la capacité d'affaires qui menace aussi le modèle axé sur la personne en raison d'activités non viables. Encore une fois, si les exigences de la surveillance bureaucratique et réglementaire épuisent la capacité organisationnelle, le modèle axé sur la personne ne sera pas atteint (AFSNB, 2017b).

« ...lorsque l'accent placé sur les soins dépasse la capacité d'affaires... » Un tel raisonnement doit cesser. La prestation des soins aux aînés les plus vulnérables au Nouveau-Brunswick n'est pas une mission philanthropique. Elle ne devrait certainement pas être une entreprise à but lucratif. Il s'agit, à tous les points de vue, d'une entreprise de prestation de soins de santé exigeant le même professionnalisme et les mêmes normes de soins que les autres. Le principe directeur à la base de toute réforme future doit être de réaffirmer cette vérité simple et évidente. Comme nous le verrons maintenant, un grand nombre des solutions résident dans la mesure législative que les foyers de soins du Nouveau-Brunswick ont cherché à éviter.

## Règlement provincial : *Loi sur les foyers de soins et politique ministérielle*

Notre revue de la littérature montre clairement que les solutions législatives sont importantes dans des domaines tels la réduction de la violence et la production de rapports destinés au public. Toutefois, la question la plus cruciale à aborder sous le régime d'une loi est les ratios II-résidents. La *Loi sur les foyers de soins* au Nouveau-Brunswick, qui est entrée en vigueur en 1982, a fait l'objet de nombreuses révisions qui visaient, pour la plupart, à renforcer le pouvoir du gouvernement provincial sur le secteur. Malheureusement, peu d'entre elles portaient sur les niveaux de dotation sécuritaires.

La Loi ne contient rien de substantiel sur la question, abordant un grand nombre de ces préoccupations particulières dans son règlement d'application. L'article 18 du règlement est ce qui se rapproche le plus des garanties qu'ont les Néo-Brunswickois quant aux niveaux de soins dans un foyer de soins du Nouveau-Brunswick.

**18** L'exploitant d'un foyer de soins doit veiller à ce que :

- a) dans les foyers de soins d'une capacité de trente lits ou plus, les soins de chaque pensionnaire soient dispensés par une infirmière ou un infirmier enregistré ou sous sa surveillance selon les ordres du médecin de service ou de l'infirmière praticienne,
- b) dans les foyers de soins d'une capacité de trente lits ou plus, au moins une infirmière ou un infirmier enregistré soit de garde sur les lieux en tout temps,
- c) en plus d'une infirmière ou d'un infirmier enregistré mentionné à l'alinéa a), le personnel de soins est en service en tout temps en proportions suffisantes (*Loi sur les foyers de soins*, 2014).

Ce règlement pris en 2002 prévoit une norme minimale d'un ou d'une II de garde dans les foyers de soins en tout temps. Cette norme minimale doit servir de filet de sécurité, non d'une ligne directrice pour les niveaux de dotation quotidiens. Pourtant, c'est essentiellement ce qu'un grand nombre de foyers de soins font en pratique. Comme nous l'avons vu dans la discussion sur les combinaisons de compétences et la dotation sécuritaire, les ratios en personnel exigés par le Ministère sont la seule chose actuellement qui empêche un foyer de soins de fonctionner constamment avec un nombre minimal d'II, mais ces ratios en personnel ne sont pas précisés dans le règlement. En fait, c'est le ministère du Développement social qui, dans ses lettres annuelles sur la combinaison des compétences, informe les foyers de soins des ratios en personnel qu'ils doivent respecter. Il incombe alors aux foyers de soins de s'y conformer. Comme l'a révélé notre enquête sur la gouvernance, un grand nombre de foyers de soins ne le font pas.

La dotation en personnel infirmier professionnel est un des plus importants indicateurs de la santé et du mieux-être des résidents des établissements de soins de longue durée, mais ces niveaux de dotation ne sont consignés nulle part par écrit, en dehors des notes de service ministérielles. C'est préoccupant puisque le statu quo permet à n'importe quel ministère de réécrire les normes ou même les règlements, sans trop en aviser ou consulter le public.

Comme nous l'avons indiqué, tout porte à croire que les ratios en personnel minimaux et les heures de soins fixées par le Ministère ne sont pas respectés pour diverses raisons. Les entrevues avec des II membres du SIINB, et les recherches effectuées par le SIINB ont validé ces préoccupations. Compte tenu de ces tendances, il importe que le gouvernement inclue des normes de dotation basées sur des données probantes dans le libellé de la *Loi sur les foyers de soins*, afin que seule une mesure législative puisse affaiblir davantage les normes, face aux défis grandissants au Nouveau-Brunswick.

# Sondage du SIINB auprès des membres

En 2020, 505 II syndiqués travaillaient dans les foyers de soins au Nouveau-Brunswick. Leur pensée critique, leur formation, leur aptitude à la gestion, leur empathie et leur approche globale sont essentielles au mieux-être de près de 4 700 résidents. Ils ont une perspective unique dans les foyers de soins et une autorité morale qu'on retrouve dans peu d'autres professions. Dans le cadre des sondages du SIINB, les II travaillant dans le secteur des soins de longue durée de la province se prononcent sur les mesures et les normes moins rigoureuses qu'ils constatent : niveaux de dotation non sécuritaires, plus grande acuité de l'état des résidents et niveaux plus élevés de violence au travail. Deux sondages ont été menés en ligne (sur invitation sécurisée) pendant l'hiver en 2018 et 2019. En 2018, 134 II, ce qui représente environ 27 % des membres du SIINB travaillant dans les foyers de soins, ont répondu au sondage. En 2019, le nombre de répondants était de 58, soit environ 12 % des membres.

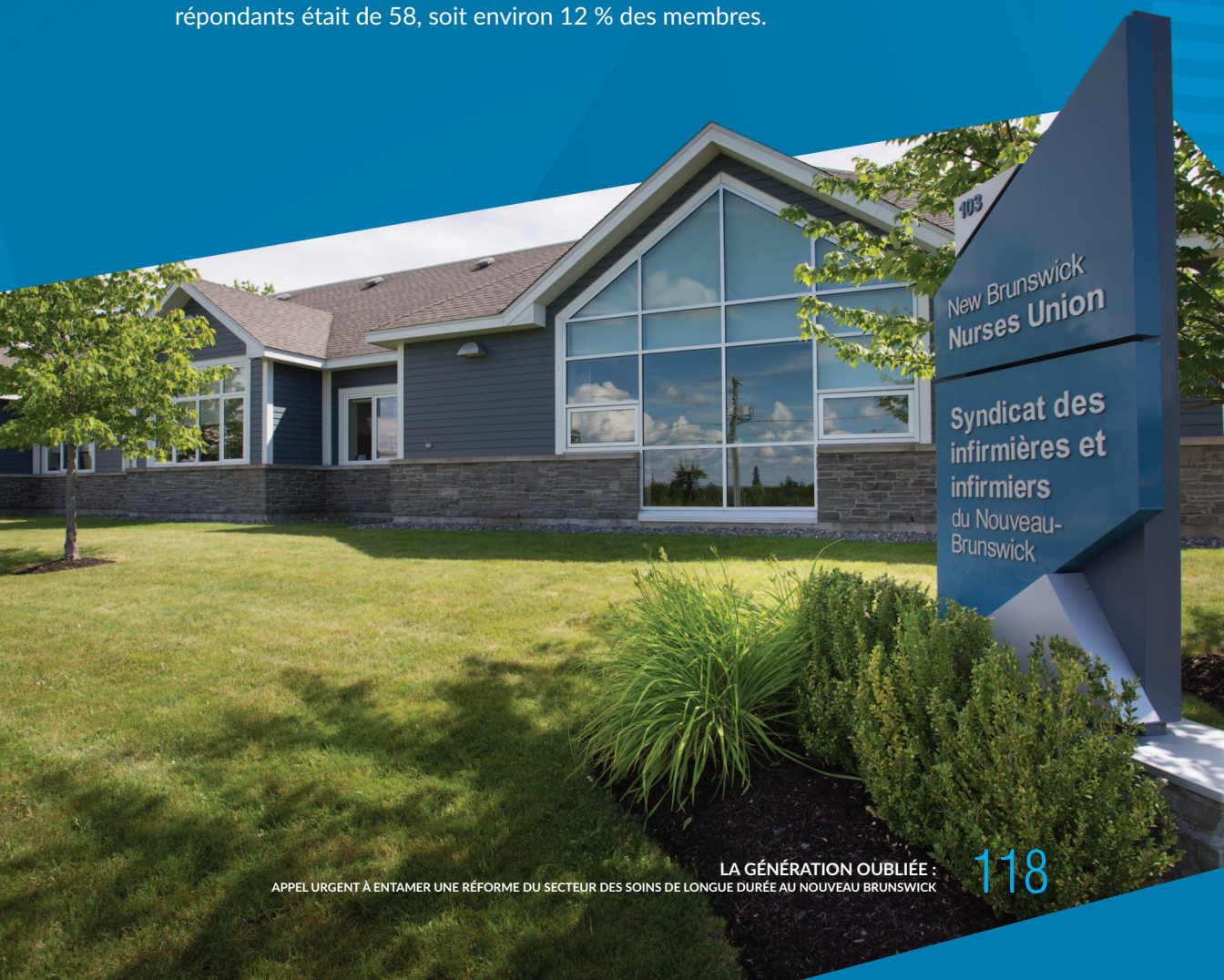
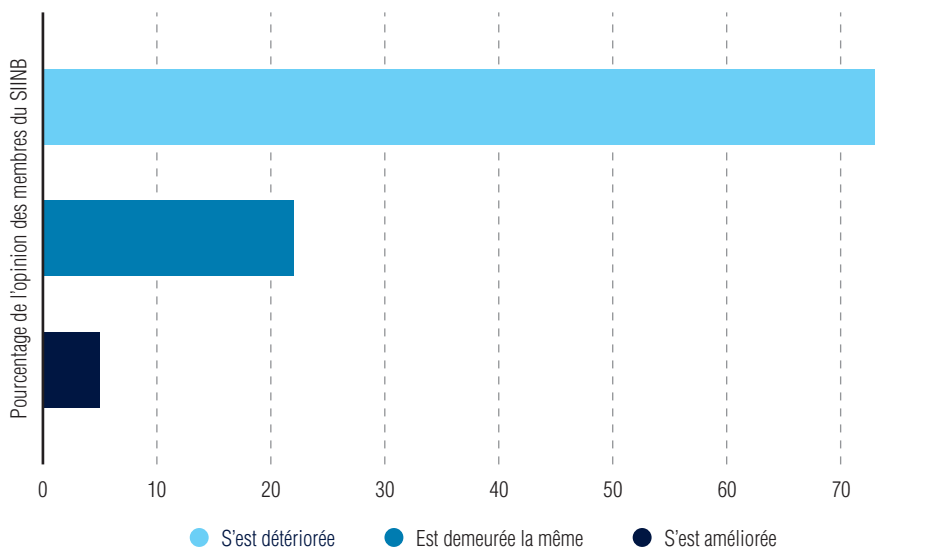


Figure 41 : Détérioration de la qualité des soins aux résidents

**Indiquez si, selon vous, la qualité des soins offerts aux résidents de votre établissement s'est améliorée ou détériorée au cours des trois à cinq dernières années?**

(Sondage auprès des membres - 2019)

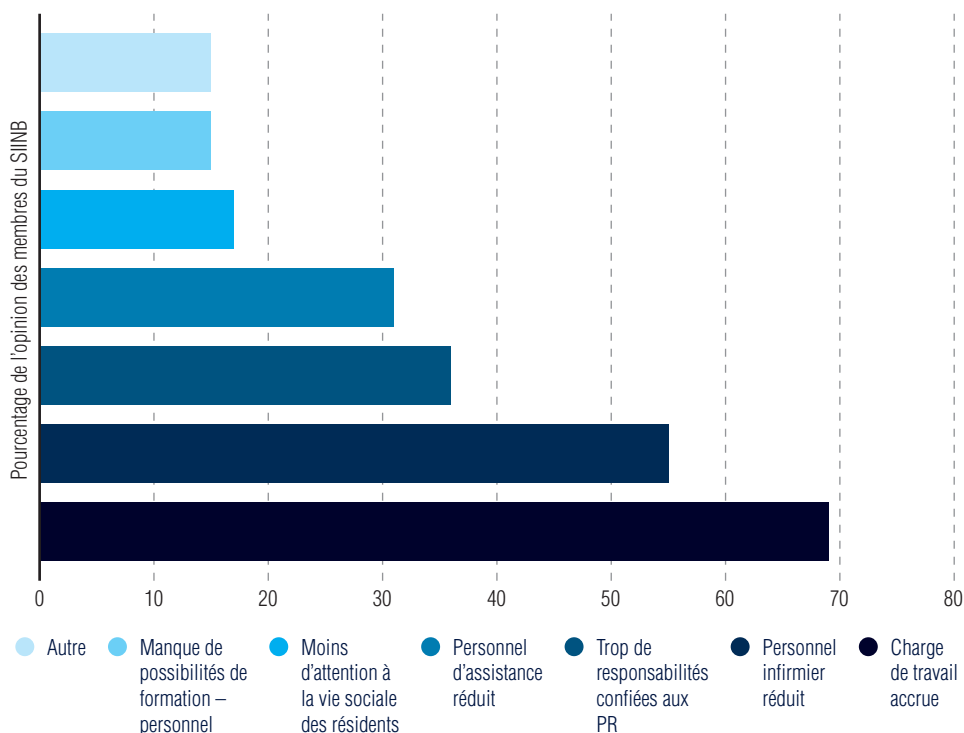


Près des trois quarts (73 %) des membres du SIINB sondés ont indiqué que la qualité des soins offerts dans leurs foyers de soins s'est détériorée au cours des trois à cinq dernières années. Seulement 5 % pensent que la qualité des soins aux résidents s'est améliorée.

Figure 42 : Facteurs ayant contribué à une baisse de la qualité des soins

## Quels sont les trois principaux facteurs qui ont le plus contribué à une baisse de la qualité des soins dans votre établissement?

(Sondage auprès des membres - 2019)

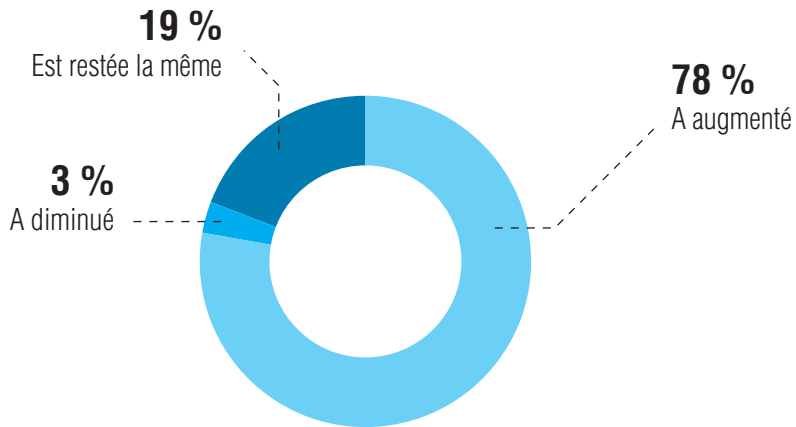


En réponse à la question sur les principales causes de cette baisse de la qualité des soins, plus des deux tiers des membres (69 %) ont indiqué les charges de travail accrues des II.

Proportionnellement, une majorité (55 %) des membres estimait que le manque d'II dans leurs établissements était la principale cause de cette baisse, et plus du tiers (36 %) pensaient que trop de responsabilités étaient confiées aux PR non réglementés.

Figure 43 : Acuité de l'état des résidents

**Est-ce que l'acuité des résidents a augmenté, a diminué  
ou est restée la même au cours des trois à cinq dernières années?**  
(Sondage auprès des membres - 2019)

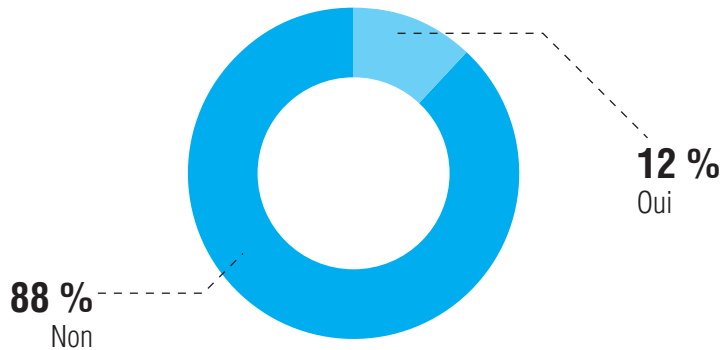


Les 11 membres du SIINB ont été très clairs au sujet de l'acuité de l'état des résidents dans les foyers de soins au Nouveau-Brunswick. Près des quatre cinquièmes (78 %) des membres du SIINB sondés estimaient que l'acuité de l'état des résidents de leurs foyers de soins s'était accrue au cours des trois à cinq dernières années.

Figure 44 : Manque de personnel

### Est-ce que les niveaux de dotation de base sont adéquats dans votre milieu de travail?

(Sondage auprès des membres - 2018)

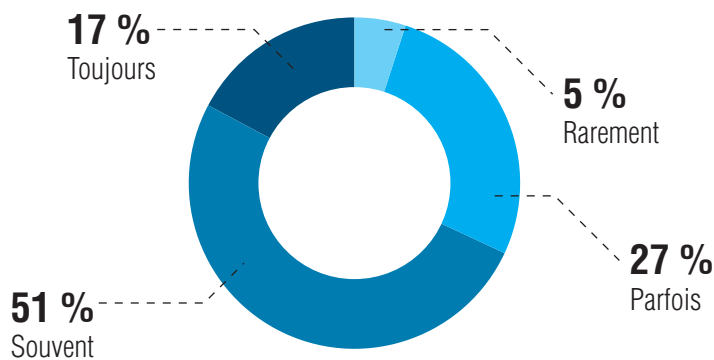


La très grande majorité des membres du SIINB estimaient que la dotation en personnel dans leurs foyers de soins est une préoccupation extrême. Près des neuf dixièmes (88%) des Il sondés ont indiqué que les niveaux de dotation dans leurs foyers de soins étaient inadéquats; un problème qui a un lien direct avec la sécurité des résidents.

Figure 45 : Manque de personnel

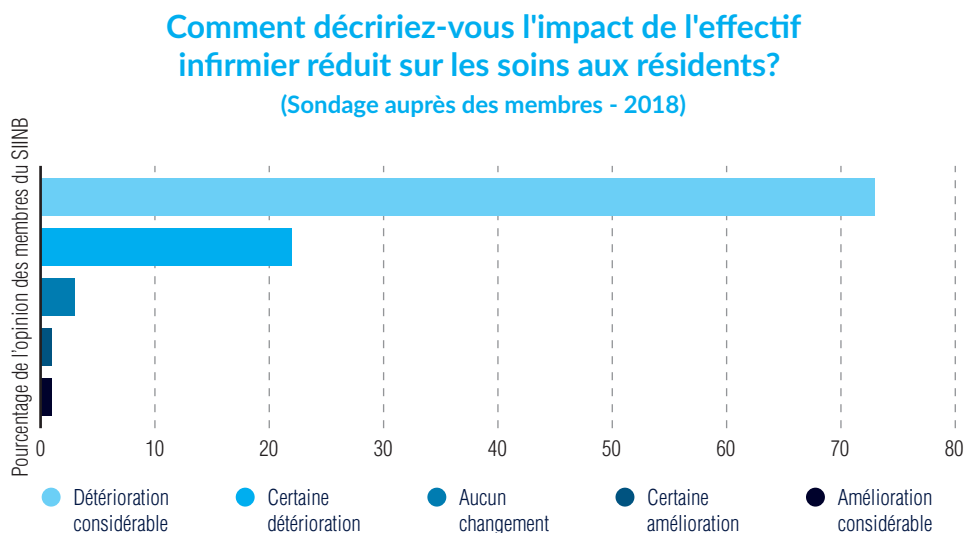
### Combien de fois votre établissement fonctionne-t-il avec un niveau de dotation inférieur au niveau de base?

(Sondage auprès des membres - 2018)



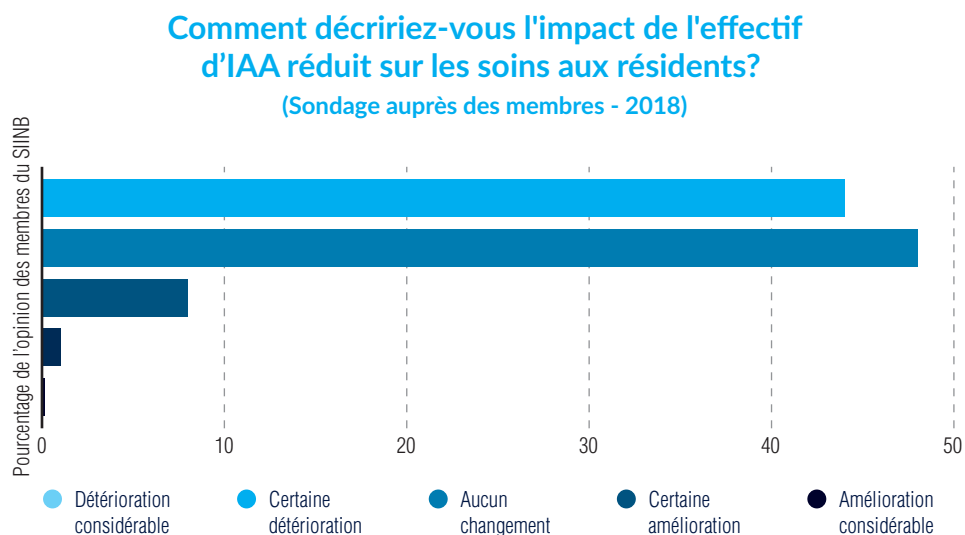
Quant à la régularité de ces problèmes de dotation, les résultats du sondage du SIINB auprès des membres ne sont pas plus encourageants. Selon plus des deux tiers (68 %) des Il sondés, leurs foyers de soins fonctionnaient souvent ou toujours avec un niveau de dotation inférieur au niveau de base.

Figure 46 : Effectif infirmier réduit



En examinant davantage la détérioration de la qualité des soins, la relation de cause à effet est encore plus évidente. Presque tous les membres du SIINB sondés (95 %) ont indiqué que les réductions de l'effectif infirmier avaient entraîné une détérioration de la qualité des soins aux résidents. Près des trois quarts (73 %) des membres sondés estimaient que les réductions de l'effectif infirmier ont contribué à une énorme détérioration de la qualité des soins en établissement.

Figure 47 : Effectif d'IAA réduit



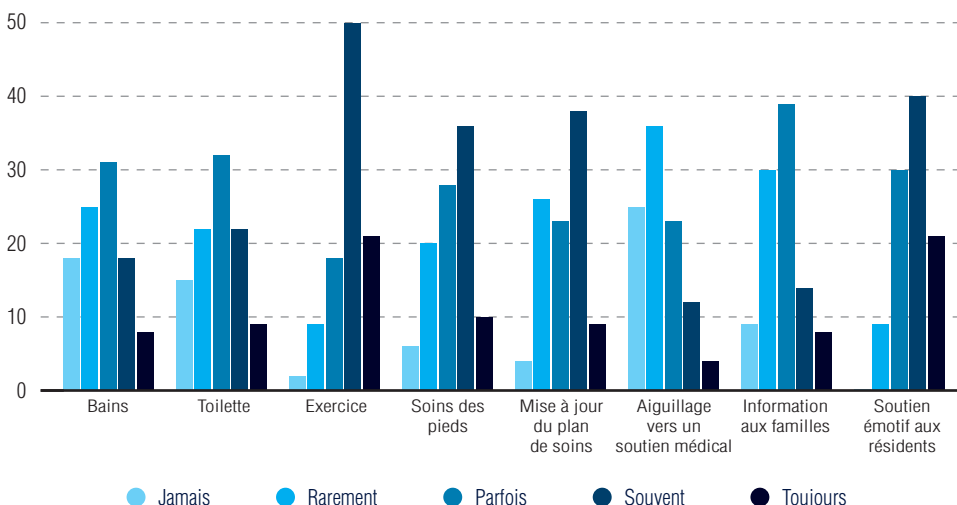
Il n'y a pas que chez les II que les effectifs infirmiers sont réduits. Selon 92 % des membres sondés, la détérioration de la qualité des soins aux résidents découle aussi des effectifs d'IAA réduits.

Près de la moitié (44 %) des membres sondés estimaient que les réductions des effectifs d'IAA ont contribué aux détériorations considérables.

Figure 48 : Disparités dans les soins aux résidents

## Combien de fois les tâches ou les fonctions infirmières n'ont pas été accomplies au cours des 14 derniers jours?

(Sondage auprès des membres - 2018)



La détérioration de la qualité des soins devient évidente lorsqu'on examine la liste des tâches qui, selon les membres du SIINB, ne sont pas accomplies dans leurs foyers de soins. L'I de garde ne serait habituellement pas responsable de toutes ces tâches. Comme le révèle les informateurs clés lors des entrevues, les retards inacceptables dans la prestation des soins, tels la toilette ou le bain, peuvent être perçus comme une négligence suffisamment grave pour constituer un mauvais traitement.

## ENTREVUES AVEC DES INFORMATEURS CLÉS

*En raison du personnel réduit, quelqu'un subit un mauvais traitement. C'est ce mauvais traitement insidieux causé par la négligence. Les employés font de leur mieux, mais à court de personnel, quelqu'un doit attendre. Malheureusement, des gens attendent plus longtemps qu'il le faut pour aller à la toilette ou être nourris. Ces délais sont tout simplement inacceptables.*

- UNE INFIRMIÈRE IMMATICULÉE

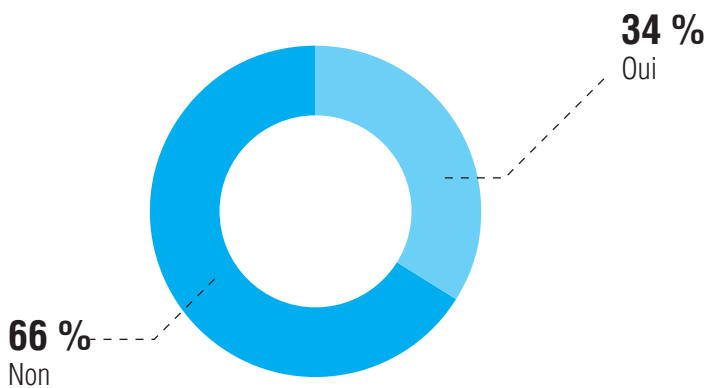
Quatre-vingt-onze pour cent des II sondés ont répondu que les résidents ne recevaient pas le soutien émotif dont ils ont besoin de la part du personnel de soins parfois, souvent ou toujours; 61 % estimaient que les familles n'étaient pas informées régulièrement des soins prodigués à leurs proches. Selon un taux imposant de 39 %, les aiguillages vers un soutien médical nécessaires n'étaient pas faits régulièrement. Plus des deux tiers (70 %) des II ont mentionné que les dossiers des résidents n'étaient pas mis à jour régulièrement, ou ne l'étaient jamais.

Quant aux tâches qui ne seraient normalement pas considérées comme faisant partie du champ d'activité des II, les résultats du sondage ne sont guère meilleurs. Les trois quarts (74 %) des membres du SIINB sondés ont indiqué que les soins des pieds n'étaient pas régulièrement offerts aux résidents et une forte majorité d'entre eux (89 %) estimait que, souvent, les aînés ne peuvent pas faire l'exercice quotidien dont ils ont besoin, ce qui augmente le risque de développer des ulcères de décubitus.

Comme il a été mentionné, d'autres tâches liées aux soins qui, lorsqu'elles ne sont pas exécutées, peuvent constituer un mauvais traitement envers des aînés alités, ne sont pas accomplies régulièrement. Près des deux tiers (63 %) des II sondés ont indiqué que les soins d'hygiène sont offerts parfois ou souvent ou ne sont jamais offerts aux résidents de leurs foyers de soins, tandis qu'un taux semblable (57 %) estimait qu'il en était de même pour les bains.

**Figure 49 : Santé et sécurité au travail**

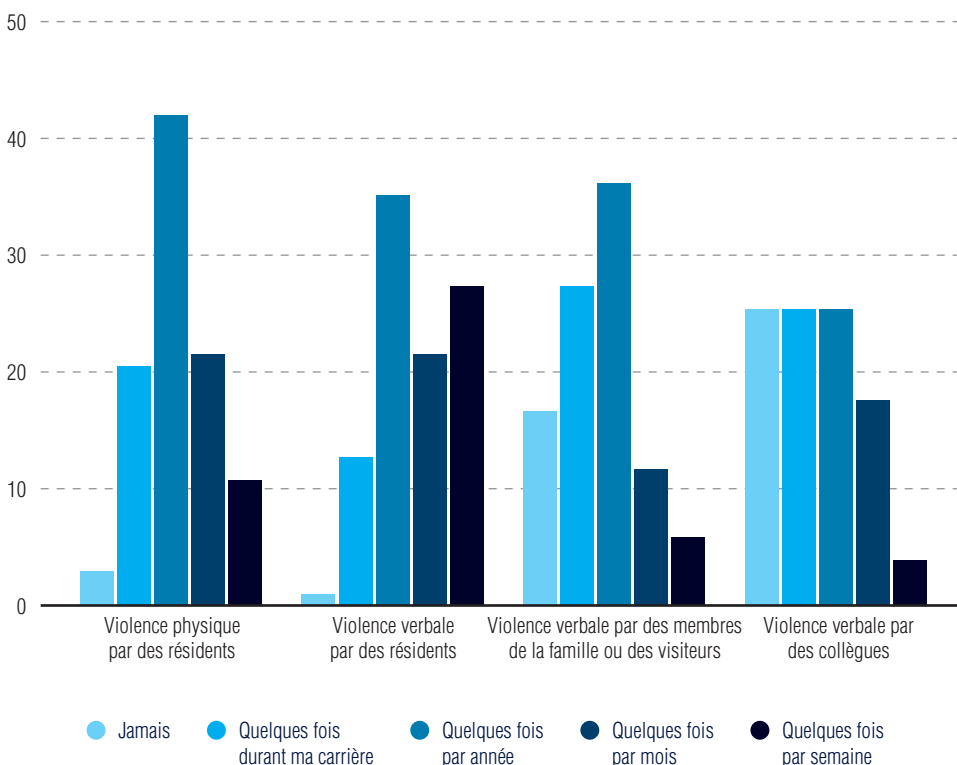
### **Vous sentez-vous à l'abri de la violence dans votre milieu de travail?** (Sondage auprès des membres - 2018)



Si le degré de sécurité des employés dans leur milieu de travail est une des mesures de la capacité d'un employeur de maintenir en poste son personnel, les foyers de soins du Nouveau-Brunswick échouent lamentablement, et c'est évident. Les deux tiers (66 %) des membres du SIINB sondés ont indiqué qu'ils ne se sentent pas en sécurité dans leur milieu de travail; un taux qui influe évidemment sur les défis en matière de main-d'œuvre auquel est confronté le Nouveau-Brunswick dans le secteur des soins de longue durée.

Figure 50 : Violence au travail

### Combien de fois avez-vous vécu personnellement les situations suivantes? (Sondage auprès des membres - 2019)



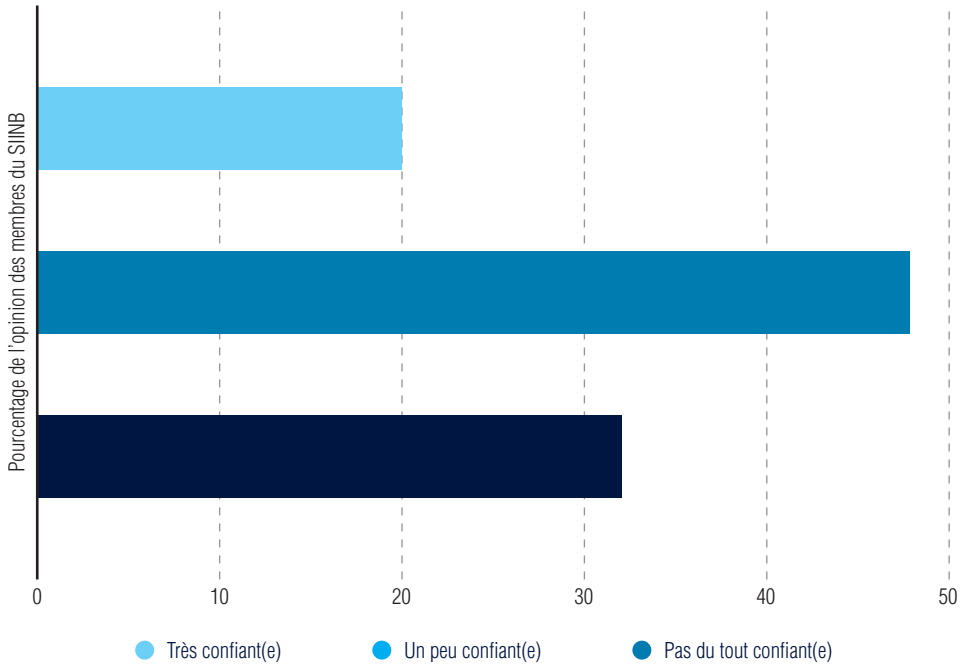
Quatre Il sur cinq sondés (81 %) ont mentionné avoir été victime de violence physique par des résidents quelques fois par année ou plus. Plus du tiers (34 %) des membres sondés ont indiqué qu'il y avait de la violence physique plusieurs fois par mois ou plus. Comme nous l'avons mentionné, les systèmes de suivi dans les foyers de soins n'enregistrent pas la violence verbale envers le personnel, mais les membres du SIINB dressent un portrait perturbant de la situation.

La plupart des infirmières et infirmiers (86%) ont indiqué avoir subi de la violence verbale par des résidents quelques fois par année ou plus, tandis que la majorité (51 %) d'entre eux ont mentionné être victimes de violence verbale par des résidents plusieurs fois par mois ou plus. Les résultats les plus déconcertants qui ressortent du sondage sont les niveaux de violence des non-résidents. La majorité (55 %) des membres du SIINB sondés ont dit avoir été victimes de violence par des membres de la famille ou des visiteurs plusieurs fois par année ou plus, tandis qu'un peu moins de la moitié (48 %) d'entre eux ont indiqué avoir subi de la violence verbale par leurs collègues plusieurs fois par année ou plus.

Figure 51 : Évaluation de la violence et de la sécurité par les employeurs

## À quel point êtes-vous confiant(e) que votre employeur apprend des accidents et incidents violents en milieu de travail, et prend des mesures pour éviter qu'ils ne se répètent?

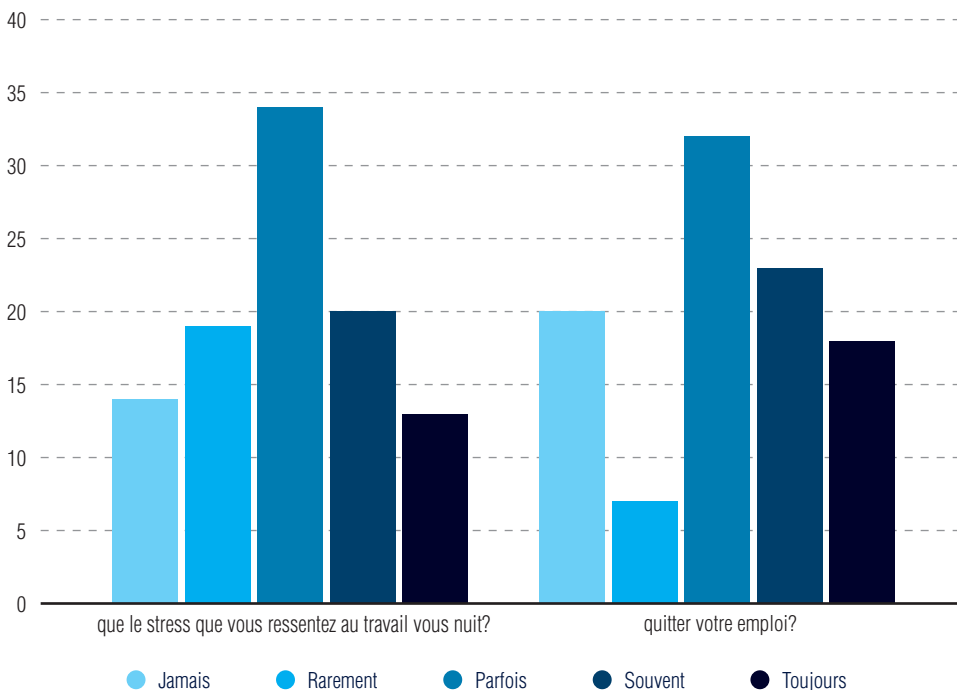
(Sondage auprès des membres - 2019)



Comme pour bien faire comprendre ce point, seulement un II sur cinq sondés (20 %) avait confiance que son employeur apprenait des accidents et des incidents violents, tandis que 80 % étaient un peu confiants ou n'étaient pas du tout confiants dans la capacité de leur employeur d'apporter des améliorations en matière de sécurité.

Figure 52 : Stress professionnel et santé mentale

### Combien de fois pensez-vous... (Sondage auprès des membres - 2019)



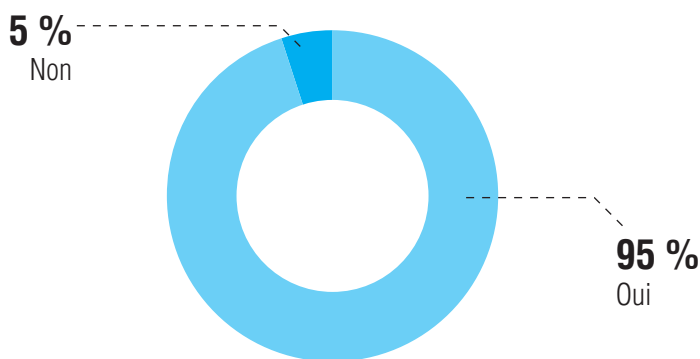
Quels sont les effets de ces conditions de travail sur les II travaillant dans le secteur des soins de longue durée? Les réponses sont très préoccupantes. Selon les deux tiers (67 %) des membres du SIINB sondés, le stress qu'ils ressentent constamment au travail leur nuit, et, proportionnellement, plus des trois quarts (73 %) ont dit qu'ils songeaient régulièrement à quitter leur emploi. Comme il est indiqué dans la section sur la pénurie de personnel infirmier au Nouveau-Brunswick, le taux de roulement des II travaillant dans le secteur des soins de longue durée de la province était de 27 %, en 2017.

# Sondage du SIINB auprès des tiers

À la suite des entrevues et des recherches détaillées faites par le SIINB, MQO Recherche a effectué un sondage auprès des tiers au Nouveau-Brunswick, au cours de l'hiver 2019. Les sondages par téléphone auprès de 500 Néo-Brunswickois ont été faits dans les deux langues officielles, dans chacune des circonscriptions électorales et régions de la province. Les résultats renforcent grandement l'idée que les Néo-Brunswickois partagent déjà un grand nombre des préoccupations soulevées dans le présent rapport.

Figure 53 : Niveaux de dotation

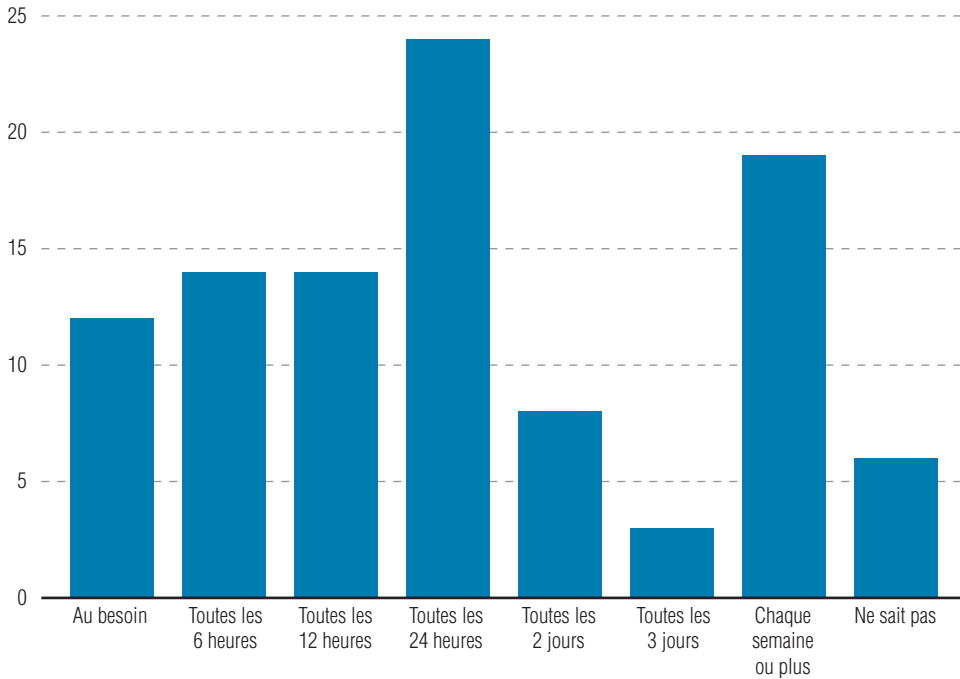
## Vous attendez-vous à ce qu'un ou une II soit de garde en tout temps dans le foyer de soins?



Presque tous les Néo-Brunswickois sondés (95 %) ont indiqué qu'ils s'attendaient à ce qu'un ou une II soit de garde en tout temps dans les foyers de soins de la province; une attente qui est conforme aux propres règlements du gouvernement du Nouveau-Brunswick. Comme il est indiqué dans les sections sur la gouvernance et la pénurie de personnel infirmier, ces attentes ne sont toutefois pas comblées.

Figure 54 : Qualité des soins aux résidents

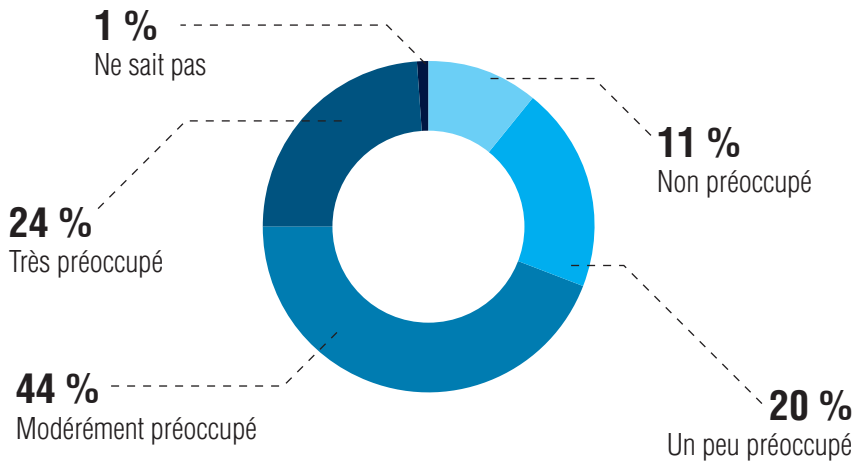
### Combien de fois vous attendez-vous à ce qu'un être cher soit évalué par un ou une II?



Nous savons qu'à moins d'une évaluation en raison d'un changement dans l'état de santé du résident, les évaluations officielles des patients à l'aide de l'outil RAI-LTCF sont censées être faites tous les 90 jours. Toutefois, aux fins de la présente question, « évaluation » doit être considérée comme le nombre de fois qu'un ou une II de garde peut effectuer une évaluation au chevet de chacun des résidents du foyer de soins. Près des deux tiers (64 %) des Néo-Brunswickois sondés ont indiqué qu'ils s'attendaient à ce qu'un ou une II voit leur proche au moins une fois par jour ou au besoin. Puisque le ratio actuel d'II-résidents est de 1:100 ou même 1:200 dans certains des plus grands foyers de soins au Nouveau-Brunswick, nous savons qu'il serait tout simplement impossible, pendant bien des jours, qu'un ou une II voit personnellement chaque résident du foyer de soins, laissant à d'autres membres du personnel du foyer de soins la tâche de donner des avis médicaux.

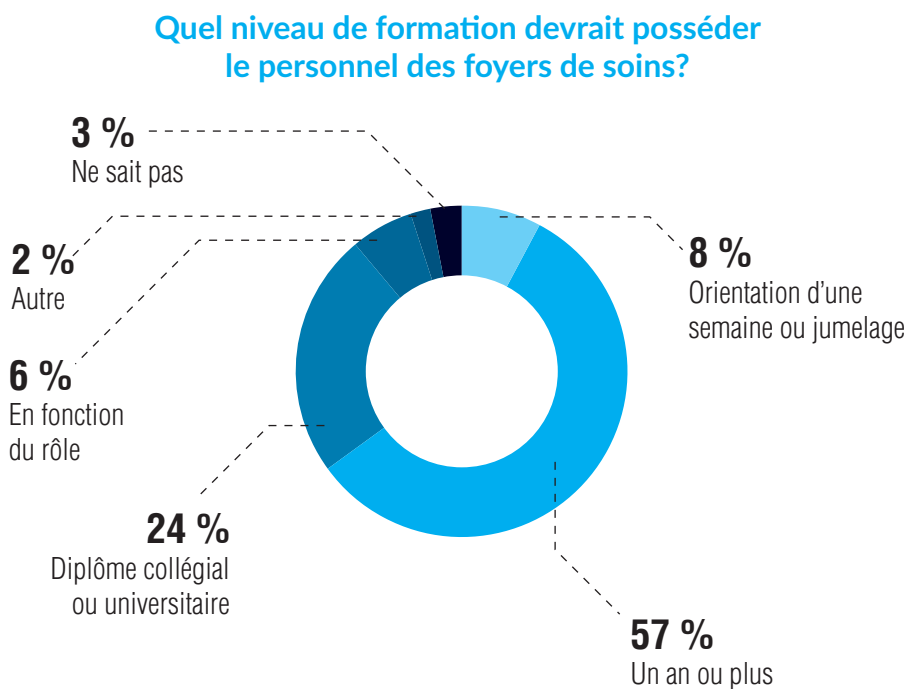
Figure 55 : Ratios en personnel

**Il arrive parfois que 65 % des membres du personnel du foyer de soins ne sont pas des II ni des IAA. Dans quelle mesure êtes-vous préoccupé par les niveaux de soins?**



En ce qui a trait aux ratios en personnel, plus des deux tiers (68 %) des Néo-Brunswickois sondés étaient modérément ou très préoccupés d'apprendre que la grande majorité (65 %) des membres du personnel des foyers de soins étaient des travailleurs de la santé non réglementés.

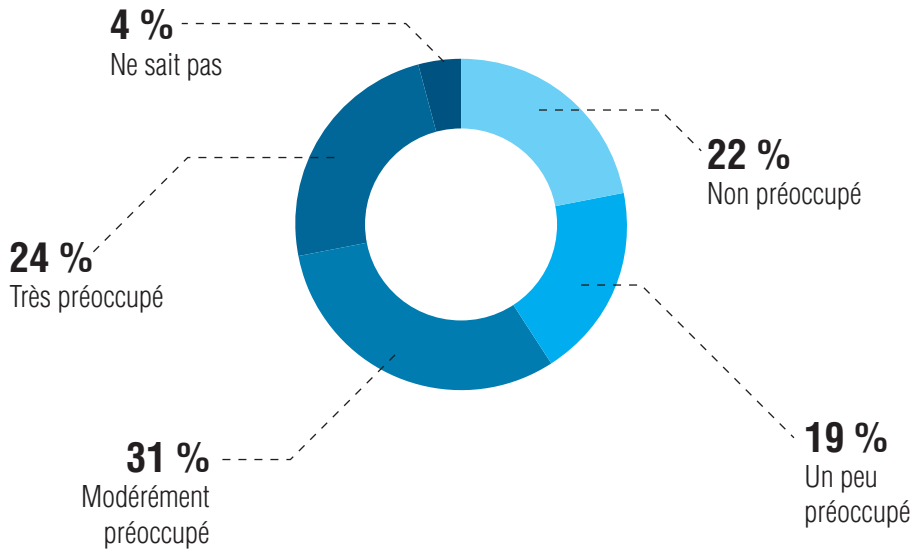
Figure 56 : Combinaison de compétences



L'étonnement des Néo-Brunswickois concernant le taux élevé de travailleurs de la santé non réglementés dans les foyers de soins peut être lié à leurs attentes relatives à la formation que doit posséder le personnel de la santé. Plus des quatre cinquièmes (81 %) des Néo-Brunswickois sondés ont indiqué qu'ils s'attendaient que tout le personnel des foyers de soins possède au moins une année de formation postsecondaire. La plupart des PR au Nouveau-Brunswick ont un niveau de formation très inférieur.

Figure 57 : Privatisation

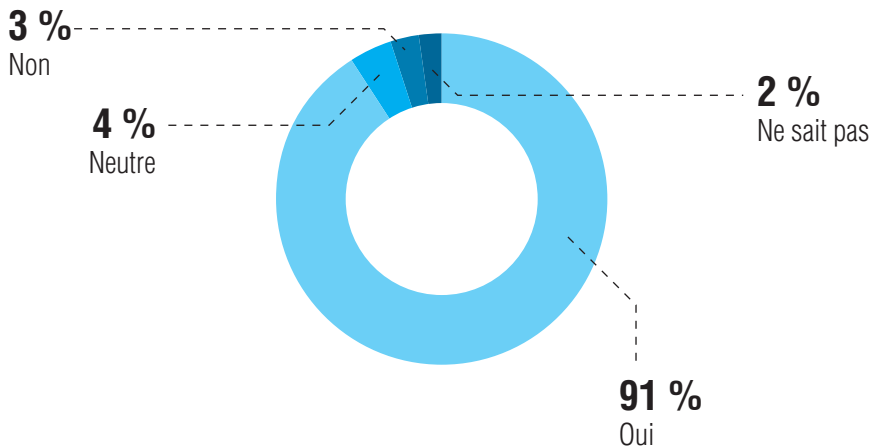
### À quel point êtes-vous préoccupé par l'arrivée des entreprises privées à but lucratif dans la gestion des foyers de soins?



En ce qui a trait à la transition du Nouveau-Brunswick vers la privatisation, une nette majorité (55 %) des Néo-Brunswickois étaient modérément ou très préoccupés de l'arrivée d'entreprises à but lucratif dans le secteur des foyers de soins de la province.

Figure 58 : Égalité en matière de soins

### Les soins en établissement devraient-ils faire partie du régime universel de soins de santé du Canada?



Les sentiments des Néo-Brunswickois vis-à-vis la privatisation ne sont pas si étonnants quand on considère leurs sentiments à l'égard des soins en établissement en général. Dans une proportion incroyable (91 %), les Néo-Brunswickois appuieraient l'inclusion des soins en établissement au régime universel des soins de santé au Canada, réaffirmant la position forte de la province en faveur d'un modèle de soins de longue durée financé par les pouvoirs publics.

# Entrevues avec des informateurs clés

La décision de préserver l'anonymat des sources d'un rapport tel *La génération oubliée* a été difficile à prendre. Les critères du SIINB comportaient deux volets. Premièrement, les sources devaient pouvoir fournir des renseignements et exprimer des points de vue non disponibles ailleurs et, deuxièmement, il devait y avoir un risque réel de préjudices personnels ou professionnels pour les intervenants. Pour les II, les règles de leur profession énoncent clairement le besoin de ce type de protection. De plus, un grand nombre d'employeurs de foyers de soins exigent maintenant que leurs employés signent des ententes de confidentialité. Le risque de préjudices professionnels envers les II était considérable, et leurs points de vue étaient essentiels pour le présent rapport. Le SIINB veillera à ce que les infirmières et infirmiers immatriculés du Nouveau-Brunswick soient entendus sur ces questions.

---

## ENTREVUES AVEC DES INFORMATEURS CLÉS

***Un niveau de dotation non sécuritaire, la violence au travail et l'intimidation sont trop fréquents dans notre établissement.***

- UNE INFIRMIÈRE IMMATRICULÉE

---

Le SIINB a aussi interviewé six anciens et anciennes ministres du Développement social. La principale préoccupation était le niveau de connaissances et d'informations disponibles. Pour s'exprimer librement, ces sources requéraient l'anonymat afin de ne pas nuire à leurs relations politiques et personnelles. Compte tenu des résultats, le SIINB estimait que l'attribution du statut d'informateur clé était justifiée dans de telles circonstances. Ensemble, ces deux groupes ont contribué les points de vue des foyers de soins et du Cabinet. Nous pensons que ces deux perspectives fournissent des renseignements inestimables non disponibles dans les rapports antérieurs sur les soins de longue durée au Nouveau-Brunswick.

---

## ENTREVUES AVEC DES INFORMATEURS CLÉS

***Disposer de seulement dix minutes pour préparer les résidents à déjeuner est insensé. J'aimerais que les politiciens demeurent dans un foyer de soins pendant un mois. S'ils voyaient comment vivent les aînés, ils voteraient pour leur fournir les soins dont ils ont besoin.***

- UNE INFIRMIÈRE IMMATRICULÉE

---

Les Il faisant partie de l'effectif des soins de longue durée au Nouveau-Brunswick s'inquiètent grandement de leur secteur d'activité et des aînés les plus vulnérables de la province. Un des points le plus fort soulevés dans leur témoignage porte sur la détérioration : normes moins rigoureuses, surveillance réduite et baisse de la qualité des soins. Seule l'acuité de l'état des résidents augmente.

---

## ENTREVUES AVEC DES INFORMATEURS CLÉS

*J'aimais mon travail. En raison des réductions du nombre de postes d'II et d'IP, la qualité des soins a baissé à des niveaux ridicules. Le nouveau personnel infirmier ne restera pas longtemps. Les II plus âgés ont trop à cœur le mieux-être des résidents pour partir. Les résidents attendent des heures pour recevoir des soins de base, aller à la toilette et faire de l'exercice. Après toutes mes années d'expérience, je songe à quitter la profession.*

- UNE INFIRMIÈRE IMMATRICULÉE

---

Un grand nombre de ces II travaillent depuis longtemps dans les foyers de soins du Nouveau-Brunswick. Ils sont mieux placés que la plupart d'entre nous pour formuler des commentaires sur les tendances inquiétantes qu'ils voient. Les II se préoccupent aussi grandement de la combinaison de compétences dans leurs foyers de soins. Trop souvent, le bien-être des résidents est interprété par des employés non titulaires d'une licence, n'ayant ni l'expérience ni la formation requise pour se prononcer sur les soins de santé.

---

## ENTREVUES AVEC DES INFORMATEURS CLÉS

*Comme II, je suis inondée de demandes de la part de PR qui ne seraient pas faites si le résident était vu par un ou une IAA, ou un ou une II. Puisque je dois traiter un si grand nombre de demandes qui ne devraient jamais avoir la priorité, je crains d'oublier quelque chose, ce qui pourrait mettre en cause ma licence professionnelle.*

- UNE INFIRMIÈRE IMMATRICULÉE

---

Les II s'inquiètent aussi du fait que leurs charges de travail, le stress et la violence au travail ont des conséquences dévastatrices sur leur santé physique et leur santé mentale. Des II soulignent que ces pressions les inciteront probablement à quitter leur emploi, tout comme l'ont fait 27 % des II des foyers de soins en 2017.

---

## ENTREVUES AVEC DES INFORMATEURS CLÉS

*Je suis une II. Je travaille dans le secteur des soins de longue durée depuis 12 ans, ce qui a eu des répercussions considérables sur ma santé. Après mon quart de travail, j'avais encore assez d'énergie pour être active. Aujourd'hui, je suis tellement fatiguée après mon travail que, bien souvent, je n'ai même pas la force de préparer mon souper. Depuis 18 mois, je pense à quitter mon emploi. Un changement s'impose bientôt si je veux protéger ma santé.*

- UNE INFIRMIÈRE IMMATRICULÉE

---

D'autres saisissent cette occasion pour tirer la sonnette d'alarme, demander de l'aide ou dénoncer les faibles niveaux de soins aux résidents qui, selon une II, constituent un mauvais traitement. Des II soulignent que leurs employeurs n'abordent pas l'embauche, la tenue de dossiers ou les ratios en personnel de bonne foi, et que le gouvernement semble indifférent ou impuissant à aider.

---

## ENTREVUES AVEC DES INFORMATEURS CLÉS

*Les ratios en personnel réduits pourraient inciter les II à prendre une retraite anticipée. Ils créent un environnement vraiment non sécuritaire pour les résidents. Nos foyers de soins tentent d'inclure des postes de gestionnaire dans nos ratios, ce qui nous complique la vie. Ils ont commencé à « choisir soigneusement » leurs résidents.*

- UNE INFIRMIÈRE IMMATRICULÉE

---

Surtout, les II au Nouveau-Brunswick s'inquiètent de l'avenir. Au cours des cinq prochaines années, 3 400 II pourront prendre leur retraite. Les II des foyers de soins du Nouveau-Brunswick voient peu d'aide à l'horizon. Un grand nombre des II estiment que les postes d'II en soins de longue durée ont moins de prestige et que bien des jeunes II ne perçoivent plus une carrière dans le secteur des soins de longue durée comme un choix attrayant. Les II comptent sur le gouvernement pour qu'il freine ces tendances mais, comme nous le verrons, les représentants élus du Nouveau-Brunswick se sentaient parfois eux-mêmes débordés.

---

## ENTREVUES AVEC DES INFORMATEURS CLÉS

*Lorsque vous savez très bien qu'il n'y a pas suffisamment de fonds pour bien s'occuper des aînés au Nouveau-Brunswick, cela rend malade. C'est pourquoi il faut un ou une ministre responsable des aînés qui peut se battre pour les ressources limitées lors des réunions du Cabinet.*

- ANCIENNE MINISTRE DU DÉVELOPPEMENT SOCIAL

---

La nature frénétique de cette position est peut-être le principal point commun aux nombreux commentaires reçus d'anciens et anciennes ministres du Développement social. Même si la plupart de ces représentants élus ont pu souligner quelques accomplissements dont ils sont fiers, peu d'entre eux ont exprimé une satisfaction générale de leur période à la direction du Ministère. Devoir regarder des craintes soudaines entraver les efforts d'une réforme proactive est une frustration que nous avons entendue à maintes reprises.

---

## ENTREVUES AVEC DES INFORMATEURS CLÉS

*Le Ministère est difficile à gérer. Vous parez toujours au plus pressé. Mon plus grand défi comme ministre était le manque de temps pour répondre aux questions proactives qui devaient être abordées. Il n'y avait jamais assez de temps, d'argent ou de ressources.*

- ANCIENNE MINISTRE DU DÉVELOPPEMENT SOCIAL

---

Entendre ces ministres du gouvernement valider les préoccupations du présent rapport concernant les données manquantes et les contraintes financières constantes a été une expérience qui fait réfléchir. Nous avons entendu des témoignages d'intervenants qui ont dit que le gouvernement n'en faisait pas suffisamment pour exiger la responsabilisation dans le secteur et qu'en agissant ainsi, la responsabilité devrait peut-être être confiée au ministère de la Santé. Sans surprise, d'autres s'opposaient à cette idée. Pratiquement tous les intervenants ont convenu que d'autres ressources sont nécessaires, mais que devoir trouver le financement pour les acquérir était une source de tension constante.

---

## ENTREVUES AVEC DES INFORMATEURS CLÉS

*Il s'agira d'un des plus gros problèmes pour quiconque accède au pouvoir. Notre capacité d'accroître les revenus ou de trouver de grandes efficacités est très limitée. Lorsque ce n'est pas possible, il faut envisager des fonds du secteur privé, réduire les coûts ou accroître les frais aux usagers – aucune de ces options n'est très populaire.*

- ANCIENNE MINISTRE DU DÉVELOPPEMENT SOCIAL

---

Les anciens ministres à qui nous avons parlé ont tous indiqué que diriger la population vieillissante du Nouveau-Brunswick était un des plus grands défis auquel leurs gouvernements ont dû faire face. Aucun d'entre eux n'a décrit avec certitude la voie que devrait suivre le Nouveau-Brunswick.

---

## ENTREVUES AVEC DES PERSONNES INFLUENTES

**Paula Doucet**

Présidente du Syndicat des infirmières et infirmiers du Nouveau-Brunswick



**Q. : Le rapport couvre tellement de défis dans les soins de longue durée. Par où commencer? En tant que dirigeante syndicale et II, que pensez-vous des niveaux d'acuité accrus de l'état des résidents et des contraintes qu'ils exercent sur le système?**

R. : C'est un fait connu que le Nouveau-Brunswick est une des provinces comptant le plus de gens malades et âgés au Canada. Des aînés souffrant de multiples maladies concomitantes et chroniques vivent plus longtemps. Il faut donc un personnel spécialisé dans plusieurs domaines, notamment les troubles musculo-squelettiques et les problèmes cardiaques, ainsi que de vastes niveaux de connaissances médicales et une approche globale. Si vous administrez à un résident des médicaments de sept classes, quelles sont les interactions? Quels sont les risques?

**Q. : Dans les entrevues avec des informateurs clés, beaucoup d'Il semblent exprimer une grande préoccupation pour les résidents. Que doit-on en penser?**

R. : Avec un personnel moins bien formé qui exécute un si grand nombre de tâches liées aux soins, ils ne savent peut-être pas ce qui doit être signalé à l'Il de garde. Cela peut entraîner des problèmes et une mauvaise utilisation du temps précieux. C'est ainsi que des choses peuvent être omises.

**Q. : Des Il parlent de quitter leur emploi en raison des problèmes liés aux soins aux résidents.**

R. : C'est la triste réalité aujourd'hui. Pendant de nombreuses années, les employeurs, les gouvernements et l'Association des foyers de soins n'ont pas fortement préconisé de maintenir le nombre d'Il nécessaire dans les établissements de soins de longue durée. Nous voyons maintenant les résultats. Face aux pressions exercées, ils tentent de démontrer que ces résidents peuvent se passer des soins d'un ou d'une Il. Les Il savent qu'on ne peut pas soigner les patients avec un ratio de 1:100, mais c'est là où nous en sommes. Ces infirmières et infirmiers disent que c'est terminé. Nous ne pouvons plus rester là à regarder.

**Q. : Qu'en est-il des aînés eux-mêmes?**

R. : C'est rendre un bien mauvais service aux aînés de la province de les priver des connaissances et des compétences d'un ou d'une II durant les dernières années de leur vie. C'est tellement irrespectueux envers une génération qui a aidé à bâtir la province et le pays. Nous sommes là pour dire aux employeurs et au gouvernement qu'ils devront rendre compte de ces choix.

**Q. : Dans le rapport, nous avons constaté que des foyers de soins continuent de compter grandement sur le travail occasionnel. Quelles en sont les conséquences possibles?**

R. : Un équilibre est nécessaire. Lorsque les employeurs ont recours à un nombre très élevé de postes occasionnels, la main-d'œuvre devient très instable, ce qui constitue un danger pour les résidents. Aujourd'hui, la plupart des personnes en quête d'emploi recherchent des avantages sociaux, des congés de maladie payés et la possibilité d'être rémunérés pour les heures supplémentaires. Les employeurs le font pour des raisons financières, ce qui est tout à fait inadmissible. Les foyers de soins du Nouveau-Brunswick doivent être dotés d'un personnel permanent qui connaît les aînés et leurs besoins.

**Q. : Dans le cadre des recherches pour le présent rapport, nous avons appris que des II étaient « en appel » à la maison ou devaient coucher à leur foyer de soins. Cette norme ne peut être acceptable, n'est-ce pas?**

R. : Non, elle ne l'est pas. Les employeurs, le gouvernement et l'AFSNB ne se sont pas préoccupés depuis longtemps de la planification en vue de la pénurie de personnel infirmier actuelle. Leur solution a toujours été de réduire les heures de soins et la dotation en II. Ils ne prennent pas les mesures nécessaires pour recruter et maintenir en poste le personnel. C'est plus difficile maintenant que des pressions sont exercées sur le système en raison d'une population vieillissante.

**Q. : On entend beaucoup parler des IFE dans ce secteur. Dans quelle mesure devrait-on compter sur le recrutement des IFE?**

R. : Des arguments convaincants font valoir que les IFE peuvent faire partie de la solution concernant la dotation en personnel dans le secteur des soins de longue durée au Nouveau-Brunswick, mais ce n'est qu'une partie de la solution. Nous devons nous intéresser au système scolaire et voir à ce que les jeunes comprennent l'occasion magnifique que représente la profession d'II. Je ne pense pas que nous avons été très efficaces à cet effet au fil des ans.

**Q. : Avec une population vieillissante, tout le monde ou presque est d'accord que nous devons aider le plus grand nombre possible d'aînés à demeurer chez eux. Nous avons donc besoin d'une plus grande capacité communautaire. Pourquoi y a-t-il autant de problèmes pendant ces efforts?**

R. : Cela nous ramène toujours aux ressources humaines et à la volonté d'investir. Tout le monde est passé maître dans l'art d'ajouter des tâches à la main-d'œuvre en soins de santé, mais personne ne dispose d'un plan visant à élargir cette main-d'œuvre afin de relever les défis. Nous devons concentrer davantage nos efforts sur le recrutement de professionnels pour exécuter ce travail.

**Q. : En tant que présidente du SIINB, quel message voulez-vous transmettre aux Néo-Brunswickois concernant la violence au travail dans les foyers de soins?**

R. : Le problème remonte vraiment aux tendances sociales qui, depuis des années, prennent une mauvaise tangente. Il est devenu acceptable qu'une personne stressée s'en prenne au travailleur de la santé devant elle. Il faut que ça cesse. Les employeurs et le gouvernement doivent nous aider à mettre fin à cette violence. Il est totalement inacceptable que le personnel des foyers de soins subisse des menaces et de mauvais traitements de la part de visiteurs, de membres de la famille ou d'administrateurs. Cela ne fait pas partie de leur travail.

**Q. : Les foyers de soins devraient-ils en faire davantage pour protéger leurs employés contre la violence par des résidents?**

R. : En vertu de la *Loi sur l'hygiène et la sécurité au travail*, les employeurs ont le devoir de protéger leurs employés contre des menaces connues. Il faut donc adopter un moyen quelconque de les signaler, de façon discrète, pour aviser le personnel du foyer de soins d'un résident violent.

**Q. : Enfin, ces problèmes persistaient depuis très longtemps. Où trouverons-nous la volonté politique de les régler?**

R. : Tous les Néo-Brunswickois doivent nous aider en exerçant les pressions qui s'imposent auprès des décideurs. Les Il savent que la situation est inacceptable et s'aggrave. Le présent rapport est notre effort visant à tirer la sonnette d'alarme et à demander aux Néo-Brunswickois de contribuer au changement. Les infirmières et infirmiers ne resteront pas là à ne rien faire pendant que toute une génération d'aînés du Nouveau-Brunswick est négligée et oubliée.

---

## ENTREVUES AVEC DES PERSONNES INFLUENTES

### *Cecile Cassista*

Directrice générale de la Coalition pour les droits des aînés et des résidents des foyers de soins



**Q. : La Coalition pour les droits des aînés travaille énergiquement sur la question des foyers de soins qui peuvent choisir leurs patients selon leur acuité. Pourquoi ce problème est-il aussi sérieux?**

R. : La dotation et l'équipement posent des problèmes dans beaucoup de foyers de soins. Il peut donc parfois être dans leur intérêt d'accepter des patients présentant une affection moins aiguë. Aucun règlement ne régit la sélection, donc si les patients ne peuvent être placés dans un foyer de soins de leur choix, ils languissent dans les hôpitaux. Certains de ces patients pourraient être placés dans certains des plus beaux foyers de soins spéciaux, mais ceux-ci ne sont pas réglementés et ils ne sont pas abordables.

**Q. : Quel est l'effet sur les patients qui languissent dans les hôpitaux?**

R. : Les soins à domicile posent un réel problème. Ça ne fonctionne pas. Pour cette raison et parce que les foyers de soins spéciaux sont tous privés et non réglementés, la santé de ces patients se détériore. Nous devons sortir ces patients des hôpitaux avant que cela n'arrive. Les foyers de soins spéciaux devraient être réglementés et dotés d'un membre du personnel médical en poste, que ce soit un ou une IAA ou un ou une II. Ce sont les infirmières et infirmiers qui noteront un changement dans l'état de santé de ces patients. Avec des patients de niveau 1 ou 2, on ne peut pas s'attendre à ce que les PR évaluent les patients ou administrent leurs médicaments de façon appropriée.

**Q. : À mesure que la population vieillit et puisque le pourcentage d'aînés est plus élevé, il est généralement accepté que l'acuité de l'état des résidents des foyers de soins et des foyers de soins spéciaux continuera d'augmenter. Que doit-on faire pour s'y préparer?**

R. : Il faudrait avoir recours aux visites de l'extra-mural pour aider les aînés à domicile, mais le programme extra-mural a été tellement déstructuré que les infirmières et infirmiers travaillant dans ces établissements sont débordés par l'acuité de l'état des résidents qu'ils voient. Le personnel infirmier doit être davantage rémunéré pour l'inciter à demeurer dans la province.

**Q. : Qu'en est-il de la question des travailleurs de la santé avec notre population vieillissante?**

R. : Nous n'appuyons pas le remplacement des II par des PR. C'est ce qu'envisage le gouvernement qui répète sans cesse qu'il ne peut trouver de personnel médical, alors que la solution est de rémunérer convenablement le personnel infirmier.

**Q. : Donc, comment devrait-on percevoir les foyers de soins au Nouveau-Brunswick?**

R. : Les foyers de soins sont le prolongement des hôpitaux. Au Manitoba, par exemple, un grand nombre de foyers de soins sont rattachés à des hôpitaux. Le Nouveau-Brunswick doit faire de même avec un personnel médical qualifié.

**Q. : Quel est le plus grand défi sur lequel il faut se concentrer?**

R. : La dotation en personnel est un grave problème qui manque de surveillance. Le gouvernement n'a pas une vision pour faire évoluer le système. Quelqu'un doit établir un plan global.

---

## ENTREVUES AVEC DES PERSONNES INFLUENTES

### *Solange Haché*

Présidente de l'Association francophone des aînés du Nouveau-Brunswick

**Q. Pouvez-vous nous donner le point de vue de l'Association sur les plus grands défis pour les aînés francophones dans les foyers de soins du Nouveau-Brunswick?**

R. Selon nous, les plus grands défis sont les suivants :

- Recevoir les services dont ils ont besoin dans leur langue.
- Avoir plus d'heures de soins aux résidents par jour par rapport à ceux qu'ils reçoivent maintenant.
- Besoin de plus de ressources humaines affectées aux foyers de soins et en améliorer leurs conditions de travail.
- Cesser la privatisation des foyers de soins et favoriser la gestion publique et communautaire des foyers.



- Modifier le règlement afin que les frais demandés aux personnes âgées dans un foyer de soins soient calculés sur leurs revenus individuels au lieu de leur revenu familial.
- Mettre en œuvre les recommandations du comité de travail sur les services en français dans les foyers de soins, les foyers de soins spéciaux et le soutien à domicile.

**Q. Pouvez-vous expliquer à nos lecteurs pourquoi il est si important pour les personnes âgées vivant dans les foyers de soins de recevoir des soins dans leur langue maternelle.**

R. Ils ont vécu toute leur vie dans un milieu familial et communautaire et parfois dans leur milieu travail en utilisant leur langue maternelle. Pour une question de bien-être, de sécurité, de respect et de dignité on doit les desservir dans leur langue. Il serait aussi innovateur d'étendre la mission des foyers de soins afin qu'ils puissent offrir des services de soutien à domicile ex. repas, soins, conciergerie, ménage etc. Cela respecterait par le fait même les droits linguistiques de notre province.

**Q. Notre rapport montre que le nombre d'étudiants en sciences infirmières à l'Université de Moncton diminue chaque année. Quelles en sont les conséquences pour les aînés francophones dans les foyers de soins?**

R. La conséquence principale sera moins de services en français pour les aînés.

**Q. Nous avons entendu de nombreuses voix dans notre rapport que les foyers de soins doivent s'intégrer dans leurs collectivités. Qu'est-ce que cela signifie vraiment et qu'est-il nécessaire pour y parvenir.**

R. Tout d'abord on doit conserver la gestion publique communautaire des foyers de soins afin de s'assurer que les conseils d'administration soit composé des gens de la communauté.

**Q. Notre rapport parle beaucoup des défis liés au recrutement et au maintien en poste des travailleurs de la santé dans les régions rurales du Nouveau-Brunswick. Comment le gouvernement devrait-il résoudre ce problème ?**

R. Sensibiliser davantage les étudiants secondaires aux possibilités d'emplois qu'offrent les foyers de soins et l'occasion souvent de travailler dans son milieu d'origine tout en démontrant la satisfaction qu'on peut avoir à travailler pour et avec les aînés. Le recrutement d'immigrants francophones doit être aussi faire partie de la solution.

**Q. Notre rapport aborde un grand nombre des défis de notre province. Mais quelles sont certaines des opportunités qui se présenteraient aux foyers de soins si nous pouvons faire fonctionner notre réforme?**

R. Nous pensons qu'en améliorant significativement le nombre de ressources humaines, les conditions de travail, les frais demandés, les heures de soins, la gestion, le service dans la langue du résident dans les foyers de soins, on offre la possibilité aux foyers de soin de devenir des lieux plus accueillants et plus sécuritaires. De plus, les foyers de soins pourraient venir renforcer les services de soutien à domicile aux aînés en augmentant sa capacité d'offrir des services hors murs.

L'AFANB tient aussi à souligner l'importance de travailler simultanément à l'amélioration du Soutien à domicile en particulier la condition des proches aidants, si on veut véritablement assurer un service complet de soins aux aînés et retarder le plus tard possible l'entrée aux foyers de soins.

---

## ENTREVUES AVEC DES PERSONNES INFLUENTES

**Kris Austin**

**Chef de l'Alliance des gens du Nouveau-Brunswick**

**SIINB :** Tout d'abord, M. Austin, merci de vos déclarations à l'Assemblée législative sur la violence au travail contre le personnel infirmier et sur le fait que la sécurité est un droit non négociable en milieu de travail.

**Q. : Votre parti étant relativement nouveau au Nouveau-Brunswick, pouvez-vous préciser votre position sur la crise du vieillissement dans la province?**

R. : C'est une question complexe qui nécessite une approche différente. Manifestement, nous devons recruter plus d'infirmières et d'infirmiers. Une de mes frustrations est que des conseillers en immigration font parfois venir des infirmières internationales pour occuper des emplois en dehors des soins infirmiers. Nous devons maintenir en poste les infirmières et les infirmiers; nous devons améliorer leurs conditions de travail et réduire les niveaux de violence. On a besoin de tout le monde.



**Q. : Un point sur lequel tous sont d'accord est que nous devons permettre aux aînés de vieillir à domicile, dans la mesure du possible. Mais on ne semble pas trop s'entendre sur la façon de procéder.**

R. : Nous préconisons, entre autres, l'appui au personnel des services de soutien à domicile qui a obtenu récemment des hausses salariales. Si nous pouvons aider les gens à domicile lorsqu'ils en ont besoin, tout le monde y gagne. Nous devons aussi améliorer les services extra-muraux et embaucher d'autres infirmières et infirmiers pour l'extra-mural. J'ai rencontré une dame âgée de 91 ans qui vivait dans un foyer de soins spéciaux pendant l'hiver parce qu'elle ne pouvait plus couper le bois pour chauffer sa maison. De telles situations ne devraient pas exister.

**Q. : Que pensez-vous du modèle des foyers de soins sans murs?**

R. : Un foyer de soins à Stanley fait un excellent travail en ce sens, étant un centre où les aînés peuvent accéder aux services. Nous pouvons investir un peu pour faire de nos foyers de soins des points d'accès pour les aînés dans leur collectivité ou nous pouvons maintenir l'ancien modèle qui est franchement non viable.

**Q. : Comment pouvons-nous établir un équilibre entre le besoin de budgéter et le besoin d'offrir les services? Que pensez-vous de la privatisation des foyers de soins?**

R. : Idéalement, on souhaiterait que le gouvernement puisse fournir les services dans le cadre d'un modèle public. Nous ne sommes pas contre le modèle privé, mais nous devons analyser la situation sous tous ses angles. Il n'y a pas qu'une seule solution. Nous devons tout faire.

**Q. : Quel est le principal aspect sur lequel le gouvernement provincial devrait se concentrer?**

R. : Nous devons demander au gouvernement fédéral d'imposer des normes minimales et d'accorder le financement nécessaire, conjointement avec le gouvernement provincial, pour assurer la conformité à ces normes.

---

## ENTREVUES AVEC DES PERSONNES INFLUENTES

### David Coon

Chef du Parti Vert du Nouveau-Brunswick

**Q. : Les foyers de soins privatisés devaient alléger les pressions exercées sur notre système hospitalier. Ce n'est pas vraiment le cas. Que pensez-vous de cette approche?**

R. : Selon moi, l'approche a été mal inspirée. Le Parti vert adopte une approche communautaire envers les soins des aînés, y compris les foyers de soins. Les soins aux aînés doivent faire partie intégrante de la collectivité et être bien appuyés par le gouvernement provincial. Ces deux éléments sont essentiels. Il existe une vaste gamme d'options pour offrir des soins plus efficaces aux aînés si l'approche est intégrée à la collectivité. C'est de moins en moins le cas.

**Q. : Qu'en est-il du débat sur le ministère qui devrait superviser ce secteur?**

R. : Le ministère de la Santé et le ministère du Développement social doivent faire l'objet d'une restructuration fondamentale pour mieux servir les Néo-Brunswickois. Actuellement, les aînés demeurant dans des foyers de soins n'obtiennent pas nécessairement le diagnostic, le soutien ou les soins de santé dont ils ont besoin. Lors de la table ronde pour les personnes âgées que j'ai créée, plusieurs pensaient au départ qu'il serait mieux de confier le secteur au ministère de la Santé, mais certains craignent que l'aspect communautaire essentiel puisse disparaître. En fin de compte, les deux ministères doivent faire l'objet d'une restructuration fondamentale.

**Q. : Offrons-nous les mauvais incitatifs dans notre système de foyers de soins? Dans d'autres provinces, les foyers de soins reçoivent un plus grand financement pour admettre des résidents dont le niveau d'acuité est plus élevé. Ce n'est pas le cas au Nouveau-Brunswick.**

R. : C'est l'essentiel du problème! Le mode de fonctionnement des foyers de soins au Nouveau-Brunswick est donc motivé par des considérations d'ordre financier et par la volonté politique de régler les dettes et les déficits. Il n'est pas axé sur les besoins des résidents et de ceux qui les soignent. Il faut que cela change. Les foyers de soins n'ont aucun contrôle sur leur budget. Aucun contrat n'établit leur lien avec le gouvernement. C'est pitoyable! Le système doit être restructuré, non pas modifié légèrement.



**Q. : Que pensez-vous des niveaux de soins aux résidents que vous constatez ou dont vous entendez parler?**

R. : Le nombre d'heures de soins subventionnées pour les résidents des foyers de soins est insuffisant. Nous avons un projet pilote visant à étudier les effets d'un nombre accru d'heures de soins. Il était très concluant. Le gouvernement a refusé de le subventionner. Si le rôle du gouvernement est de protéger ses citoyens et de leur donner des moyens d'agir, nous échouons lamentablement pour ce groupe de citoyens.

**Q. : Comment peut-on maintenir les normes de soins devant toutes ces pressions imminentes?**

R. : Nous faisons partie du Canada, et le gouvernement du Canada a la responsabilité, dans le cadre du transfert canadien en matière de santé, de veiller à ce qu'un financement proportionnel soit accessible pour maintenir des normes de soins semblables dans chaque province. Les gouvernements canadiens successifs et maintenant un grand nombre de premiers ministres se sont désengagés à cet égard, y compris notre premier ministre. Ce n'est pas acceptable.

---

## ENTREVUES AVEC DES PERSONNES INFLUENTES

**Kevin Vickers**

**Chef du Parti libéral du Nouveau-Brunswick**

**Q. : Nous savons qu'il faudra jusqu'à 12 000 lits en foyers de soins d'ici 2035. Comment doit-on procéder pour relever ce défi?**

R. : Le gouvernement libéral précédent a établi un plan visant à ajouter de nouveaux lits en foyers de soins pour répondre à 75 % de la demande prévue en plus de fournir des formes de soutien communautaires améliorées permettant de traiter 25 % de la demande accrue dans la collectivité. Nous nous inquiétons que le gouvernement actuel semble avoir mis ce plan en veilleuse. Un nouveau gouvernement libéral exécuterait ce plan.



**Q. : Comment trouverons-nous le personnel nécessaire pour prendre soin des aînés atteints d'une maladie chronique?**

R. : Tous les secteurs font face à une pénurie imminente de travailleurs. En raison des changements démographiques et en l'absence d'un afflux de personnes, il sera impossible d'offrir le niveau de services actuel. Le Parti libéral a proposé d'accroître la population du Nouveau-Brunswick à un million de personnes pour pourvoir les postes qui deviendront vacants au cours des prochaines années et d'accroître les recettes provinciales sans augmenter les impôts. Le premier ministre Higgs a, plus tard, fait sien cet objectif. Toutefois, on ne pourra pas atteindre cet objectif sans investir dans des efforts de promotion et de recrutement soutenus pour attirer des gens dans toutes les régions de la province.

Nous reconnaissons aussi que la pénurie à laquelle est confrontée la profession infirmière est plus grave et nécessite plus d'attention. Nous travaillerons avec les intervenants, tels le SIINB et l'AIINB, pour faire face aux obstacles dans le domaine des soins infirmiers comme les conditions de travail et surtout la violence au travail. Nous chercherons aussi à déterminer comment rendre la profession infirmière attrayante aux infirmières et infirmiers qui demeurent au Nouveau-Brunswick mais qui travaillent au Maine ou qui exercent des fonctions non liées aux soins infirmiers.

**Q. Nous savons que les foyers de soins ne sont pas couverts par la Loi canadienne sur la santé. Quel est le rôle du gouvernement fédéral à cet égard?**

R. : Le gouvernement libéral précédent a convaincu le gouvernement fédéral de créer le projet pilote sur les aînés en santé et d'investir 75 millions de dollars dans la recherche au Nouveau-Brunswick. Nous pensions qu'il était possible de trouver des solutions novatrices aux défis dans un contexte de vieillissement de la population, et qu'il était possible de convaincre Ottawa de les financer.

**Q. : Les aînés du Nouveau-Brunswick risquent-ils de devoir composer avec une norme de soins inférieure à celle des autres provinces?**

R. : Oui, le risque existe. Pour le gouvernement, le bilan passe avant la qualité des soins et la qualité de vie. L'annulation des prestations pour les aidants naturels accélèrera le déplacement des aînés de la collectivité vers les foyers de soins. En raison du délai dans la mise en œuvre du plan concernant les foyers de soins, on pourrait ne pas disposer de lits lorsque les aînés en auront besoin. Un nouveau gouvernement libéral accorderait la priorité à ces questions afin que les aînés reçoivent les excellents soins qu'ils méritent.

**Q. : Étant donné les connaissances que nous avons sur le secteur, est-ce que la surveillance des foyers de soins devrait relever du ministère de la Santé?**

R. : C'est une question complexe. L'ensemble des services de soutien aux aînés dans leur collectivité sont gérés par le ministère du Développement social, et les soins de santé sont gérés par le ministère de la Santé. Est-il préférable que les foyers de soins soient gérés avec les foyers de soins spéciaux et les services de soutien aux aînés dans leur collectivité ou avec les hôpitaux et les services d'ambulance? Il y a des aspects pour et contre chaque argument. Nous pensons que les défis fondamentaux dans le secteur des foyers de soins devraient être la principale priorité du gouvernement et qu'ils sont les mêmes, peu importe le ministère responsable.

**Q. : Si vous étiez premier ministre, quelle serait votre plus grande priorité en ce qui concerne les soins aux aînés du Nouveau-Brunswick?**

R. : Les aînés qui occupent des lits de patients nécessitant un autre niveau de soins dans les hôpitaux ne reçoivent pas les soins dont ils ont besoin et qu'ils méritent. Dans bien des cas, leur santé mentale et leur santé physique se détériorent pendant qu'ils attendent un soutien et des soins adéquats. Notre priorité absolue serait de résoudre cet encombrement dans notre système et de trouver des soutiens communautaires et institutionnels pour les aînés qui sont prêts à recevoir rapidement leur congé de l'hôpital.

---

## ENTREVUES AVEC DES PERSONNES INFLUENTES

### *D<sup>re</sup> Suzanne Dupuis-Blanchard*

Professeur à l'École de science infirmière de l'Université de Moncton

**Q. : Vous avez beaucoup travaillé sur la question du vieillissement et des soins aux aînés au Nouveau-Brunswick. Pouvez-vous nous donner une vue d'ensemble de la situation actuelle dans la province?**

R. : Les aînés veulent vieillir à la maison au Nouveau-Brunswick, mais le défi est de taille. C'est très difficile parce que les services ne sont pas nécessairement accessibles dans toutes les collectivités. Nous avons des collectivités rurales et urbaines, et francophones et anglophones. Le nombre de services disponibles et leur qualité ne sont pas les mêmes, selon l'endroit où vous demeurez ou selon la langue que vous parlez.



### **Q. : Pouvez-vous expliquer un peu le projet des foyers de soins sans murs?**

R. : Le projet porte sur la façon dont nous pouvons mieux servir les aînés dans la collectivité. Il vise à élargir l'éventail des services pouvant être offerts dans la collectivité, au moyen d'autres ressources, par les foyers de soins locaux qui connaissent les aînés de la localité. Il s'agit de tirer profit de ce qui existe déjà dans la collectivité. Que pouvons-nous utiliser au lieu de créer de nouveaux services? Nous pouvons certes élargir ces services aux gens de la collectivité. Utilisons ce dont nous disposons déjà et ajoutons des services. Le projet est financé dans le cadre du projet pilote provincial des aînés en santé, une initiative conjointe avec le gouvernement du Canada. Les résultats dans les quatre premières collectivités sont très prometteurs.

### **Q. : Avez-vous un exemple des types de services qui pourraient être offerts localement aux aînés?**

R. : Je pense que les foyers de soins dans une collectivité peuvent devenir « l'endroit où aller » pour obtenir de l'information sur le vieillissement. Ils peuvent devenir un centre de spécialistes en vieillissement au sein de la collectivité. Nous avons constaté qu'un grand nombre de ces foyers de soins ont des locaux pour tenir des réunions ou des rencontres sociales. Les professionnels pourraient utiliser ces locaux pour dispenser leurs services. À titre d'exemple, un des principaux besoins dans les quatre collectivités du projet pilote est de prévenir l'isolement social. Nous avons donc créé un poste d'intervenant pivot pour aider les aînés de la localité à trouver l'information et à accéder aux services, mais aussi pour organiser des activités et, il est à espérer, pour informer les gens sur la façon de rester en santé. Ce dont la plupart des gens ont besoin pour vieillir à la maison a fort peu à voir avec les soins médicaux à domicile mais tout à voir avec les programmes sociaux.

### **Q. : Avec le vieillissement de la population du Nouveau-Brunswick, nous devons peut-être plus que doubler le nombre de lits en foyers de soins dont nous disposons. Que doit-on faire avec les gens trop malades pour rester à la maison?**

R. : Je pense que les ressources dont nous disposons offrent beaucoup de potentiel, c'est simplement l'utilisation dont nous en faisons. Lorsque je parle de garder les gens dans leurs propres maisons, je ne dis pas qu'ils n'auront jamais besoin d'aller dans un foyer de soins ou un foyer de soins spéciaux. Dans certains cas, j'espère que les services communautaires retarderont le déplacement de ces aînés vers ces établissements, non pas le prévenir totalement. Si nous pouvons offrir les services dont les aînés ont besoin pour vieillir chez eux, je crois sincèrement que nous pouvons retarder leur admission dans notre système de soins de longue durée. Pour ce faire, les ressources sont essentielles.

**Q. : Les ressources semblent être la question à laquelle nous revenons sans cesse. Comment payons-nous pour tout ça?**

R. : Je sais que l'argent est toujours le facteur décisif, mais en réorganisant ce qui existe déjà dans la province et en mettant l'accent sur les aînés dans la collectivité, je pense que nous économiserons. Nous pouvons prévenir ou retarder la détérioration de l'état de santé des gens si nous faisons les choses correctement.

---

## ENTREVUES AVEC DES PERSONNES INFLUENTES

**Jodi Hall**

**Directrice générale de l'Association des foyers de soins du Nouveau-Brunswick**

**Q. : On entend beaucoup parler du recrutement international. Pourquoi est-ce une bonne solution pour les foyers de soins?**

R. : Nous avons conclu un partenariat avec l'Omni College de la Colombie-Britannique. Actuellement, près de 90 infirmières et infirmiers formés à l'étranger qui travaillent dans le secteur ici au Nouveau-Brunswick sont à différentes étapes menant à l'obtention de leur licence les autorisant à exercer ici. C'est une belle victoire pour nous dans le secteur des foyers de soins.

**Q. : Je pense que nous comprenons tous le potentiel du modèle d'IFE, mais le défi a toujours été le temps et les dépenses nécessaires pour qu'un ou une IFE puisse obtenir sa licence. Qu'est-ce qui change?**

R. : Nous devons être plus novateurs. Un défi est la réglementation fédérale et ce qu'on appelle la « règle de déqualification ». Habituellement, lorsqu'une personne arrive au Canada pour exercer la profession infirmière, elle doit être un ou une II. En collaboration avec Immigration Canada, nous avons pu examiner les disparités salariales et autoriser un plus grand flux d'IFE au Nouveau-Brunswick, dont un grand nombre d'entre eux occuperont des postes de PR ou d'IAA avant d'obtenir leur immatriculation complète pour exercer comme II. Le gouvernement fédéral a aussi déterminé les subventions qui aident les IFE à payer les coûts de transition.



**Q. : Quelle est la position de l'Association sur l'allègement des pressions causées par les listes d'attente qui s'allongent?**

R. : Nous privilégions deux modèles : le modèle des foyers de soins sans murs préconisé par Dre Dupuis-Blanchard et le concept de résidents de foyer de soins communautaire. Nous aurions admis des résidents demeurant à la maison dans la collectivité qui recevraient des services très semblables à ceux offerts aux résidents admis dans le foyer de soins lui-même. Ces modèles ne conviendront pas à tous mais ils peuvent convenir à certains. Ils nous permettent d'élargir les services sans agrandir l'infrastructure.

**Q. : Qu'en est-il de l'infrastructure actuelle?**

R. : Nous devons éviter de penser à nous en tant qu'établissements. Nous devons, d'abord et avant tout, nous considérer comme un foyer. Nous avons tous un rôle à jouer pour assurer que ces foyers sont fonctionnels et sécuritaires. Nous devons conserver la dynamique communautaire si pertinente à ce concept de vie quotidienne. Nous ne devons jamais l'abandonner. Cela apparaît inacceptable sur le plan philosophique.

**Q. : Il serait coûteux de fournir ces modèles à plusieurs autres aînés. Comment financer ces modèles?**

R. : Nous devons investir dans la transition. Nous avons créé notre propre cycle où le placement dans un foyer de soins passe par l'hôpital. Il ne devrait pas en être ainsi. Pour alléger les pressions exercées sur le système, les foyers de soins commencent à admettre des résidents provenant surtout des hôpitaux. Nous devons investir pour nous éloigner de cette pratique. Nous devons investir au niveau communautaire. Nous devons adapter les soins et les services à la personne pour qu'elle vieillisse en profitant de la plus belle expérience possible.

---

## ENTREVUES AVEC DES PERSONNES INFLUENTES

### *Sharon Teare*

**Présidente du Conseil des syndicats des foyers de soins du Nouveau-Brunswick**



#### **Q. : Quel est le plus grand défi des travailleurs des foyers de soins du Nouveau-Brunswick dans leur travail quotidien?**

R. : La dotation sécuritaire est une très grande préoccupation. Le temps est une des plus grandes ressources dont nous ne disposons pas. On exige beaucoup de nous, mais c'est impossible de tout faire lorsqu'il faut prendre soin de 10 à 12 résidents. Trop souvent, le travail de prévention qui est si important n'est pas fait car le personnel est surchargé.

#### **Q. : Que pensez-vous du plan global du gouvernement d'aborder les défis que posent une population vieillissante? Selon vous, ce plan existe-il?**

R. : Je ne dirais pas qu'il y a un plan, sûrement pas un plan proactif. Le gouvernement pare au plus pressé au lieu d'être proactif. Malheureusement, ce n'est pas efficace. Je ne pense pas qu'il perçoive la pénurie telle qu'elle est. Les investissements requis pour aborder la situation ne sont pas effectués. Je ne pense pas qu'il existe un plan important de recrutement et de maintien en poste.

#### **Q. : Où peut-on trouver la main-d'œuvre nécessaire pour s'occuper d'une population vieillissante?**

R. : Il existe de réels obstacles d'admission pour certaines personnes qui sont déjà dans le système. Un membre du personnel des services de soutien d'un foyer de soins qui désire devenir un PSP doit retourner au collège communautaire à ses frais. S'il recevait moins de 14 \$ l'heure, il obtiendrait une aide fédérale pour retourner aux études. Puisqu'il reçoit 15 \$ l'heure, il doit se débrouiller seul.

**Q. : Que pensez-vous de notre capacité à maintenir en poste la main-d'œuvre actuelle?**

R. : J'ai toujours dit que des salaires et des avantages sociaux raisonnables sont un attrait dans le recrutement. Les conditions de travail sont la façon de retenir la main-d'œuvre. Compte tenu des conditions de travail actuelles, nous vivons donc une grave crise de rétention de la main-d'œuvre. À titre d'exemple, une jeune femme travaillait comme PSP tout en poursuivant ses études à temps partiel pour devenir IAA. Elle a été victime d'une agression par un résident et elle a été blâmée pour l'agression par son employeur. Elle a quitté le secteur après avoir obtenu son diplôme. Nous entendons de telles histoires tous les jours.

**Q. : Pouvez-vous parler de la violence dont sont victimes les travailleurs dans les foyers de soins?**

R. : Ceux qui ne connaissent pas les niveaux de violence et d'agression dans les foyers de soins peuvent difficilement comprendre. Un grand nombre de résidents ont une déficience cognitive. La violence peut être perçue comme faisant partie du travail. Elle ne l'est pas du tout. Bien des travailleurs des foyers de soins ne pensent pas que leurs plaintes relatives à la violence sont prises au sérieux. Par conséquent, les actes de violence ne sont pas toujours signalés.

**Q. : Que pensez-vous des changements à la combinaison de compétences imposés au secteur par le gouvernement?**

R. : Je suis PSP et je suis à l'aise d'affirmer que l'acuité de l'état des résidents a vraiment augmenté. Ce n'est donc pas le moment pour le gouvernement de réduire le personnel professionnel – II et IP. Les employeurs ne peuvent pas invoquer les pénuries de main-d'œuvre afin de payer moins pour plus de travail.

---

## ENTREVUES DES PERSONNES INFLUENTES

### **Richard Saillant**

**Économiste et auteur d'*Au bord du gouffre*?**

**Q. : Vous avez beaucoup parlé des quelque 12 000 lits de foyers de soins dont le Nouveau-Brunswick aura besoin au cours des prochaines années, de la pénurie de travailleurs et de la rareté des ressources. Comment devons-nous tous envisager ce problème?**

R. : Nous devons aborder ces questions en même temps. À court terme, les hôpitaux devront mieux utiliser les ressources existantes puisque les perspectives de recrutement pour surmonter les difficultés sont limitées. Quant aux foyers de soins, notre capacité à élargir rapidement l'offre de main-d'œuvre à court terme est plus grande. Nous pouvons, par exemple, élargir l'offre de travailleurs de soutien en améliorant la rémunération et en attirant plus de travailleurs étrangers.

Une autre priorité immédiate est d'accroître le nombre de places dans les programmes de formation infirmière. Les longues listes d'attente de candidats qualifiés pour les programmes locaux de formation infirmière sont inacceptables.

Cela dit, nous ne pourrions pas recruter les infirmières et infirmiers, et les autres professionnels de la santé requis au cours des prochaines années en mettant uniquement l'accent sur les jeunes Néo-Brunswickois. Force est de constater que le Nouveau-Brunswick a connu une forte baisse de sa population de jeunes. Prenons, par exemple, le Nord. Plus de 45 % des jeunes ont quitté la région au cours des deux dernières décennies. Cela signifie un groupe de plus en plus restreint de futurs diplômés en sciences infirmières au moment où de plus en plus de travailleurs prennent leur retraite et où la demande de services de santé afflue.

**Q. : Qu'en est-il des infirmières et infirmiers formés à l'étranger?**

R. : Je ne suis pas certain que le recours à l'immigration fournirait le nombre d'infirmières et infirmiers, et d'autres professionnels de la santé hautement qualifiés dont nous avons besoin. Il reste que des centaines de millions de personnes dans le monde atteindront le troisième âge, ce qui augmentera considérablement la demande d'infirmières et infirmiers. La concurrence sera donc très forte, et la demande sera à l'échelle mondiale tout comme la pénurie.

Selon moi, une approche plus prometteuse est d'attirer dans les programmes de formation infirmière au Nouveau-Brunswick un plus grand nombre d'étudiantes et étudiants internationaux à qui une offre d'emploi serait par la suite faite dès l'obtention de leur diplôme.



**Q. : Un des points soulevés dans *La génération oubliée* est que le secteur des soins de longue durée de la province pourrait devenir de deuxième ou troisième ordre si des mesures ne sont pas prises. Quelles sont les étapes essentielles pour que cela ne se produise pas?**

R. : Les ressources financières seront nécessaires. Des collectivités compteront un très grand nombre d'aînés. Prenez Dalhousie par exemple. Très bientôt, la moitié de la population aura 65 ans ou plus. Le besoin est urgent dans ces collectivités. Comment attire-t-on les gens où se trouvent les emplois? Les conditions de travail doivent être adéquates, et les salaires doivent être concurrentiels. Il faut aussi aider les petits exploitants à recruter des travailleurs étrangers qualifiés.

**Q. : Et si nous ne le faisons pas?**

R. : Alors, ce sera un système semblable à une grande multinationale où vous avez les Shannex de ce monde qui ont les ressources pour effectuer leur recrutement à l'échelle internationale. En cours de route, nous perdons l'approche communautaire et peut-être la capacité à servir les gens dans leur langue. Je n'ai pas une vision apocalyptique de notre capacité à maintenir les services ici au Nouveau-Brunswick, mais il faudra d'autres ressources financières. Vu les réalités ici, beaucoup de ces ressources devront venir d'Ottawa.

**Q. : Les soins en établissement et les soins en fin de vie devraient-ils être couverts par le système universel de soins de santé du Canada?**

R. : Le principe de base de l'Assurance-maladie est que, si cela est jugé un service essentiel, c'est gratuit dès le premier dollar gagné. C'est un débat qu'il faut avoir comme société afin de déterminer ce qui doit être considéré comme étant essentiel et les circonstances dans lesquelles les personnes les mieux nanties devraient s'attendre à soutenir une part du fardeau financier de ces services.

# Recommandations du rapport du SIINB

## Recommandations au gouvernement fédéral

- 1) Le gouvernement du Canada doit prendre des mesures pour inclure dans la *Loi canadienne sur la santé* les soins en établissement offerts aux Canadiens atteints d'une maladie chronique et allouer des fonds à cette fin.
  - **Logique :** En inscrivant le droit aux soins en établissement dans la *Loi canadienne sur la santé*, les Canadiens gravement malades recevraient des soins avec dignité, peu importe la capacité de payer de leur province.
  - Neuf Néo-Brunswickois sur dix sondés appuient l'inclusion des soins en établissement dans le système universel de soins de santé au Canada.
- 2) Le gouvernement fédéral doit accroître les transferts en matière de santé aux provinces confrontées à de graves défis démographiques et ayant des populations vieillissantes; les transferts devant être suffisants pour tenir compte de l'augmentation d'une année à l'autre des coûts liés aux soins de santé.
  - **Logique :** D'ici 2038, près du tiers des Néo-Brunswickois auront 65 ans et plus, alors que la moyenne nationale sera d'environ 24 %.
  - Les changements à la formule de financement du transfert canadien en matière de santé apportés par le gouvernement fédéral ont occasionné des pertes considérables pour le budget des soins de santé du Nouveau-Brunswick.
  - Le modèle de financement précédent visait à assurer une répartition équitable fondée sur les caractéristiques démographiques d'une population provinciale.

- 3) Le gouvernement fédéral doit modifier le *Code criminel* du Canada pour inclure les voies de fait contre un travailleur de la santé.
- **Logique :** L'intimidation au travail accroît le stress et réduit la satisfaction au travail, ce qui a des effets néfastes sur la santé mentale et la santé physique des travailleurs de la santé. Il s'ensuit des taux d'absentéisme élevés, et de faibles taux de recrutement et de maintien en poste.
  - Les degrés de violence dans les foyers de soins au Nouveau-Brunswick sont nettement supérieurs à ceux dans les hôpitaux du Nouveau-Brunswick avec 4,5 incidents violents par jour.
  - Les membres du SIINB qui travaillent dans les foyers de soins indiquent que 33 % des actes de violence dont ils sont victimes sont commis par des membres de la famille, des collègues ou leur employeur.
  - La criminalisation des voies de fait contre les travailleurs de la santé aidera à inverser cette tendance, en constituant un moyen de dissuasion nécessaire.
- 4) Le gouvernement fédéral doit rendre permanent le programme pilote d'immigration au Canada atlantique.
- **Logique :** En raison de la pénurie de personnel infirmier et des défis démographiques au Nouveau-Brunswick, l'immigration est un élément essentiel de la solution globale.
  - Rendre permanent le programme pilote d'immigration au Canada atlantique permettra d'assurer que le Nouveau-Brunswick continue de bénéficier des avantages nécessaires que comporte l'immigration pour soutenir l'immense pression exercée sur ses travailleurs de la santé.
- 5) Dans le cadre de son engagement à bâtir des collectivités viables au Canada, le gouvernement fédéral devrait mettre à la disposition des foyers de soins au Canada un fonds d'infrastructure.
- **Logique :** Le Canada administre une population vieillissante, surtout au Nouveau-Brunswick.
  - L'Association canadienne des soins de longue durée a aussi demandé que le gouvernement fédéral accorde aux foyers de soins de longue durée un soutien en matière d'infrastructure.
  - Au moyen de petits investissements visant à aider les provinces à payer les coûts d'entretien de leurs foyers de soins, le gouvernement du Canada renforcera la capacité des provinces, comme le Nouveau-Brunswick, à soutenir leurs secteurs des soins de longue durée, face aux énormes défis financiers.

## Recommandations au gouvernement provincial

### Finances du Nouveau-Brunswick

- 6) Le Nouveau-Brunswick devrait accroître les dépenses en soins de santé par personne pour atteindre la moyenne au Canada atlantique.
- **Logique :** Actuellement, la Colombie-Britannique, l'Ontario et le Québec sont les seules provinces qui dépensent moins que le Nouveau-Brunswick en soins de santé par personne.
  - Harmoniser les dépenses en soins de santé par personne au Nouveau-Brunswick avec la moyenne au Canada atlantique permettrait d'investir considérablement dans le contexte d'une population vieillissante, des pénuries de main-d'œuvre et d'une infrastructure des soins de longue durée en déclin.
- 7) Le Nouveau-Brunswick devrait supprimer le déficit de 12 000 à 14 000 \$ par étudiant dans les programmes du baccalauréat en sciences infirmières des universités de la province.
- **Logique :** Actuellement (2020), l'école de sciences infirmières de l'Université du Nouveau-Brunswick fonctionne à la moitié de sa capacité, en raison des coûts exorbitants de la formation clinique et du refus de nombreux gouvernements du Nouveau-Brunswick de combler ce manque à gagner.
  - Au début de 2020, l'UNB a signalé un déficit structurel de plus de trois millions de dollars par année.
  - Les recettes globales de l'U de M ont chuté pendant cinq des six dernières années.
  - Les droits de scolarité des programmes de formation infirmière de l'U de M augmentent à un rythme deux fois plus élevés que ceux des cours d'art. L'U de M connaît aussi des difficultés à recruter des étudiants et étudiantes, en raison d'un manque de financement et des coûts élevés des programmes.
- 8) Le gouvernement du Nouveau-Brunswick devrait prendre des dispositions immédiatement pour aider les employeurs des foyers de soins à planifier en vue d'opérations efficaces, en présentant clairement les postes budgétaires et en adoptant un modèle de budgétisation pluriannuel.
- **Logique :** Actuellement, les foyers de soins reçoivent leurs budgets de fonctionnement des mois après le début de leur exercice en cours, ce qui les empêche de bien planifier.
  - Les foyers de soins incluent régulièrement cette incertitude budgétaire dans leurs pratiques d'embauche. Il en résulte un recours peu judicieux au personnel de la santé occasionnel, ce qui freine le recrutement et contribue à la pénurie de personnel infirmier au Nouveau-Brunswick.

## Gouvernance des soins de longue durée

- 9) Le Nouveau-Brunswick devrait transférer la fonction de surveillance des foyers de soins du ministère du Développement social au ministère de la Santé.
- **Logique :** Le Nouveau-Brunswick demeure la seule province au Canada où les soins des aînés dans les foyers de soins ne sont pas supervisés par le ministère de la Santé.
  - L'acuité de l'état des résidents, la capacité de gouvernance, la surveillance efficace, les compétences médicales, l'efficacité et les normes nationales sont quelques-unes des nombreuses raisons justifiant un changement immédiat.
- 10) Le gouvernement devrait cesser ses efforts visant à privatiser le secteur des foyers de soins.
- **Logique :** Au moment de la rédaction du présent rapport, on ne sait toujours pas si les mesures de redressement du gouvernement prévues dans la *Loi sur les foyers de soins* du Nouveau-Brunswick s'appliquent aux entreprises privées.
  - Le recours aux foyers de soins à but lucratif au Nouveau-Brunswick n'a pas résolu les problèmes qu'il était censé résoudre.
  - Comme le montre le sondage du SIINB auprès du public, une majorité des Néo-Brunswickois sont modérément ou très inquiets de l'introduction d'un motif de profit dans les soins de longue durée.
  - Les nombreuses recherches révèlent clairement que les foyers de soins de longue durée à but lucratif dispensent beaucoup moins de soins aux résidents, ce qui se traduit par de piètres résultats.
- 11) Pendant au moins trois ans, le gouvernement devrait accroître le nombre d'inspecteurs des foyers de soins à contrat, sous la supervision d'un spécialiste de la conformité expérimenté, afin de rétablir des niveaux de responsabilisation acceptables dans les foyers de soins au Nouveau-Brunswick.
- **Logique :** Comme l'indique clairement le présent rapport, il y a eu un manque de rigueur dans le respect des normes et la conformité dans les foyers de soins du Nouveau-Brunswick. Celles-ci doivent être renforcées.
  - Au printemps de 2020, sept des 68 foyers de soins du Nouveau-Brunswick n'avaient pas encore affiché leur rapport d'inspection de 2019 en ligne.
  - L'ajout d'inspecteurs et de personnel responsable de la conformité à contrat permettrait au gouvernement de rétablir la surveillance à court terme, sans encourir des frais à long terme.

**12)** Le gouvernement devrait moderniser son processus d'inspection des foyers de soins en adoptant le modèle de l'Ontario qui prévoit des inspections annuelles distinctes pour évaluer la qualité des soins aux résidents et l'intervention en cas d'incidents critiques. Il doit s'agir d'inspections imprévisibles.

- **Logique :** Le présent rapport soulève de graves questions à savoir si chaque foyer de soins au Nouveau-Brunswick consigne des données exactes sur les incidents majeurs ou les soins de routine aux résidents.
- Ces inspections imprévisibles distinctes permettraient d'évaluer, de façon plus détaillée et honnête, la prestation des soins préventifs aux résidents par les foyers de soins au Nouveau-Brunswick et leur intervention dans des incidents majeurs.

**13)** Dans le cadre de ses inspections annuelles, le gouvernement devrait prévoir le suivi de la fréquence des « évaluations à la suite d'un changement important » faites dans les foyers de soins du Nouveau-Brunswick.

- **Logique :** Selon le Dr John P. Hirdes de l'École de santé publique et des systèmes de santé de l'Université de Waterloo, des évaluations à la suite d'un changement important sont faites environ 2 % du temps, même si les changements [de l'état de santé] sont beaucoup plus fréquents.
- Le gouvernement a choisi d'inclure le système d'évaluation RAI-LTCF comme la pierre angulaire de ses politiques en matière de soins de longue durée. Sa mise en œuvre intégrale est un engagement qui doit être respecté.
- Vu les données préoccupantes citées par le Dr Hirdes, le gouvernement a intérêt à savoir si le manque de personnel et les charges de travail insoutenables nuisent aux évaluations mêmes sur lesquelles le gouvernement a choisi de se baser.

**14)** Par l'entremise du ministère responsable, le gouvernement devrait prendre des mesures immédiatement pour tester la conformité aux normes minimales de dotation en personnel infirmier immatriculé dans chaque foyer de soins au Nouveau-Brunswick et pour établir des pénalités en cas d'infraction, en plus de l'avis de non-conformité.

- **Logique :** Le présent rapport établit clairement la preuve que les foyers de soins du Nouveau-Brunswick ne veulent pas ou ne peuvent pas respecter leurs ratios actuels en personnel infirmier immatriculé et, dans certains cas, l'exigence d'avoir au moins un ou une II de garde.
- En 2019, des avis de non-conformité pour infractions relatives aux ratios en personnel obligatoires ont été envoyés à 31 foyers de soins, dont tous ceux de la région de Restigouche et de la Péninsule acadienne, mais ces tendances se poursuivent.
- Il y a tout lieu de croire que toutes les infractions relatives aux ratios en personnel ou à la norme d'un ou une II de garde ne sont pas signalées avec exactitude.

**15)** Le gouvernement devrait exiger que les foyers de soins du Nouveau-Brunswick affichent les résultats trimestriels de tous leurs indicateurs de rendement clés (IRC) sur leurs sites Web respectifs.

- **Logique :** Les foyers de soins du Nouveau-Brunswick utilisent déjà beaucoup les IRC, mais cette information n'est pas accessible au public.
- La présentation de rapports de responsabilisation en ligne s'impose rapidement comme la norme pour les établissements financés par l'État dans le secteur des soins de santé.
- Même si d'autres organismes, tels l'ICIS et le CSNB, peuvent éventuellement afficher des données sur les foyers de soins en ligne, le site Web de chaque foyer de soins est un centre d'information communautaire et donc un endroit idéal pour donner aux résidents et à leurs familles accès aux données indispensables pour leur santé et leur sécurité dans leurs foyers de soins.

**16)** Le gouvernement devrait exiger que les foyers de soins spéciaux comptant plus de 30 lits aient un ou une II de garde, ainsi qu'une ou un IP qui leur est rattaché pour dispenser les premiers soins. Ils seraient alors plus en mesure de s'occuper des résidents dont le niveau d'acuité est plus élevé, une situation qu'ils constateront inévitablement au Nouveau-Brunswick.

- **Logique :** Le nombre de lits inoccupés dans les foyers de soins spéciaux sont pour le Nouveau-Brunswick une occasion importante et une ressource inexploitée.
- En exigeant qu'un ou une II soit de garde en tout temps, il serait possible pour les foyers de soins spéciaux d'accroître la sécurité tout en se préparant à prendre soin de résidents qui auraient précédemment été hébergés dans des foyers de soins.
- En donnant à tous les résidents des foyers de soins spéciaux un accès aux soins primaires, il sera possible de prévenir la détérioration de l'état de santé de ces aînés et d'alléger les pressions exercées sur les foyers de soins provinciaux.

**17)** Le gouvernement doit poursuivre ses efforts en vue d'établir les foyers de soins comme des centres communautaires de socialisation et de services selon le modèle de foyers de soins sans murs, permettant ainsi à un plus grand nombre d'aînés de vieillir à la maison et d'éviter l'isolement social.

- **Logique :** Vu les réalités financières actuelles, le Nouveau-Brunswick ne pourra pas loger jusqu'à 12 000 aînés gravement malades pendant les années à venir. Il importe donc que le plus grand nombre possible de ces aînés reçoivent des services à domicile.
- En transformant les foyers de soins en un modèle « en étoile » pour la prestation des services, les lits des foyers de soins pourront être occupés par les résidents nécessitant davantage de soins actifs.
- La prestation des services aux aînés à domicile ou dans des locaux fournis par les foyers de soins est, pour les entrepreneurs locaux, une excellente occasion de répondre aux besoins d'un segment croissant de la population.

**18)** Le gouvernement devrait chercher à accroître progressivement le nombre d'heures de soins offerts aux résidents des foyers de soins du Nouveau-Brunswick, de 2,89 à 4,1 heures, incluant 45 minutes par jour avec un ou une II.

- **Logique :** Les études montrent que 4,1 heures de soins par résident par jour sont un seuil en dessous duquel on peut s'attendre à des résultats négatifs.
- Actuellement, la plupart des foyers de soins au Nouveau-Brunswick sont incapables de faire le suivi du nombre d'heures de soins qu'un résident reçoit d'un ou d'une II chaque jour.
- Les sondages du SIINB auprès des II révèlent qu'actuellement, de nombreuses tâches essentielles liées aux soins ne sont pas accomplies dans des foyers de soins au Nouveau-Brunswick.

**19)** Le Nouveau-Brunswick devrait s'inspirer de l'Australie, de la Californie et du Québec pour fixer les ratios d'II-résidents afin que la sécurité des résidents ne soit jamais compromise par des pressions économiques.

- **Logique :** Les ratios d'II-résidents dans les foyers de soins du Nouveau-Brunswick peuvent atteindre 1:200.
- Les ratios d'II-résidents obligatoires dans d'autres provinces se situent entre 1:20 et 1:44, selon le moment de la journée.
- Il existe de nombreuses preuves que les ratios en dotation sécuritaires réduisent le taux de mortalité chez les résidents et les erreurs dans l'administration des médicaments et donnent de meilleurs résultats pour les résidents.

## Pénurie de personnel infirmier

20) Le gouvernement devrait aborder immédiatement la pénurie de personnel infirmier au Nouveau-Brunswick en acceptant l'offre de l'UNB d'ajouter plus de 300 places à son programme du baccalauréat en sciences infirmières de quatre ans pour permettre à un plus grand nombre d'étudiants et d'étudiantes du Nouveau-Brunswick de combler les graves lacunes en effectif infirmier.

- **Logique :** En 2019, les RRS au Nouveau-Brunswick ont signalé le besoin d'ajouter 520 II à l'effectif chaque année pendant les cinq prochaines années.
- Au Nouveau-Brunswick, l'effectif infirmier se compose surtout de diplômés des universités de la province.
- En 2017, le taux de roulement du personnel infirmier immatriculé dans le secteur des soins de longue durée était de 27 %.

21) En consultation avec l'U de M, le gouvernement devrait prendre les mesures nécessaires afin de s'assurer que la capacité de l'Université de recruter des étudiants et étudiantes pour ses programmes du baccalauréat en sciences infirmières est renforcée.

- **Logique :** Les recettes globales de l'U de M ont chuté pendant cinq des six dernières années.
- Dans son rapport de 2017, le Conseil sur le vieillissement du Nouveau-Brunswick a demandé de mettre davantage l'accent sur l'engagement et le recrutement dans les écoles secondaires.
- En 2019, le gouvernement a dévoilé la Stratégie en matière de ressources infirmières du Nouveau-Brunswick qui demandait aussi de promouvoir davantage la profession d'II auprès des élèves de la maternelle à la 12e année.
- Les diplômés francophones en sciences infirmières de l'U de M sont parmi les meilleurs candidats pour pourvoir les postes dans les foyers de soins du Nouveau-Brunswick en région rurale où la pénurie de personnel infirmier est la plus prononcée dans la province.

22) Le gouvernement devrait élargir le programme de transition destiné aux IAA qui souhaitent obtenir un baccalauréat en sciences infirmières.

- **Logique :** L'U de M et l'UNB peuvent accroître le nombre d'IAA admis chaque année dans leurs programmes de transition.
- L'effectif d'IAA au Nouveau-Brunswick a augmenté de plus de 18 % depuis 2009.
- Puisque les IAA sont déjà formés et embauchés comme travailleurs de la santé au Nouveau-Brunswick, la possibilité qu'ils quittent la province après l'obtention de leur diplôme est très faible.

**23)** Dans le cadre de ses modalités de financement avec les écoles de sciences infirmières du Nouveau-Brunswick, le gouvernement devrait exiger qu'un pourcentage des placements professionnels offerts aux étudiants et étudiantes en sciences infirmières soit dans le secteur des soins de longue durée.

- **Logique :** Actuellement, les étudiants et étudiantes en sciences infirmières au Nouveau-Brunswick ont beaucoup de choix quant au lieu de leur placement professionnel dans le cadre des programmes du baccalauréat en sciences infirmières.
- Les sondages menés par l'AFSNB et le SIINB révèlent que les étudiants et étudiantes en sciences infirmières au Nouveau-Brunswick ne perçoivent pas les placements professionnels dans le secteur des soins de longue durée comme des choix attrayants.
- Exiger qu'un certain nombre de placements professionnels soit fait dans les foyers de soins aidera à exposer les étudiants et étudiantes en sciences infirmières du Nouveau-Brunswick à des parcours de carrière possible en soins de longue durée.

**24)** Le gouvernement doit simplifier la tâche des professionnels de la santé actuels qui désirent accroître leurs compétences et leurs connaissances pour combler les graves lacunes au sein de la main-d'œuvre du Nouveau-Brunswick.

- **Logique :** Une des plus grandes réserves de talents en soins de santé disponibles comprend les travailleurs de la santé actuels qui peuvent vouloir progresser dans leur classification.
- En Nouvelle-Écosse, les II qui veulent devenir des IP peuvent conserver leurs salaires d'II tout en étudiant, s'ils acceptent de travailler dans une région rurale pendant une période de temps, après avoir obtenu leur diplôme.
- S'il était adapté au Nouveau-Brunswick, ce modèle pourrait aider à régler la pénurie de professionnels de la santé et de travailleurs de la santé dans les régions rurales.

**25)** Il faudrait recourir davantage aux infirmières et infirmiers praticiens dans les foyers de soins, les foyers de soins spéciaux, les salles d'urgence des hôpitaux et les cliniques de santé du Nouveau-Brunswick dans les régions rurales mal desservies.

- **Logique :** En faisant appel aux IP salariés, le gouvernement peut réaliser d'importantes économies par rapport au modèle de facturation traditionnel utilisé par les médecins traitants.
- Dans le contexte des foyers de soins, les IP constitueraient une importante amélioration à la fois quantitative et qualitative par rapport aux médecins traitants, en raison du temps qu'ils pourraient consacrer à chaque résident.
- Les IP peuvent être recrutés parmi l'effectif infirmier au Nouveau-Brunswick et seront probablement davantage portés à accepter des affectations dans les régions rurales de la province que les médecins recrutés à l'extérieur de la province.

26) Le Nouveau-Brunswick devrait faire un effort soutenu et adéquatement financé dans le but de recruter d'autres IFE en vue d'un emploi futur dans les foyers de soins du Nouveau-Brunswick, en visant à immatriculer 50 nouveaux IFE chaque année.

- **Logique :** Les IFE peuvent aider à combler les besoins en matière de main-d'œuvre dans les foyers de soins du Nouveau-Brunswick, grâce à l'immigration.
- Un grand nombre des IFE qui viennent au Nouveau-Brunswick ont des contrats de préposés aux résidents auprès de foyers de soins ou foyers de soins spéciaux jusqu'à l'obtention de leur immatriculation les autorisant à travailler comme IAA ou II.
- Ce cheminement expose les IFE au secteur des soins de longue durée au Nouveau-Brunswick où ils peuvent choisir de rester après l'obtention de leur immatriculation d'II.
- Très peu d'IFE travaillent actuellement au Nouveau-Brunswick. Toutefois, une action bien pourvue en ressources dans ce domaine contribuerait grandement à aborder la pénurie de personnel infirmier, surtout dans le secteur des soins de longue durée.

27) En collaboration avec le gouvernement du Nouveau-Brunswick, les foyers de soins de la province doivent prendre des dispositions immédiatement pour accroître le nombre de postes permanents à temps plein offerts aux travailleurs des foyers de soins, en ciblant un ratio d'au plus deux emplois occasionnels pour chaque offre d'emploi permanent (2:1).

- **Logique :** Au début de 2020, on apprenait que le taux d'offres d'emploi occasionnel faites par les foyers de soins au Nouveau-Brunswick était beaucoup plus élevé que le taux d'offres d'emploi à temps plein. Pour les II, le ratio était de 5:1 ou plus.
- Nous avons de nombreuses preuves, y compris celle découlant d'une enquête sur l'emploi mené par l'AFSNB en 2017, que les offres d'emploi occasionnel ne sont pas attrayantes pour les travailleurs de la santé envisageant un emploi dans les foyers de soins et qu'elles contribuent grandement aux pénuries et au haut taux de roulement du personnel.
- L'absence d'incitatifs financiers et d'offres d'emploi permanent à temps plein assorties d'avantages sociaux et de régimes de pensions, sont un des quelques outils accessibles aux employeurs des foyers de soins lorsqu'ils explorent le marché du travail très compétitif, surtout dans les régions rurales.

## Violence au travail

- 28) Les inspections annuelles des foyers de soins faites par le gouvernement devraient comprendre un examen du nombre de suivis des incidents de violence dans les rapports d'incidents majeurs et autres, et exiger que tous les foyers de soins au Nouveau-Brunswick effectuent une évaluation annuelle de la violence au travail.
- **Logique :** Les réclamations acceptées par Travail sécuritaire NB concernant la violence au travail, lorsqu'elles sont ajustées à la taille de la main-d'œuvre, dépassent de 200 % celles dans les hôpitaux du Nouveau-Brunswick.
  - Les faits montrent qu'une grande partie de la violence envers le personnel des foyers de soins du Nouveau-Brunswick n'est pas signalée, ce qui peut se traduire par des examens insuffisants de la santé et de la sécurité au travail.
  - Il est dans l'intérêt du gouvernement et des employeurs des foyers de soins de réduire les niveaux de violence dans les foyers de soins provinciaux et le temps d'absence au travail résultant de blessures ou du stress.
- 29) Les foyers de soins du Nouveau-Brunswick doivent appliquer des procédures de repérage de la violence lors de l'évaluation initiale du résident.
- **Logique :** Selon la *Loi sur l'hygiène et la sécurité au travail*, les employeurs du Nouveau-Brunswick doivent prendre des mesures raisonnables pour avertir leurs employés des menaces de violence, d'agression ou de harcèlement connues.
  - D'autres employeurs du secteur des soins de santé du Nouveau-Brunswick, tels le Réseau de santé Horizon, ont adopté des procédures de repérage de la violence, y compris chez les patients nécessitant un ANS qui reçoivent des soins de longue durée ou qui souffrent de démence.
  - Il n'y a aucune raison fondée sur des données probantes que les mesures de protection concernant les patients nécessitant un ANS potentiellement violents dans les hôpitaux ne devraient pas être maintenues lorsque ces patients sont transférés dans des foyers de soins.
- 30) Les employeurs des foyers de soins devraient établir des indicateurs de rendement clés (IRC) qui évaluent les améliorations dans le nombre total d'incidents violents signalés par les employés, incluant la violence verbale et le harcèlement. Ces IRC seraient revus chaque trimestre par le conseil d'administration du foyer de soins.
- **Logique :** Les IRC qui permettent de déterminer le nombre total d'incidents violents sont déjà utilisés dans des établissements de soins de santé au Canada, y compris par les régions de la santé du Nouveau-Brunswick.
  - Les données révèlent que les employeurs des foyers de soins voient surtout la violence au travail dans l'optique de son impact financier, n'abordant pas les conséquences humaines.

**31)** Le Nouveau-Brunswick devrait établir dans chaque foyer de soins une unité d'évaluation du comportement où isoler et évaluer les résidents qui posent un risque pour eux-mêmes et pour les autres.

- **Logique :** Ces pratiques sont déjà appliquées dans certains foyers de soins en Nouvelle-Écosse. Elles ont obtenu un certain succès.
- Ces unités permettraient aux foyers de soins d'adopter les pratiques exemplaires utilisées dans les hôpitaux pour isoler et évaluer les résidents ayant de graves problèmes de comportement, et établir pour eux des plans de soins de santé.

**32)** Le gouvernement, les employeurs et les syndicats du secteur public devraient former une table ronde sur l'agression physique, la violence et l'agression sexuelle dans le secteur des soins de longue durée afin de revoir les pratiques exemplaires, et de développer et d'adopter une formulation commune dans les politiques et les conventions collectives pour établir une façon globale de réagir à ces tendances.

### Transparence et responsabilisation

**33)** Le gouvernement devrait réviser la *Loi sur le droit à l'information et la protection de la vie privée* et les systèmes qui l'appuient afin de rendre l'information sur les partenariats du gouvernement plus accessible à la population du Nouveau-Brunswick.

- **Logique :** Il faut accroître la transparence dans le secteur des soins de longue durée au Nouveau-Brunswick. Les Néo-Brunswickois devraient avoir facilement accès à l'information sur les fonds que leur gouvernement consacre aux aînés vulnérables de la province, au personnel qui s'occupe d'eux et aux établissements où ils demeurent.
- Actuellement, des tiers prestataires de soins de santé (tels Medavie) sont assujettis à la *Loi*, tandis que d'autres (comme Shannex ou des foyers de soins sans but lucratif) ne le sont pas. Il faut concilier les deux.
- Trop souvent et indûment, le gouvernement freine les efforts visant à obtenir de l'information sur des sujets tels les contrats du gouvernement avec Shannex ou les dépenses liées à la dotation et à l'infrastructure.
- Comme l'a conclu l'ancien Bureau du commissaire à l'intégrité, cette information relève, à juste titre, du domaine public, et le gouvernement doit prendre des mesures pour que les modèles de prestation de services qu'il choisit ne nuisent pas à la transparence et à la responsabilisation qui sont des éléments essentiels pour conserver la confiance du public.

- 34) Par l'entremise de son ministère responsable, le gouvernement du Nouveau-Brunswick doit s'assurer immédiatement que tous les foyers de soins du Nouveau-Brunswick fournissent à l'ICIS des données importantes, dont les résultats des évaluations RAI-LTCF.
- **Logique :** Le Nouveau-Brunswick est une des deux seules provinces qui n'ont pas contribué de façon significative aux bases de données de l'ICIS sur les soins de longue durée au cours de la dernière décennie.
  - Même si le Nouveau-Brunswick est parmi les premières provinces au Canada à fournir directement à l'ICIS les résultats des évaluations RAI-LTCF, ceux-ci proviennent de deux foyers de soins provinciaux seulement.
  - La participation aux activités de collecte des données de l'ICIS permettrait de comparer des éléments semblables entre les soins de longue durée au Nouveau-Brunswick et les soins dans les autres provinces.
- 35) Le gouvernement devrait donner une nouvelle lettre de mandat au CSNB dans laquelle il exigerait que le Conseil fasse rapport publiquement des IRC dans les secteurs des soins de longue durée et des soins actifs au Nouveau-Brunswick.
- **Logique :** Même si elles visent à combler les lacunes dans les données sur les soins de santé au Nouveau-Brunswick, les activités du CSNB se limitent actuellement aux sondages auprès du public néo-brunswickois.
  - Les études montrent qu'il est possible d'établir une corrélation entre le fait de soumettre les IRC à l'examen et à l'analyse du public, et les améliorations dans les soins de longue durée.
  - Qualité des services de santé Ontario dispose d'un modèle éprouvé que le gouvernement, par l'entremise du CSNB, pourrait facilement adopter au Nouveau-Brunswick, à un coût minime pour les contribuables.
- 36) Compte tenu de l'aggravation des problèmes dans le secteur des soins de longue durée, y compris les problèmes liés à la gouvernance, à la transparence, aux niveaux de dotation sécuritaire, aux soins aux résidents et à la tendance grandissante de violence et d'agression, le gouvernement du Nouveau-Brunswick devrait créer, aux termes de la *Loi sur les enquêtes*, une commission indépendante et non partisane chargée d'examiner l'état des soins de longue durée au Nouveau-Brunswick; ladite commission devant être nommée au plus tard durant la première session de l'Assemblée législative du Nouveau-Brunswick, en 2021.
- Le gouvernement doit donner à la commission le pouvoir d'assigner à témoin des personnes, d'exiger des documents et des dossiers, et d'interroger les témoins sous serment.

**37)** Comme étape transitoire avant la mise en œuvre de la recommandation précédente, le Conseil exécutif (Cabinet) du Nouveau-Brunswick devrait demander au vérificateur général de mener une enquête spéciale sur les problèmes soulevés dans le présent rapport et les questions connexes, et prévoir un financement suffisant pour que cette enquête spéciale se déroule sans entrave.

- Le Bureau du défenseur des aînés du Nouveau-Brunswick devrait aussi entreprendre une analyse du financement du secteur des soins de longue durée au Nouveau-Brunswick, en s'inspirant de l'analyse effectuée récemment par le Bureau du défenseur de la Colombie-Britannique.
- Ces enquêtes devraient par la suite guider le travail de la commission indépendante.

**38)** Les recommandations de la commission devraient servir de base à la révision de la *Stratégie des soins de longue durée du Nouveau-Brunswick* et de la *Loi sur les foyers de soins*. La *Loi* devrait être révisée dans le but d'inclure des normes de dotation fondées sur des données probantes, des moyens de prévention de la violence et des engagements visibles liés à la présentation de rapports destinés au public, la responsabilisation et la transparence. Les révisions de ces deux documents devraient par la suite constituer la base des soins de longue durée au Nouveau-Brunswick.

**Dernière remarque :** *La liste des recommandations n'est pas un menu à partir duquel le gouvernement peut choisir. Les graves défis dans le secteur des soins de longue durée au Nouveau-Brunswick comportent plusieurs facettes. Seule une démarche globale à multiples volets peut permettre de réaliser des progrès en vue de les résoudre. Comme il a été mentionné, le gouvernement a couramment fait fi de nombreuses suggestions faites dans d'autres rapports sur ce secteur, y compris celles du vérificateur général. Le Syndicat des infirmières et infirmiers du Nouveau-Brunswick a donc l'intention de publier une fiche de rendement sur les recommandations du présent rapport et prévoit la rendre accessible aux Néo-Brunswickois à l'automne de 2023.*

# Conclusion

Ensemble, nous avons exploré à fond le secteur des soins de longue durée au Nouveau-Brunswick. Prenons maintenant un peu de recul et regardons la situation dans son ensemble. Le système au Nouveau-Brunswick éprouve des difficultés, mais il n'est pas nécessaire qu'il en soit toujours ainsi. Les Néo-Brunswickois ont bon nombre de solutions.

Il est vrai que le Nouveau-Brunswick fait face à une population vieillissante et en mauvaise santé, mais ces pressions pourraient être allégées à une fraction du coût, en ayant davantage recours aux IP partout dans la province. Il est vrai qu'il y a un manque de rigueur dans la surveillance des foyers de soins, mais les outils pour renforcer la surveillance sont abordables et à portée de main. Il est vrai que la province doit surmonter une grave pénurie de personnel infirmier, mais des centaines d'élèves ambitieux du secondaire au Nouveau-Brunswick sont inscrits sur des listes d'attente pour des places dans les programmes de formation infirmière.

Sans cette nouvelle génération d'II, le secteur des soins de longue durée au Nouveau-Brunswick continuera de connaître un déclin, des hospitalisations, de piètres résultats et des coûts plus élevés par résident, en plus d'un accroissement de la demande. Nous devons réformer notre système maintenant ou faire face à une situation encore plus difficile dans les années à venir. Pour paraphraser l'ancien président des États-Unis, Barack Obama, si vous pensez que faire des investissements intelligents axés sur des données probantes coûte cher, attendez de voir quel sera le coût de l'ignorance.

---

## ENTREVUES AVEC DES INFORMATEURS CLÉS

*Il est tellement triste de voir que les aînés qui ont bâti ce beau pays doivent passer le reste de leur vie dans des établissements sous-financés comme celui-ci. Ils attendent trop longtemps avant d'être nourris et sont assis toute la journée à ne rien faire, sans personne à qui parler.*

- UNE INFIRMIÈRE IMMATRICULÉE

---

Les solutions n'entraînent pas toutes des dépenses. Nos recommandations sur la gouvernance sont de parfaits exemples. Renforcer la capacité du gouvernement à surveiller les foyers de soins et à appliquer les règlements afférents nécessiterait un investissement minime. La publication de l'information sur les IRC ne coûterait rien. Pour ceux qui se demandent pourquoi le présent rapport met autant l'accent sur la gouvernance et la surveillance, la réponse est simple. Si le gouvernement n'a pas la capacité d'appliquer ses propres règlements, aucune réforme gouvernementale, pas même les révisions à la *Loi sur les foyers de soins*, ne vaudrait le papier sur lequel elle est imprimée.

En réformant le secteur des soins de longue durée, le Nouveau-Brunswick aurait les meilleurs atouts possibles pour demander une aide fédérale accrue qui devra sûrement être fournie. Une partie de cette aide est imminente. Les infirmières et infirmiers du Nouveau-Brunswick se joignent à leurs consœurs et leurs confrères au Canada pour réclamer l'adoption d'un régime universel d'assurance-médicaments qui aiderait les aînés de toutes les provinces, mais surtout ceux du Nouveau-Brunswick. Les infirmières et infirmiers continueront de se battre pour les aînés à Ottawa, comme nous devons tous le faire.

En tant que Canadiens, nous savons que le rôle du gouvernement est de prendre soin de ceux qui ne peuvent plus le faire eux-mêmes, et de les protéger. Les infirmières et infirmiers du Nouveau-Brunswick seront toujours là pour les aînés, mais ils ne peuvent pas tout faire, seuls. Le changement doit commencer aujourd'hui.

Pendant des décennies, les Il du secteur des soins de longue durée du Nouveau-Brunswick ont écouté les paroles creuses de tous les partis sur la réforme. Ils ont ressenti les effets de ces promesses non tenues, tout comme les dizaines de milliers d'aînés vulnérables dont ils prennent soin – notre Génération oubliée. Dans le présent rapport, ils tirent la sonnette d'alarme, proposent des solutions et font valoir leurs points de vue.

***Nous avons écouté les aînés du Nouveau-Brunswick. Nous avons senti leur douleur. Nous avons parlé en faveur de leur cause. Notre dernier message s'adresse à la classe dirigeante du Nouveau-Brunswick – « Nous serons vigilants. »***

*- Les infirmières et infirmiers immatriculés du Nouveau-Brunswick*

---

# Épilogue : La COVID-19 et les foyers de soins au Canada

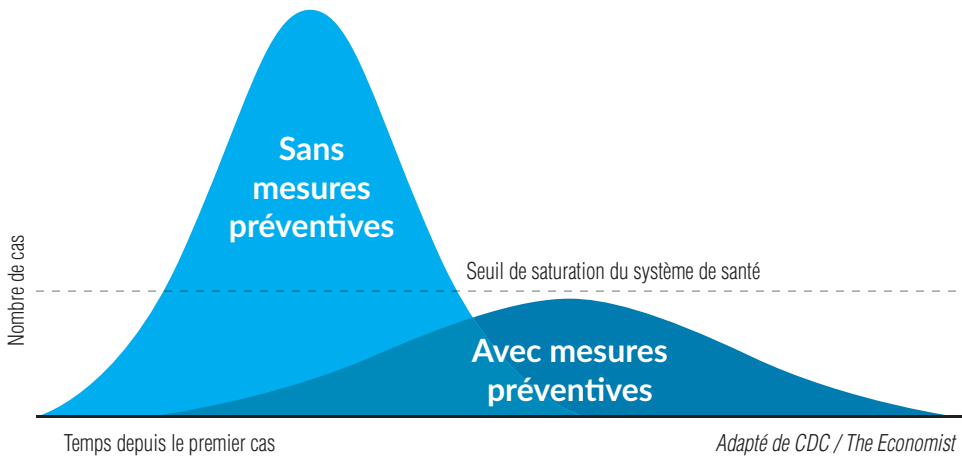
« Cette tragédie doit servir d'avertissement à l'ensemble du pays... La COVID-19 a exposé les grandes failles du système de soins de longue durée (Maclean's, 2020). » Lorsque le SIINB a commencé à rédiger La génération oubliée au milieu de 2019, il aurait semblé très peu probable qu'il cite le premier ministre de l'Ontario, Doug Ford, dans les dernières pages du présent rapport, mais la pandémie de COVID-19 a sensibilisé les Canadiens et la classe politique aux « grandes failles » du système. Le premier ministre Ford a fait ces commentaires qui incitent à la réflexion en réponse au rapport accablant des Forces armées canadiennes qui ont déployé des militaires pour exercer des rôles de soutien dans cinq foyers de soins en Ontario.

« Oui, des inspections ont lieu et des gens viennent, mais il a fallu que les militaires soient présents 24 heures sur 24, sept jours sur sept, de dire le premier ministre, ajoutant qu'il est impossible de connaître l'ampleur des problèmes qui affligent le système « avant qu'on y vive, respire ou mange... tant qu'on n'est pas sur place le soir et pendant la journée. (Maclean's, 2020). »

Évidemment, les soldats canadiens n'ont pas été déployés dans les foyers de soins du Nouveau-Brunswick. Mais les II professionnels dignes de confiance au Nouveau-Brunswick travaillent « jour et nuit » dans ces établissements. Ils ont exprimé leurs points de vue dans le présent rapport, dont la lecture devrait donner froid dans le dos, et qui devraient susciter une réponse tout aussi urgente du gouvernement.

Lorsqu'il a fait ces commentaires à la fin de mai 2020, le premier ministre Ford et d'autres représentants élus au pays exhortaient depuis longtemps les Canadiens à suivre les conseils figurant sur le graphique qui nous est de plus en plus familier.

Figure 59



L'appel à « aplatir la courbe » a grandement atteint son but de protéger ce que nous, en tant que Canadiens, considérons comme notre système de soins de santé. La capacité des hôpitaux du pays n'a pas été dépassée pendant la première vague de la pandémie de COVID-19. Ce n'est pas le cas dans les foyers de soins. Les professionnels de la santé canadiens ont toujours considéré les établissements de soins de longue durée comme un prolongement de notre système de soins de santé mais, pendant la première moitié de 2020, nous avons appris que ce n'était pas le cas pour les gouvernements fédéral et provinciaux, ce qui est tragique. Des milliers de Canadiens aînés sont décédés. Au 11 août 2020, 7 445 résidents de foyers de soins au Canada et 27 travailleurs de foyers de soins qui leur prodiguaient des soins faisaient partie des personnes décédées (Loreto, 2020). Il y a eu de nombreux autres décès. Les établissements de soins de longue durée, qui peinaient à respecter les normes de soins minimales dans des conditions optimales, ont rapidement été dépassés par la COVID-19, et les avertissements alarmants du graphique se sont concrétisés. C'était un danger que bien des gens redoutaient depuis des années, y compris la présidente de la FCSII, Linda Silas.

Tandis que les politiciens de toutes les allégeances s'empressent de remercier les Forces armées de leur rapport divulgateur sur les soins de longue durée, les travailleurs de la santé en première ligne se demandent pourquoi ils ont été ignorés ou qu'ils ont fait face à l'inaction lorsqu'ils ont exprimé les mêmes préoccupations. Les infirmières et infirmiers, les travailleurs de la santé et les syndicats qui les représentent tirent la sonnette d'alarme sur les conditions dans les soins de longue durée depuis des années. Peut-être qu'enfin nous serons entendus (Silas, courriel du 29 mai 2020).

Le SIINB a conçu le présent rapport comme un test de résistance du secteur des soins de longue durée de la province. Nous étions loin de nous douter que les foyers de soins au Canada et dans le monde seraient bientôt soumis à un test de résistance.

Au moment de la rédaction du présent rapport, le Nouveau-Brunswick est grandement épargné des tragédies de la COVID-19, ce qui n'est pas le cas de dizaines de milliers d'aînés vulnérables au Canada et de leurs familles. L'Ontario, où la majorité des établissements de soins de longue durée sont privés, a été particulièrement touchée. Au début de mai 2020, *The Toronto Star* a étudié les effets de la pandémie sur les foyers de soins à but lucratif. Les résultats étaient affolants.

Un résident d'un foyer de soins à but lucratif avait environ 60 % plus de risque de contracter la COVID-19 et 45 % plus de risque d'en mourir qu'un résident d'un foyer de soins sans but lucratif. En outre, un résident d'un foyer de soins à but lucratif avait environ quatre fois plus de risque de contracter la COVID-19 et quatre fois plus de risque de mourir qu'un résident d'un foyer de soins géré par une municipalité (Chown Oved, Kennedy et coll., 2020).

Au même moment, la Ontario Health Coalition publiait sa propre étude révélant que les taux de mortalité pendant la pandémie de COVID-19 en Ontario étaient beaucoup plus élevés dans les foyers de soins à but lucratif que dans les foyers de soins sans but lucratif ou gérés par le secteur public (Ontario Health Coalition, 2020). La pandémie a été riche en enseignements quant à de nombreux thèmes principaux du présent rapport; des enseignements que doit rapidement retenir le Nouveau-Brunswick. En Ontario, plusieurs ont pointé du doigt la privatisation et un système d'inspections laxiste. Au Québec, l'histoire est semblable, mais comporte une complication supplémentaire.

À la mi-avril 2020, le premier ministre du Québec, François Legault, a déclaré, en réagissant aux décès de 31 résidents d'un des 40 CHSLD privés de sa province : « Ce n'est pas acceptable la façon dont on traite nos aînés au Québec. » (Feith, 2020). Comme bien des premiers ministres au Canada, M. Legault s'est aperçu trop tard du danger de doter les foyers de soins provinciaux d'un grand nombre de membres du personnel de soins non réglementés travaillant des heures occasionnelles au salaire minimum. En raison d'éclotions de COVID-19, un grand nombre de CHSLD au Québec ont dû compter presque uniquement sur leur personnel de soins réglementé (II et IAA) qui, en raison de leur formation et de leurs licences professionnelles, ont continué de travailler, en s'exposant à de grands risques pour leur santé. Depuis, M. Legault a demandé que soient recrutés rapidement 10 000 préposés aux bénéficiaires qui suivront gratuitement une formation de trois mois offerte par le gouvernement du Québec (Elliot, 2020).

Les foyers de soins ne peuvent que retirer des avantages de ces ajouts, mais les principales leçons découlant de notre revue de la littérature restent lettre morte. Sans l'expertise médicale des II et des IP, le personnel des établissements de soins de longue durée ne pourra jamais protéger la santé des aînés les plus vulnérables. Les foyers de soins sont le prolongement de notre système hospitalier. Si nous ne retenons pas la leçon maintenant, quand le ferons-nous?

L'Ontario et le Québec sont peut-être les deux provinces les plus évidentes où tirer des leçons de la pandémie de COVID-19, mais non les seules. En Colombie-Britannique, en Alberta et en Ontario, les gouvernements provinciaux ont libéré des foyers de soins privés de leurs responsabilités. En Alberta et en Nouvelle-Écosse, les dirigeants ont réitéré leurs demandes visant la tenue d'enquêtes provinciales sur les soins de longue durée (Kines, 2020; von Scheel, 2020; Pace, 2020; Fortier, 2020). Nous savons que l'Ontario s'est engagée à une forme de commission indépendante en 2020. Les dirigeants de l'Ontario devraient faire preuve d'audace dans l'attribution des pouvoirs à cette commission d'enquête, tout comme devrait le faire le Nouveau-Brunswick.

Il est grand temps de dialoguer. Il est grand temps de discuter. Combien d'autres aînés et travailleurs de la santé au Canada doivent souffrir et mourir avant que les représentants élus cèdent aux preuves accablantes? Au moment de la rédaction du présent rapport, un taux bouleversant de 83 % des décès liés à la COVID-19 au Canada sont survenus dans les foyers de soins au pays. Ces personnes ne doivent pas être mortes en vain.

# Glossaire

- AFSNB** – Association des foyers de soins du Nouveau-Brunswick
- AIINB** – Association des infirmières et infirmiers du Nouveau-Brunswick
- ASSCNB** – Association de sécurité des soins continus du Nouveau-Brunswick
- CSNB** – Conseil de la santé du Nouveau-Brunswick
- EMD** – ensemble minimal de données
- EPFT** – Éducation postsecondaire, Formation et Travail
- FCASS** – Fondation canadienne pour l'amélioration des services de santé
- FCSII** – Fédération canadienne des syndicats d'infirmières et infirmiers
- GNB** – gouvernement du Nouveau-Brunswick
- IAA** – infirmière auxiliaire autorisée
- ICIS** – Institut canadien d'information pour la santé
- II** – infirmière immatriculée ou infirmier immatriculé
- IP** – infirmière praticienne ou infirmier praticien
- MTI** – ministère des Transports et de l'Infrastructure
- Patient nécessitant un ANS** – patients nécessitant un autre niveau de soins
- PR** – préposé aux résidents
- PSP** – préposé aux soins personnels
- RAI-LTCF** – instrument d'évaluation des résidents – établissement de soins de longue durée
- RRS** – régie régionale de la santé
- SIINB** – Syndicat des infirmières et infirmiers du Nouveau-Brunswick
- U de M** – Université de Moncton
- UNB** – Université du Nouveau-Brunswick

# Sources des citations

Aaronson, W. E., J. S. Zinn et M. D. Rosko. (1994). *Do for-profit and not-for-profit nursing homes behave differently?* *The Gerontologist*, 34(6), p. 775-786. <https://doi.org/10.1093/geront/34.6.775>.

Aigner, M. J., S. Drew et J. Phipps. (2004). *A comparative study of nursing home resident outcomes between care provided by nurse practitioners/physicians versus physicians only.* *Journal of the American Medical Directors Association*, 5(1), p. 16-23. [https://doi.org/10.1016/S1525-8610\(04\)70039-0](https://doi.org/10.1016/S1525-8610(04)70039-0).

Aiken, L. H., S. P. Clarke, D. M. Sloane, J. Sochalski et J. H. Silber. (2002). *Hospital nurse staffing and patient mortality, nurse burnout, and job dissatisfaction.* *Jama*, 288(16), 1987-1993. <https://doi:10.1001/jama.288.16.1987>.

Andrew-Gee, Eric. (Le 12 avril 2020). Coroner, health authorities and police launch investigations into Montreal nursing home after 31 seniors die. *The Globe and Mail*. Extrait de <https://www.theglobeandmail.com>.

Association des foyers de soins du Nouveau-Brunswick (AFSNB). (2017a). Rapport : Résultats et conclusions provenant du sondage sur le recrutement et la rétention des employés dans les foyers de soins. [Rapport] Extrait de [https://d8fdf396-639b-4072-86db-3f880604b551.filesusr.com/ugd/bd2adb\\_f0f7949579414fb6abebc2ac23d719a5.pdf](https://d8fdf396-639b-4072-86db-3f880604b551.filesusr.com/ugd/bd2adb_f0f7949579414fb6abebc2ac23d719a5.pdf).

Association des foyers de soins du Nouveau-Brunswick (AFSNB). (2017b). Rapport de consultation du secteur des foyers de soins sur l'élaboration de la Loi sur les soins de longue durée. [Rapport] Extrait de [https://d8fdf396-639b-4072-86db-3f880604b551.filesusr.com/ugd/bd2adb\\_9e3004c76a7d44458a0141adebc9efe4c.pdf](https://d8fdf396-639b-4072-86db-3f880604b551.filesusr.com/ugd/bd2adb_9e3004c76a7d44458a0141adebc9efe4c.pdf).

Association des infirmières et infirmiers du Nouveau-Brunswick (AIINB). (2019). Rapport annuel 2018. [Rapport] Extrait de <http://www.nanb.nb.ca/media/general/NANB-AR2018-F-web.pdf>.

Backhaus, R., H. Verbeek, E. van Rossum, E. Capezuti et J. P. Hamers. (2014). *Nurse staffing impact on quality of care in nursing homes: a systematic review of longitudinal studies.* *Journal of the American Medical Directors Association*, 15(6), p. 383-393. <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2013.12.080>.

Barron, D. N. et E. West (2017). *The quasi-market for adult residential care in the UK: Do for-profit, not-for-profit or public sector residential care and nursing homes provide better quality care?* *Social Science & Medicine*, 179, p. 137-146.  
<https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2017.02.037>.

Benzie, R. (Le 22 décembre 2016). *New Brunswick denounced for cutting side deal with Ottawa on health*. The Toronto Star. Extrait de <https://www.thestar.com>.

Bostick, J. E., M. J. Rantz, M. K. Flesner et C. J. Riggs. (2006). *Systematic review of studies of staffing and quality in nursing homes*. *Journal of the American Medical Directors Association*, 7(6), p. 366-376.  
<https://doi.org/10.1016/j.jamda.2006.01.024>.

Brophy, J. T., M. M. Keith et M. Hurley. (2018). *Assaulted and unheard: violence against healthcare staff*. *New solutions: a journal of environmental and occupational health policy*, 27(4), 581-606. <https://doi.org/10.1177%2F1048291117732301>.

Cabin, W., D. U. Himmelstein, M. L. Siman et S. Woolhandler (2014). *For-profit Medicare home health agencies' costs appear higher and quality appears lower compared to non-profit agencies*. *Health Affairs*, 33(8), p. 1460-1465.  
<https://doi.org/10.1377/hlthaff.2014.0307>.

Campenella, D. et S. Stunden Bower. (2013). *From Bad to Worse: Residential Elder Care in Alberta*. The Parkland Institute. Extrait de <https://s3-us-west-2.amazonaws.com/parkland-research-pdfs/frombadtoworse.pdf>.

Canada : Bureau du directeur parlementaire du budget. (2018). *Rapport sur la viabilité financière de 2018*. Extrait de [https://www.pbo-dpb.gc.ca/web/default/files/Documents/Reports/2018/FSR%20Sept%202018/FSR\\_September\\_2018\\_FR.pdf](https://www.pbo-dpb.gc.ca/web/default/files/Documents/Reports/2018/FSR%20Sept%202018/FSR_September_2018_FR.pdf).

Carleton, Stelnicki et Reichert. (2020). *Les symptômes de la maladie mentale chez les infirmières et infirmiers au Canada*. Fédération canadienne des syndicats d'infirmières et infirmiers (FCSII). Extrait de [https://nursesunions.ca/wp-content/uploads/2020/06/OSI-REPORT\\_final.pdf](https://nursesunions.ca/wp-content/uploads/2020/06/OSI-REPORT_final.pdf).

Carpenter, I. et J. P. Hirdes (2013). *Using interRAI assessment systems to measure and maintain quality of long-term care. A good life in old age*. p. 93-139.

Centres for Medicare & Medicaid Services. (2001). Préparé par Abt Associates Inc. *Report to Congress: Appropriateness of Minimum Nurse Staffing Ratios in Nursing Homes: Phase II Final Report*. Baltimore, MD: CMS.

Chamberlain, S. A., S. Gruneir, M. Hoben, J. E. Squires, G. G. Cummings et C. A. Estabrooks. (2017). *Influence of organizational context on nursing home staff burnout: a cross-sectional survey of care aides in Western Canada*. *International Journal of Nursing Studies*, 71, p. 60-69. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2017.02.024>.

Chown Oved, M., B. Kennedy, K. Wallace, E. Tubb., A. Bailey. (Le 8 mai 2020). For-profit nursing homes have four times as many COVID-19 deaths as city-run homes, Star analysis finds. *The Toronto Star*. Extrait de <https://www.thestar.com>.

Coalition canadienne de la santé. (2019). Une stratégie nationale des soins aux aînés. Extrait de <http://www.healthcoalition.ca/wp-content/uploads/2019/03/Seniors-care-handout-F.pdf>.

Comondore, V. R., P. J. Devereaux, Q. Zhou, S. B. Stone, J. W. Busse, N. C. Ravindran et S. D. Walter. (2009). *Quality of care in for-profit and not-for-profit nursing homes: systematic review and meta-analysis*. *Bmj*, 339, b2732. <https://doi.org/10.1136/bmj.b2732>.

Conseil de la santé du Nouveau-Brunswick. (2020). Historique du Conseil de la santé du Nouveau-Brunswick. Extrait de <https://csnb.ca/historique>.

Conseil international des infirmières. (2004). Violence: A world-wide epidemic [Fiche d'information]. Genève: Autef.

Curry, P. (2015). *Broken homes: Nurses speak out on the state of long-term care in Nova Scotia and chart a course for a sustainable future*. Syndicat des infirmières et infirmiers de la Nouvelle-Écosse. Extrait de <https://www.nsn.ca/sites/default/files/Broken%20Homes%20Report%20Full.pdf>.

Daly, T., A. Banerjee, P. Armstrong, H. Armstrong et M. Szebehely. (2011). Lifting the 'violence veil': Examining working conditions in long-term care facilities using iterative mixed methods. *Canadian Journal on Aging/La Revue canadienne du vieillissement*, 30(2), p. 271-284. <https://doi.org/10.1017/S071498081100016X>.

Dellefield, M. E., N. G. Castle, K. S. McGilton et K. Spilsbury. (2015). The relationship between registered nurses and nursing home quality: An integrative review (2008-2014). *Nursing economic\$, 33(2)*, p. 95-108. <http://eprints.whiterose.ac.uk/87183/>.

Donald, F., R. Martin-Misener, N. Carter, E. E. Donald, S. Kaasalainen, A. Wickson-Griffiths et A. DiCenso. (2013). *A systematic review of the effectiveness of advanced practice nurses in long-term care*. *Journal of Advanced Nursing*, 69(10), p. 2148-2161. <https://doi.org/10.1111/jan.12140>.

Elliot, Teddy. (Le 1<sup>er</sup> juin 2020). Quebec Will Pay You to Take Classes To Become A Nursing Home Worker. MTLBlog. Extrait de <https://www.mtlblog.com/news/canada/qc/montreal/quebec-will-pay-you-to-take-classes-to-become-a-nursing-home-worker>.

Fasanya, B. K. et E. A. Dada. (2016). *Workplace violence and safety issues in long-term medical care facilities: nurses' perspectives*. *Safety and Health at Work*, 7(2), p. 97-101. <https://doi.org/10.1016/j.shaw.2015.11.002>.

Fédération canadienne des syndicats d'infirmières et infirmiers. (2019). Énoncé de position commun de l'AIC et de la FCSII : La violence et l'intimidation en milieu de travail. [Énoncé de position] Extrait de [https://cna-aiic.ca/~media/cna/page-content/pdf-fr/La-violence-et-lintimidation-en-milieu-de-travail\\_enonce-de-position-commun.pdf](https://cna-aiic.ca/~media/cna/page-content/pdf-fr/La-violence-et-lintimidation-en-milieu-de-travail_enonce-de-position-commun.pdf).

Feith, Jesse. (Le 13 avril 2020). Quebec's Premier Legault Confirms 31 Dead at Dorval Long-Term Care Residence. *National Post*. Extrait de <https://nationalpost.com/news/local-news/covid-19-premier-legault-confirms-31-dead-at-dorval-care-residence/wcm/c1e35de6-ef59-4aa5-9a5a-5c4381ec0780>.

Fondation canadienne pour l'amélioration des services de santé (FCASS). (2016a, le 17 mars). La FCASS et l'AFSNB améliorent les soins de la démence au Nouveau-Brunswick. [Communiqué] Extrait de <https://www.fcass-cfhi.ca/SearchResultsNews/2016/03/17/cfhi-and-nbanh-to-improve-dementia-care-in-new-brunswick>.

Fondation canadienne pour l'amélioration des services de santé (FCASS). (2016b, le 17 mai). La FCASS et des foyers de soins unissent leurs forces pour améliorer les soins de la démence au Nouveau-Brunswick. [Communiqué]. Extrait de <https://www.fcass-cfhi.ca/SearchResultsNews/2016/05/17/cfhi-and-nursing-homes-join-forces-to-improve-dementia-care-in-new-brunswick>.

Fondation canadienne pour l'amélioration des services de santé (FCASS). (2017a). *Use of the RAI-MDS 2.0 and interRAI LTCF assessment systems to Inform Policy and Improve Practice and Health Outcomes in LTC Residents*. [Rapport] Extrait de <https://www.cadth.ca/sites/default/files/symp-2017/presentations/april25-2017/Concurrent-Session-E3.pdf>.

Fondation canadienne pour l'amélioration des services de santé (FCASS). (2017b, le 23 mai). Les soins de la démence axés sur le patient sont diffusés dans les foyers de soins de longue durée à travers le Nouveau-Brunswick. [Communiqué] Extrait de <https://www.fcass-cfhi.ca/SearchResultsNews/2017/05/23/resident-centred-dementia-care-expanding-throughout-new-brunswick-nursing-homes-early-results>.

Fondation canadienne pour l'amélioration des services de santé (FCASS). (Le 25 février 2009). Nouveaux résultats : au Nouveau-Brunswick, l'expansion d'un programme novateur à l'échelle provinciale améliore la qualité de vie des personnes âgées atteintes de démence. [Communiqué]. Extrait de <https://www.fcass-cfhi.ca/NewsAndEvents/NewsReleases/NewsItem/2019/02/05/new-results-province-wide-expansion-of-innovative-program-helps-improve-lives-of-new-brunswick-seniors-living-with-dementia>.

Fortier, Bill. (Le 27 mai 2020). Calls for inquiry in Alberta after investigation into COVID-19 handling in Ontario, Quebec care homes. *CTV News Atlantic*. Extrait de <https://edmonton.ctvnews.ca/calls-for-inquiry-in-alberta-after-investigation-into-covid-19-handling-in-ontario-quebec-care-homes-1.4957733>.

Fraser, Elizabeth. (Le 15 avril 2019). Nurses union shocked by funding cuts to university nursing programs. Canadian Broadcasting Corporation (CBC). Extrait de <https://www.cbc.ca/news/canada/new-brunswick/nursing-program-cuts-union-1.5098038>.

Gerritsen, D. L., W. P. Achterberg, N. Steverink, A. M. Pot, D. H. M. Frijters et M. W. Ribbe. (2008). The MDS Challenging Behavior Profile for long-term care. *Aging and Mental Health*, 12(1), p. 116-123. <https://doi.org/10.1080/13607860701529882>.

Grabowski, D. C., K. A. Stewart, S. M. Broderick, et L. A. Coots. (2008). Predictors of nursing home hospitalization: a review of the literature. *Medical Care Research and Review*, 65(1), 3-39. <https://doi.org/10.1177/1077558707308754>.

Grabowski, D. C., A. Elliot, B. Leitzell, L. W. Cohen et S. Zimmerman. (2014). Who are the innovators? Nursing homes implementing culture change. *The Gerontologist*, 54 (Suppl\_1), S65-S75. <https://doi.org/10.1093/geront/gnt144>.

Griffiths, P., J. Ball, T. Murrells, S. Jones et A. M. Rafferty. (2016). Registered nurse, healthcare support worker, medical staffing levels and mortality in English hospital trusts: a cross-sectional study. *BMJ open*, 6(2), e008751. <http://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2015-008751>.

Hall, Jodi. (Le 12 décembre 2019). Our Nursing Homes Are Community Assets. *Telegraph-Journal*. [Commentaire] Extrait de <https://tj.news/telegraphjournal>.

Harrington, C., B. Olney, H. Carrillo et T. Kang. (2012). Nurse staffing and deficiencies in the largest for-profit nursing home chains and chains owned by private equity companies. *Health Services Research*, 47(1pt1), p. 106-128. <https://doi.org/10.1111/j.1475-6773.2011.01311.x>.

Harrington, Charlene. (2020). Staffing Standards for Nova Scotia Nursing Homes. Syndicat des infirmières et infirmiers de la Nouvelle-Écosse. Extrait de <https://www.nsnu.ca/sites/default/files/LTC%20Staffing%20Report.pdf>.

Huras, Adam. (Le 2 décembre 2019). Portfolio Shakeup Could Free Up Beds. *Telegraph-Journal*. Extrait de <https://tj.news/telegraphjournal>.

Hyer, K., A. Temple et C. E. Johnson. (2009). Florida's efforts to improve quality of nursing home care through nurse staffing standards, regulation, and Medicaid reimbursement. *Journal of aging & social policy*, 21(4), p. 318-337. <https://doi.org/10.1080/08959420903166910>.

Hyer, K., K. S. Thomas, L. G. Branch, J. S. Harman, C. E. Johnson et R. Weech-Maldonado. (2011). The influence of nurse staffing levels on quality of care in nursing homes. *The Gerontologist*, 51(5), p. 610-616. <https://doi.org/10.1093/geront/gnr050>.

Institut canadien d'information sur la santé (ICIS). (2016a). Espérance de vie à la naissance au Nouveau-Brunswick. [Fiche d'information] Extrait de [https://votresystemedesante.icis.ca/hsp/indepth?lang=fr&\\_ga=2.194786797.179728585.1588269667-1329648308.1588269667#/indicator/011/2/C300/](https://votresystemedesante.icis.ca/hsp/indepth?lang=fr&_ga=2.194786797.179728585.1588269667-1329648308.1588269667#/indicator/011/2/C300/).

Institut canadien d'information sur la santé (ICIS). (2016b). Utilisation des médicaments chez les personnes âgées au Canada, 2016. [Fiche d'information] Extrait de <https://www.cihi.ca/sites/default/files/document/drug-use-among-seniors-2016-fr-web.pdf>.

Institut canadien d'information sur la santé (ICIS). (2016c). Taux d'hospitalisation chez les personnes âgées atteintes de démence par province, par 100 personnes, 2015-2016. [Fiche d'information] Extrait de <https://www.cihi.ca/fr/la-demence-au-canada/les-soins-de-la-demence-dans-le-systeme-de-sante/demence-dans-les-hopitaux>.

Institut canadien d'information sur la santé (ICIS). (2017). Méthodologie de regroupement RUG-III Plus. [Fiche d'information]. Extrait de <https://www.cihi.ca/sites/default/files/document/rug-iii-infosheet-2016-2017-fr-web.pdf>.

Institut canadien d'information sur la santé (ICIS). (2018a). Statistiques éclair du SISLD pour 2017-2018 : Profil des résidents des établissements de soins en hébergement et hôpitaux de soins de longue durée, 2017-2018. [Fiche d'information] Extrait de <https://www.cihi.ca/fr/access-data-reports/results?query=profil+des+r%C3%A9sidents&Search+Submit=>.

Institut canadien d'information sur la santé (ICIS). (2018b). Mise en œuvre du nouveau système d'évaluation des soins de longue durée en établissement interRAI [Fiche d'information]. Extrait de <https://www.cihi.ca/sites/default/files/document/interrai-ltcf-infosheet-2018-fr.pdf>.

Institut canadien d'information sur la santé (ICIS). (2018c). Le personnel infirmier au Canada, 2018. Extrait de <https://www.cihi.ca/sites/default/files/document/regulated-nurses-2018-report-fr-web.pdf>.

Institut canadien d'information sur la santé (ICIS). (2019). Tendances des dépenses nationales de santé. [Fiche d'information] Extrait de <https://www.cihi.ca/sites/default/files/document/regulated-nurses-2018-report-fr-web.pdf>.

InterRAI Corporation. (2020). Voir <http://interrai.org>.

Jaques, Tim. (Le 26 nov. 2019). Healthcare Crisis in the North. *The Tribune*. Extrait de <https://tj.news/telegraphjournal>.

Junker, Anna. (Le 4 juin 2020). Alberta permanently expands nurse responsibilities in long-term care homes. *The Edmonton Journal*. Extrait de <https://edmontonjournal.com/news/politics/alberta-permanently-expands-nurse-responsibilities-in-long-term-care-homes>.

Kaasalainen, S., J. Ploeg, C. McAiney, L. S. Martin, F. Donald, R. Martin-Misener et E. Sangster-Gormley. (2013). Role of the nurse practitioner in providing palliative care in long-term care homes. *International Journal of Palliative Nursing*, 19(10), p. 477-485. <https://doi.org/10.12968/ijpn.2013.19.10.477>.

Kayser-Jones, J., E. Schell, W. Lyons, A. E. Kris, J. Chan et R. L. Beard. (2003). Factors that influence end-of-life care in nursing homes: the physical environment, inadequate staffing, and lack of supervision. *The Gerontologist*, 43 (suppl\_2), p. 76-84. [https://doi.org/10.1093/geront/43.suppl\\_2.76](https://doi.org/10.1093/geront/43.suppl_2.76).

Kines, Lindsay. (Le 25 février 2020). Health officials take over another Retirement Concepts seniors home. *Times Colonist*. Extrait de <https://www.timescolonist.com/news/local/health-officials-take-over-another-retirement-concepts-seniors-home-1.24083333>.

Konetzka, R. T., S. C. Stearns et J. Park. (2008). The staffing-outcomes relationship in nursing homes. *Health Services Research*, 43(3), 1025-1042. <https://doi.org/10.1111/j.1475-6773.2007.00803.x>.

Kumpunen, S., L. Trigg et R. Rodrigues. (2014). Public reporting in health and long-term care to facilitate provider choice. Extrait de [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/144007/Public%20reporting%20in%20health%20and%20long-term%20care%20to%20facilitate%20provider%20choice%20\(Eng\).pdf](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/144007/Public%20reporting%20in%20health%20and%20long-term%20care%20to%20facilitate%20provider%20choice%20(Eng).pdf).

*Loi sur les foyers de soins*. Lois révisées du Nouveau-Brunswick (2014, ch. 125). Extrait de <https://www.canlii.org/fr/nb/legis/lois/lrn-b-2014-c-125/148633/lrn-b-2014-c-125.html> le 25 avril 2020.

Loreto, Nora. (Le 20 juillet 2020). Deaths in Canadian LTC Facilities. [Tableur] Extrait de [https://docs.google.com/spreadsheets/d/1M\\_RzjK0vwF9nAozl7aoyLpPU8EA1JEqO6rq0g1iebU/edit#gid=0](https://docs.google.com/spreadsheets/d/1M_RzjK0vwF9nAozl7aoyLpPU8EA1JEqO6rq0g1iebU/edit#gid=0).

*Maclean's*. (Le 26 mai 2020). Doug Ford's latest coronavirus update: Long-term care report was 'heartbreaking,' 'horrific,' 'gut-wrenching' [Transcription] Extrait de <https://www.macleans.ca/news/canada/doug-fords-latest-coronavirus-update-long-term-care-report-was-heartbreaking-horrific-gut-wrenching>.

Mattingly, T. J. (2015). A review exploring the relationship between nursing home staffing and antipsychotic medication use. *Neurology and Therapy*, 4(2), p. 169-175. <https://doi.org/10.1007/s40120-015-0032-2>.

McAiney, C. A., J. Ploeg, A. Wickson-Griffiths, S. Kaasalainen, R. Martin-Misener, N. Akhtar-Danesh et A. Taniguchi. (2017). Perspectives of nurse practitioner-physician collaboration among nurse practitioners in Canadian long-term care homes: A national survey. *Nursing Leadership (Toronto, Ont.)*, 30(4), p. 10-25.  
<http://doi:10.12927/cjnl.2017.25452>.

McPhaul, K. M. et J. A. Lipscomb. (2004). Workplace violence in health care: recognized but not regulated. *Journal of Issues in Nursing en ligne*, 9(3), p. 7.  
Source :

<http://ojin.nursingworld.org/MainMenuCategories/ANAMarketplace/ANAPeriodicals/OJIN/TableofContents/Volume92004/No3Sept04/ViolenceinHealthCare.aspx>.

Needleman, J., P. I. Buerhaus, M. Stewart, K. Zelevinsky et S. Mattke. (2006). Nurse staffing in hospitals: is there a business case for quality?. *Health Affairs*, 25(1), p. 204-211. <https://doi.org/10.1377/hlthaff.25.1.204>.

Nouveau-Brunswick. (2012). Services des foyers de soins : Rapport annuel de statistiques 2012. Ministère du Développement social. [Rapport] Extrait de <https://www2.gnb.ca/content/dam/gnb/Departments/sd-ds/pdf/StatisticalReports/NursingHomes/FoyerDeSoins2012.pdf>.

Nouveau-Brunswick. (2017a). Se tenir ensemble : Une stratégie sur le vieillissement pour le Nouveau-Brunswick. Ministère du Développement social. [Rapport] Extrait de <https://www2.gnb.ca/content/dam/gnb/Departments/sd-ds/pdf/Seniors/UneStrategieSurLeVieillissementPourLeNB.pdf>.

Nouveau-Brunswick. (2017b, le 1er octobre). Le premier ministre et la ministre fédérale discutent d'un projet pilote sur les aînés en santé. [Communiqué] Extrait de [https://www2.gnb.ca/content/gnb/fr/ministeres/affaires\\_intergouvernementales/nouvelles/communiqu2017.10.1266.html](https://www2.gnb.ca/content/gnb/fr/ministeres/affaires_intergouvernementales/nouvelles/communiqu2017.10.1266.html).

Nouveau-Brunswick. (2017c, le 25 septembre). Attribution d'un contrat pour 240 lits en foyers de soins à Miramichi. [Communiqué] Extrait de <https://www2.gnb.ca/content/gnb/fr/nouvelles/communiqu2017.09.1244.html>.

Nouveau-Brunswick. (2017d, le 12 septembre). Recommandations de la stratégie sur le vieillissement acceptées. [Communiqué] Extrait de <https://www2.gnb.ca/content/gnb/fr/nouvelles/communiqu2017.09.1189.html>.

Nouveau-Brunswick. (2018a, le 25 juin). Les gouvernements fédéral et provincial lancent un projet pilote de 75 millions de dollars sur les aînés. [Communiqué] Extrait de <https://www2.gnb.ca/content/gnb/fr/nouvelles/communiqu2018.06.0822.html>.

Nouveau-Brunswick. (2018b, le 1er février). Dévoilement du plan quinquennal des foyers de soins. [Communiqué] Extrait de [https://www2.gnb.ca/content/gnb/fr/ministeres/developpement\\_social/nouvelles/communique.2018.02.0111.html](https://www2.gnb.ca/content/gnb/fr/ministeres/developpement_social/nouvelles/communique.2018.02.0111.html).

Nouveau-Brunswick. (2018c). 2018 Briefing Note: New Brunswick's Nursing Workforce. Ministère de la Santé. [Source primaire] au moyen d'une demande d'accès à l'information. Le 5 octobre 2018.

Nouveau-Brunswick. (2019a). Manuel des normes – Services des foyers de soins. [Manuel] Extrait de <https://www2.gnb.ca/content/dam/gnb/Departments/sd-ds/pdf/Standards/FoyersDeSoinsManuelDesNormes.pdf>.

Nouveau-Brunswick. (2019b). Employés des Services offerts dans les foyers de soins. Extrait de [https://www2.gnb.ca/content/gnb/fr/services/services\\_renderer.9615.Nursing\\_Home\\_Services.html](https://www2.gnb.ca/content/gnb/fr/services/services_renderer.9615.Nursing_Home_Services.html).

Nouveau-Brunswick. (2019c). Nursing Home Services Mandate. Extrait de [https://www2.gnb.ca/content/gnb/fr/ministeres/developpement\\_social/contacts/dep\\_t\\_renderer.140.6483.203180.6525.html#mandat](https://www2.gnb.ca/content/gnb/fr/ministeres/developpement_social/contacts/dep_t_renderer.140.6483.203180.6525.html#mandat).

Nouveau-Brunswick. (2019d). Major Incident Reports from New Brunswick Nursing Homes 2012-16. Ministère du Développement social [Source primaire] au moyen d'une demande d'accès à l'information. Le 10 avril 2019.

Nouveau-Brunswick. (2019e). New Brunswick Nursing Home Inspections 2015-19: RN on Duty. Ministère du Développement social [Source primaire] au moyen d'une demande d'accès à l'information. Le 10 avril 2019.

Nouveau-Brunswick. (2019f). 2017 Nursing Home Condition Index. Ministère des Transports et de l'Infrastructure. [Source primaire] au moyen d'une demande d'accès à l'information. Le 22 novembre 2019.

Nouveau-Brunswick. (2019g). 2019 Nursing Home Skills Mix Letters. Ministère du Développement social. [Source primaire] au moyen d'une demande d'accès à l'information. Le 29 mai 2019.

Nouveau-Brunswick. (2019h). Briefing Note: New Brunswick's Nursing Workforce. Ministère de la Santé. [Source primaire] au moyen d'une demande d'accès à l'information. Le 7 novembre 2019.

Nouveau-Brunswick. (2019i). NBANH New Brunswick Nursing Home Workforce Forecast. Ministère de l'Éducation postsecondaire, de la Formation et du Travail. [Source primaire] au moyen de demandes d'accès à l'information. Les 1<sup>er</sup> et 31 janvier 2019.

Nouveau-Brunswick. (2020a). 2020-2021 Consultations prébudgétaires. [Rapport] Extrait de <https://www2.gnb.ca/content/dam/gnb/Corporate/pdf/consultations/2020-2021ConsultationsPrebudgetaires.pdf>.

Nouveau-Brunswick. (2020b, le 27 janvier). Les régies régionales de la santé ajoutent 32 infirmières praticiennes dans les services d'urgence et les cliniques. [Communiqué] Extrait de <https://www2.gnb.ca/content/gnb/fr/ministeres/sante/nouvelles/communique.2020.01.0033.html>.

Nouveau-Brunswick. (2020c). Rapports d'inspection des foyers de soins. Extrait de [https://www2.gnb.ca/content/gnb/fr/ministeres/developpement\\_social/foyers\\_de\\_soins\\_agrees/content/inspection\\_foyers\\_de\\_soins.html](https://www2.gnb.ca/content/gnb/fr/ministeres/developpement_social/foyers_de_soins_agrees/content/inspection_foyers_de_soins.html).

Nouveau-Brunswick. (2020d). Budget 2020-2021 : une gestion responsable qui mène à des investissements stratégiques, des réductions fiscales et une réduction de la dette nette [Communiqué] Extrait de <https://www2.gnb.ca/content/gnb/fr/ministeres/finances/nouvelles/communique.2020.03.0103.html>.

Nouveau-Brunswick. (2020e). Organigramme du ministère du Développement social. Extrait de [https://www2.gnb.ca/content/gnb/en/departments/social\\_development/contacts/d\\_ept\\_renderer.140.6483.203182.html#structure](https://www2.gnb.ca/content/gnb/en/departments/social_development/contacts/d_ept_renderer.140.6483.203182.html#structure).

Nouveau-Brunswick. (2020f). Secrétariat des aînés et du vieillissement en santé – Employés. Extrait de [https://www2.gnb.ca/content/gnb/en/departments/social\\_development/contacts/d\\_ept\\_renderer.140.6483.203182.202795.html#employees](https://www2.gnb.ca/content/gnb/en/departments/social_development/contacts/d_ept_renderer.140.6483.203182.202795.html#employees).

Nouveau-Brunswick. (2020g). Ministère du Développement social – Le Conseil sur le vieillissement. Extrait de [https://www2.gnb.ca/content/gnb/fr/ministeres/developpement\\_social/aines/content/conseil.html](https://www2.gnb.ca/content/gnb/fr/ministeres/developpement_social/aines/content/conseil.html).

Office of the B.C. Seniors Advocate. (2020). A Billion Reasons to Care [Rapport] Extrait de <https://www.seniorsadvocatebc.ca/app/uploads/sites/4/2020/02/ABillionReasonsToCare.pdf>.

Office régional de la santé de Winnipeg (ORSW). (2013). Nurse Practitioners in Long-Term Care. Presentation. Présentation d'Amada Adams-Fryatt et de Preetha Krishnan. Extrait de <http://www.itcam.mb.ca/2014conference/presentations/Nurse%20Practitioners%20in%20Long%20Term%20Care.pdf>.

Ontario Health Coalition. (Le 6 mai 2020). COVID-19 Death Rates in Ontario Long-Term Care Homes Significantly Higher and Increasing in For-Profit Homes vs. Non-Profit and Publicly-Owned Homes: New Data Analysis. [Communiqué] Extrait de <https://www.ontariohealthcoalition.ca/index.php/death-rates-in-long-term-care-by-ownership-release/>.

Oxford Learner's Dictionary. (2020). Définition du substantif liaison du dictionnaire Oxford Advanced Learner. Extrait de <https://www.oxfordlearnersdictionaries.com/us/definition/english/liaison?q=liaison>.

Pace, Natasha. (Le 21 mai 2020). Calls for inquiry grow louder as COVID-19 death toll hits 52 at Northwood. *CTV News Atlantic*. Extrait de <https://atlantic.ctvnews.ca/calls-for-inquiry-grow-louder-as-covid-19-death-toll-hits-52-at-northwood-1.4949315>.

Park, J. et S. C. Stearns. (2009). Effects of state minimum staffing standards on nursing home staffing and quality of care. *Health Services Research*, 44(1), p. 56-78. <https://doi.org/10.1111/j.1475-6773.2008.00906.x>.

Phillips, J. P. (2016). Workplace violence against health care workers in the United States. *New England Journal of Medicine*, 374(17), p. 1661-1669. <https://www.nejm.org/doi/10.1056/NEJMra1501998>.

Pinar, R. et F. Uckack. (2011). Verbal and physical violence in emergency departments: a survey of nurses in Istanbul, Turkey. *Journal of Clinical Nursing*, 20(3-4), 510-517. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2010.03520.x>.

Poitras, Jacques. (Le 13 décembre 2019). Province makes changes to get seniors out of hospitals, into nursing homes faster. Canadian Broadcasting Corporation (CBC). Extrait de <https://www.cbc.ca>.

Qualité des services de santé Ontario (2020). Rendement des foyers de soins de longue durée en Ontario. Extrait de <https://www.hqontario.ca/Rendement-du-système/Rendement-des-foyers-de-soins-de-longue-durée>.

Quon, Alexander. (Le 3 juin 2019). 'Get our heads out of the sand': Chair of Horizon Health slams N.B.'s 'critical nursing shortage. *Global New Brunswick*. Extrait de <https://globalnews.ca>.

Radio-Canada. (Le 26 novembre 2019). Foyers de soins dans le système de santé : Vitalité revient à la charge. Radio-Canada. Extrait de <https://ici.radio-canada.ca>.

Règlement du Nouveau-Brunswick pris en vertu de la *Loi sur les foyers de soins (Règlement du N.-B. 85-187)*. (2014). Extrait de <http://laws.gnb.ca/en/showpdf/cr/85-187.pdf>.

Robinson, K. M. et R. M. Tappen. (2008). Policy recommendations on the prevention of violence in long-term care facilities. *Journal of Gerontological Nursing*, 34(3), p. 10-14. <https://doi.org/10.3928/00989134-20080301-08>.

Robinson et Landry. (Le 10 décembre 2019). INVESTIGATION: 'There Is No Such Database'. *Telegraph-Journal*. Extrait de <https://tj.news/telegraphjournal>.

Robinson, Michael. (2019a, le 3 décembre). INVESTIGATION: Broken Homes: 'The Kids Are Not Alright'. *Telegraph-Journal*. Extrait de <https://tj.news/telegraphjournal>.

Robinson, Michael. (2019b, le 19 juillet). Minister Was Provided Incorrect Information, Says Spokesperson. *Telegraph-Journal*. Extrait de <https://tj.news/telegraphjournal>.

Robinson, Michael. (2019c, le 13 décembre). Government Expanding Nurse Bridging Program. *Telegraph-Journal*. Extrait de <https://tj.news/telegraphjournal>.

Ronald, L. A., M. J. McGregor, C. Harrington, A. Pollock et J. Lexchin. (2016). Observational Evidence of For-Profit Delivery and Inferior Nursing Home Care: When Is There Enough Evidence for Policy Change? *PLoS Med* 13(4): e1001995. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1001995>.

Saillant, R. (2014). Au bord du gouffre? Agir maintenant pour éviter la faillite du Nouveau-Brunswick (Vol. 1). Institut canadien de recherche en politiques et administration publiques.

Sosniak, L. A. (1994). *Bloom's taxonomy*. L. W. Anderson (Ed.). Chicago, IL: Univ. Chicago Press.

Statistique Canada (2012). Enquête canadienne sur l'incapacité. Extrait de <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/89-654-x/89-654-x2016001-fra.htm>.

Statistique Canada. (2014). Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2014. [Fiche d'information] Extrait de <https://www150.statcan.gc.ca/n1/daily-quotidien/150617/dq150617b-fra.htm>.

Statistique Canada. (2018a). Feuillettes d'information de la santé : Diabète, 2017. [Fiche d'information] Extrait de <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/82-625-x/2018001/article/54982-fra.htm>.

Statistique Canada. (2018b). L'obésité chez les adultes canadiens, 2016 et 2017. [Fiche d'information] Extrait de <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/11-627-m/11-627-m2018033-fra.htm>.

Statistique Canada. (2019). Number of seniors in Canada in 2017, by province and age group.

Extrait de <https://www.statista.com/statistics/485562/number-of-seniors-in-canada-by-age-group-and-province/>.

Syndicat des infirmières et infirmiers du Nouveau-Brunswick (SIINB). (2019). 2015 - 2018 Convention entre le Syndicat des infirmières et infirmiers du Nouveau-Brunswick et l'Association des foyers de soins du Nouveau-Brunswick. Extrait de <https://siinb.ca/wp-content/uploads/2019/10/Nursing-Home-2016-FR.pdf>.

*Telegraph-Journal*. (Le 3 décembre 2019). Portfolio Shakeup: Nursing Home Shift Makes Sense. *Telegraph-Journal*. [Éditorial] Extrait de <https://tj.news/telegraphjournal>.

Travail sécuritaire NB. (2020). Accepted worker's compensation claims for workplace violence submitted by employees of nursing homes 2012-2019. [Source primaire] au moyen d'une demande d'accès à l'information, le 25 février 2020.

Twigg, D., C. Duffield, A. Bremner, P. Rapley et J. Finn. (2011). The impact of the nursing hours per patient day (NHPPD) staffing method on patient outcomes: a retrospective analysis of patient and staffing data. *International Journal of Nursing Studies*, 48(5), p. 540-548. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2010.07.013>.

Université de Moncton (U de M). (2019). Documents de questions-réponses entre l'U de M et EPFT. [Source primaire] au moyen d'une demande d'accès à l'information. Le 19 octobre 2019.

Université du Nouveau-Brunswick (UNB). (2019). Courriels internes de l'UNB échangés avec le gouvernement. [Sources primaires] au moyen d'une demande d'accès à l'information. Le 3 octobre 2019.

Vérificateur général du Nouveau-Brunswick (VGNB). (2004). *Rapport du vérificateur général 2004 - Volume II - Chapitre 4*. [Rapport]. Extrait de <https://www.agnb-vgnb.ca/content/dam/agnb-vgnb/pdf/Reports-Rapports/2004v2/Chap4F.pdf>.

Vérificateur général du Nouveau-Brunswick (VGNB). (2005). *Rapport du vérificateur général 2005 - Volume II - Chapitre 4*. [Rapport]. Extrait de <https://www.agnb-vgnb.ca/content/dam/agnb-vgnb/pdf/Reports-Rapports/2005v2/Chap4F.pdf>.

Vérificateur général du Nouveau-Brunswick (VGNB). (2009). *Rapport du vérificateur général 2009 - Volume III - Chapitre 5*. [Rapport]. Extrait de <https://www.agnb-vgnb.ca/content/dam/agnb-vgnb/pdf/Reports-Rapports/2009v3/Chap5f.pdf>.

Vérificatrice générale du Nouveau-Brunswick (VGNB). (2016). *Rapport de la vérificatrice générale 2016 - Volume I - Chapitre 2*. [Rapport]. Extrait de <https://www.agnb-vgnb.ca/content/dam/agnb-vgnb/pdf/Reports-Rapports/2016V1/Chap2f.pdf>.

Vérificatrice générale du Nouveau-Brunswick (VGNB). (2017). *Rapport de la vérificatrice générale 2017 - Volume I - Chapitre 2*. [Rapport]. Extrait de <https://www.agnb-vgnb.ca/content/dam/agnb-vgnb/pdf/Reports-Rapports/2017V1/Chap2f.pdf>.

Vérificatrice générale du Nouveau-Brunswick (VGNB). (2019). *Rapport de la vérificatrice générale 2019 - Volume III*. [Rapport]. Extrait de <https://www.agnb-vgnb.ca/content/agnb-vgnb/fr/publications/rapports/annee/2019.html#2019V1=Page13>.

Vogel, Lauren. (2016). Abusive Patients: Is It Time for Accountability? *Journal de l'Association médicale canadienne*, 188(11), le 20 juin 2016, p. 1-2.  
<https://doi:10.1503/cmaj.109-5266>

von Scheel, Elise. (Le 6 mai 2020). Why officials took over this Calgary seniors home with a COVID-19 outbreak (and 4 others with the same owner). CBC. Extrait de <https://cbc.ca>.

Walker, K., S. Shearkhani, Y. Q. Bai, K. S. McGilton, W. B. Berta et W. P. Wodchis. (2020). The Impact of the Long-term Care Homes Act and Public Reporting on Physical Restraint and Potentially Inappropriate Antipsychotic Use in Ontario's Long-term Care Homes. *The Journals of Gerontology: Series A*, 75(4), p. 813-819.  
<https://doi.org/10.1093/gerona/glz143>.

Williams, Robert (le 3 avril 2020). Exclusive: Families Allege Understaffing at Nursing Home. Sussex, NB. *The Telegraph-Journal*.

Winblad, U., P. Blomqvist et A. Karlsson. (2017). Do public nursing home care providers deliver higher quality than private providers? Evidence from Sweden. *BMC Health Services Research*, 17(1), 487. <https://doi.org/10.1186/s12913-017-2403-0>.

# Foyers de soins dotés en II membres du SIINB



- 1 Campbellton Nursing Home
- 2 Campobello Lodge Nursing Home
- 3 Central New Brunswick Nursing Home
- 4 Church of St. John & St. Stephen Nursing Home
- 5 Complexe Rendez-Vous
- 6 Dalhousie Nursing Home
- 7 Forest Dale Home, Albert Co.
- 8 Foyer Notre-Dame-de-Lourdes, Bathurst
- 9 Foyer Notre-Dame-de-Saint-Léonard
- 10 Foyer Ste. Elizabeth, Baker Brook
- 11 Fundy Nursing Home, Black's Harbour
- 12 Grand Manan Nursing Home
- 13 Jordan Lifecare Centre
- 14 Kennebec Manor
- 15 Kenneth Spencer Memorial Home, Moncton
- 16 Kings Way Care Centre
- 17 Kiwanis Nursing Home, Sussex
- 18 La Villa des Chutes, Grand Falls
- 19 La Villa Maria, St-Louis-de-Kent
- 20 Les Résidences Inkerman
- 21 Les Résidences Jodin
- 22 Les Résidences Lucien Saindon, Lameque
- 23 Les Résidences Monseigneur Chiasson, Shippagan
- 24 Lincourt Manor, St Stephen
- 25 Loch Lomond Villa, Saint John
- 26 Losier Hall, Shannex Miramichi
- 27 Mill Cove Nursing Home
- 28 Miramichi Senior Citizens Home
- 29 Nashwaak Villa, Stanley
- 30 Passamaquoddy Lodge, St. Andrews
- 31 Pine Grove Nursing Home, Fredericton
- 32 Rocmaura Nursing Home
- 33 Tabusintac Nursing Home
- 34 Tobique Valley Manor
- 35 Villa Beauséjour, Caraquet
- 36 Villa Chaleur
- 37 Villa du Repos, Moncton
- 38 Villa Providence, Shediac
- 39 Villa Sormany, Robertville
- 40 Villa St-Joseph, Tracadie
- 41 W.G. Bishop Nursing Home, Minto
- 42 Wauklehegan Manor, McAdam
- 43 Westford Nursing Home, Port Elgin
- 44 White Rapids Manor, Fredericton Junction
- 45 York Manor Nursing Home, Fredericton



**New Brunswick  
Nurses Union**

**Syndicat des infirmières et infirmiers  
du Nouveau-Brunswick**

# Au sujet de l'auteur

Jeff Hull, M.A., dirige les travaux de recherche au Syndicat des infirmières et infirmiers du Nouveau-Brunswick. Il est diplômé de l'Université Mount Allison et de l'Université de Strathclyde. Il détient une maîtrise ès arts en études mondiales de l'Université d'Athabasca. Depuis qu'il s'est joint au SIINB en janvier 2019, il a mené des recherches sur de nombreuses questions importantes pour les Néo-Brunswickois, et les infirmières et infirmiers du Nouveau-Brunswick, notamment la violence au travail, la sécurité dans les hôpitaux, la pénurie en personnel infirmier et maintenant les défis dans le secteur des soins de longue durée de la province. Jeff a aussi rédigé un texte publié par l'Université d'Athabasca et intitulé *Of Women and Waiting: A Brief History* qui porte sur les défis auxquels sont confrontées les femmes qui occupent un emploi de serveuse. *La génération oubliée* est le premier ouvrage intégral de Jeff qui est publié.



# La génération oubliée

*« Les Néo-Brunswickois font confiance aux infirmières et aux infirmiers. Cet appel très à propos à entamer une réforme du secteur des soins de longue durée met en valeur les points de vue des infirmières et infirmiers du Nouveau Brunswick qui veulent exercer leur profession selon les normes qu'ils doivent respecter. Le SIINB présente des préoccupations fondées sur des données concrètes et explique la raison d'être des recommandations qu'il propose. Il ne fait pas que cerner les problèmes. Il est prêt à proposer des solutions pour aller de l'avant avec succès; une action qui cadre bien avec la responsabilité du personnel infirmier immatriculé de promouvoir la santé et la sécurité de la population, de mener des initiatives visant à améliorer les systèmes de soins de santé et de travailler à la création de milieux professionnels de qualité. Lorsque nous sommes informés, nous sommes tenus d'agir. Le SIINB nous laisse responsable des travaux qu'il présente dans le présent rapport. »*

ALISHA KEOUGH, RN M.SC.INF  
FACULTÉ DES SCIENCES INFIRMIÈRES - UNIVERSITÉ DU NOUVEAU-BRUNSWICK

*La génération oubliée est un rapport fort opportun qui révèle comment un ensemble de facteurs, l'inattention et l'incapacité des gouvernements provinciaux qui se sont succédé ont créé une situation où les soins de longue durée au Nouveau Brunswick s'apparentent à une autoréglementation. Le manque d'inspections ou les inspections réduites au minimum avec peu de suivi aux ordonnances de non conformité, les réclamations des foyers de soins pour un complément d'effectif moins qualifié et la réticence des gouvernements d'exiger les niveaux de dotation requis, en plus du suivi des données mal effectué, lorsqu'il est fait, compromettent sérieusement les soins de longue durée de qualité.*

Avec des gouvernements qui semblent incapables ou non disposés à agir efficacement, ils adhèrent de plus en plus à la privatisation des soins de longue durée pour se libérer de cette question. Le fait que les gouvernements ne veulent pas divulguer exactement ce qui est confié à la sous traitance (p. ex. les niveaux de services et de dotation, les coûts et la responsabilisation) est alarmant, surtout que l'expérience ailleurs et la COVID-19 ont révélé des résultats inférieurs dans les foyers de soins privés. Les soins de longue durée ne sont plus simplement un problème du ministère du Développement social. Il faut obtenir l'apport important et l'orientation des citoyens et du ministère de la Santé pour répondre aux besoins médicaux de plus en plus complexes d'une clientèle plus âgée, contrairement à il y a 25 ans.

*Les aînés du Nouveau-Brunswick – les membres de nos familles – méritent mieux.*

DR MARIO LEVESQUE, PROFESSEUR AGRÉGÉ  
POLITIQUE CANADIENNE ET POLITIQUE PUBLIQUE, UNIVERSITÉ MOUNT ALLISON