

Mémoire

de

**L'Association des aînées et aînés francophones
du Nouveau-Brunswick**

Présenté

au

**Comité spécial des soins de santé
Assemblée législative du Nouveau-Brunswick**

**Dieppe, N.-B.
Le 8 novembre 2000**

Mémoire de l'Association des aînées et aînés francophones du N.-B. Au comité spécial des soins de santé

Dieppe, N.-B.

Madame la présidente, Mesdames et Messieurs,

Introduction

La mise sur pied du comité spécial des soins de santé de l'Assemblée législative du N.-B. dénote l'importance que le gouvernement attache à la question de la santé. Tous les sondages font état de l'importance capitale qu'attache la population canadienne aux questions de santé. Nous vous félicitons pour l'organisation de ces audiences.

L'Association des aînées et aînés francophones du N.-B. fut fondée le 29 avril 2000 et a pour mission de regrouper les aînées et aînés francophones du N.-B. afin de favoriser la promotion et la défense de leurs droits et intérêts de façon à leur permettre de s'épanouir pleinement dans leur langue et leur culture.

S'il y a un domaine d'intérêt et d'importance pour les aînées et aînés francophones, c'est bien la santé. À quoi sert d'être riche et fortuné si nous ne sommes pas en santé? La santé est plus que l'absence de la maladie; c'est pourquoi nous adhérons totalement à la définition du mieux-être que l'on retrouve à la page 1 du document intitulé « Et le mieux-être, alors ».

La prévention et la promotion de la santé

Pour les membres de l'AAFNB, la santé doit être vue de façon holistique. La santé doit être traitée dans sa globalité. Un système de santé est autre chose qu'un système qui ne traite que la maladie. Le processus de santé c'est tout ce qui se passe entre la naissance et la mort d'un individu et qui conditionne sa capacité d'adaptation.

« Si l'on est véritablement intéressé à la santé des individus et si l'on veut promouvoir la santé d'une collectivité, l'intérêt doit se déplacer de la dimension curative actuelle vers la prévention. »

Ce texte fut écrit par Jean-Bernard Robichaud en 1985 dans son livre Objectif 2000, La santé des francophones. Nous avons la forte impression que pendant toutes ces années nous avons mis en place un système qui a mis l'accent sur le curatif et a plus ou moins ignoré le préventif. Les données statistiques du gouvernement déposées lors du dernier budget nous donnent raison d'ailleurs. Le tableau « Un système axé sur la

maladie et non la santé », nous indique clairement que la quasi totalité du budget est consacrée au curatif.

Lorsque l'on analyse les données des dépenses du gouvernement du N.-B. en matière de santé entre 1975 et 1999, selon le National Health Expenditure Database, il est évident que les dépenses per capita ont augmenté de façon substantielle. Le N.-B. dépensait 300,87\$ par habitant en 1975 et 1 729,17\$ en 1999. Pourtant on semble reculer au lieu d'avancer. On coupe de partout, on manque d'infirmières, de médecins, de spécialistes, etc. Se pourrait-il que notre façon de dépenser n'irait pas dans la bonne direction? La façon de définir l'utilisation des fonds a un impact direct sur le mieux-être des individus de la province.

Nous recommandons qu'une part importante du budget consacré à la santé soit identifiée pour la prévention et la promotion de la santé.

Nous recommandons que les corporations hospitalières aient le mandat de la prévention et de la promotion de la santé.

Les services médicaux et la prévention

Comment faire de la prévention et de la promotion de la santé quand nos médecins et nos infirmières et infirmiers sont surchargés car il manque de personnel? Les statistiques nous disent qu'il y a un rapport 1/791 par médecin francophone par opposition à 1/599 par médecin anglophone. Malgré ce rapport négatif pour les médecins francophones, le ministre de la santé a cru bon d'augmenter de 10 les admissions anglophones à l'Université Memorial et de 0 du côté de l'entente Québec/N.-B. Nous trouvons cette situation totalement injuste, inacceptable, discriminatoire et aberrante.

Les membres de la profession médicale font aussi partie de la population vieillissante. Si nos élus manquent de vision et de clairvoyance, nous allons faire face à un problème majeur qui a d'ailleurs déjà commencé. Selon les statistiques, les aînés sont plus nombreux et vivent plus longtemps. En 1921, les aînés représentaient 4,8% de la population. En 1998, ils représentaient 12,3% et en 2041, ils seront 22,6% de la population. En 1996 on comptait 228 000 Canadiennes et Canadiens de 85 à 90 ans. En consultant le tableau suivant, il est évident que l'espérance de vie à 65 ans augmente d'une décennie à l'autre. Cependant il est encore plus important que l'espérance de vie en bonne santé suive aussi la courbe de l'espérance de vie.

Afin d'assurer à nos aînés le maintien d'une qualité de vie, il est important de prévoir pour l'avenir. Si la santé est « la capacité de bien fonctionner physiquement et mentalement et d'exprimer la plénitude de son potentiel » selon René Dubos dans *Man, Medicine and Environment* il est tout aussi important que nos dirigeants orientent leurs décisions dans ce sens.

L'entente Québec/N.-B. finance 20 admissions par année. Il est primordial que nous augmentions le nombre d'admissions dans les universités québécoises. Non seulement nous manquons de médecins, mais nous manquons aussi d'infirmières et d'infirmiers. Il y a présentement 171 admissions en nursing aux trois campus de l'U de M. Cela sera-t-il suffisant pour répondre aux besoins? Nos gradués sont très en demande car ils et elles sont bilingues et bien formés. Puisque nous avons axé nos dépenses sur le curatif, il faudra encore vivre avec ces décisions pour bon nombre d'années. Les infirmières et infirmiers doivent faire partie intégrante d'un système de prévention. En plus, les infirmières et les infirmiers devraient avoir la possibilité d'accomplir des tâches pouvant libérer les médecins de leur surcharge de travail.

Nous recommandons que le nombre d'admissions en médecine sous l'entente Québec/N.-B. soit augmenté à 40 par année et ceci tant et aussi longtemps que nous n'aurons pas obtenu la parité du rapport entre anglophones et francophones.

Nous recommandons que l'on augmente le nombre d'admissions en science infirmière à l'U de M et que l'on développe un programme pour les infirmières praticiennes.

Les aînés, l'alphabétisation et le mieux-être

Vous êtes certainement au courant qu'il y a un lien direct entre la capacité de lire des individus et leur santé.

Le rapport intitulé « Deuxième rapport sur la santé des Canadiens » de Santé Canada, publié en 1999 reconnaît l'aliénation des personnes ayant un faible taux d'alphabétisation (niveau 1 et 2) face à la société qui les entoure et leur difficulté à accéder à l'information et aux services de santé. Le résultat de cette situation fait en sorte que les personnes peu alphabétisées sont en moins bonne santé que les Canadiennes et Canadiens se situant à un niveau de scolarité plus élevé (niveau 3-4-5).

Selon Evans, Barer & Marmor, « Why are some people healthy and others not », il y a de plus en plus d'indicatifs que la santé des individus s'améliore au fur et à mesure que le niveau d'éducation augmente.

Le forum national sur la santé (1997) reconnaît que les Canadiens et Canadiennes avec peu de capacité en lecture sont plus souvent enclins à être en chômage, peu en santé, plus pauvres et meurent plus tôt que les autres Canadiens et Canadiennes étant plus alphabétisés.

Les personnes plus alphabétisées fument moins, sont plus actives et ont plus facilement accès à une nourriture de meilleure qualité.

Ceci étant dit, l'Enquête internationale sur l'alphabétisation des adultes à laquelle a participé le Nouveau-Brunswick nous démontre clairement que les aînés et aînées

francophones sont en grande difficulté par rapport à leur capacité de lire. Selon le rapport canadien de l'EIAA, les personnes de niveau 1 appartiennent aux cohortes plus âgées et la possibilité de se trouver au niveau 1 augmente avec l'âge. Selon la même étude, 65% des personnes entre 56 et 65 ans au N.-B. se situe au niveau 1 & 2 tandis que 94% des personnes de 66 ans et plus se situe au même niveau.

Une chose encourageante, il y a un lien direct entre la scolarité et la capacité de lire et de comprendre ce que tu lis. La jeune génération étant de plus en plus scolarisée, ses capacités en lecture augmentent proportionnellement. Avant que cette génération arrive à l'âge de 55 ans, il faut s'occuper de la génération actuelle.

Suite à ces observations, il est urgent de mettre en place des programmes de formation pour les adultes âgés afin de leur permettre d'avoir une meilleure compréhension de la société autour d'eux et ainsi leur permettre de participer plus activement à cette société en constante évolution.

Nous recommandons que le ministère responsable de la formation des adultes en collaboration avec le ministère de la Santé et du Mieux-être développent des programmes qui permettront aux aînées et aînés francophones d'améliorer leurs compétences en lecture, écriture et calcul afin que la majorité puisse accéder au niveau 3, selon l'échelle de l'Enquête nationale d'alphabétisation des adultes (EIAA) publiée en 1998.

La loi canadienne sur la santé et le mieux-être des aînées et aînés francophones

Quelques années passées, la SAANB avait un slogan qui se lisait comme suit « Un service de qualité est un service dans ma langue ». Quand il y a pénurie de médecins francophones dans la province, respectons-nous un des cinq principes de la loi canadienne sur la santé qui est l'accessibilité?

Quand les aînées et aînés francophones doivent consulter un spécialiste du vieillissement soit en gériatrie ou en gérontologie, où vont-ils? Nulle part car il n'y en a pas. En consultant l'annuaire médical 2000 du Collège des médecins et chirurgiens du N.-B. dans combien d'autres secteurs de la santé n'avons-nous pas de service dans notre langue?

Les mots qui nous viennent à l'esprit lorsque nous vivons une grande émotion, ce sont les mots liés aux premières expériences émotives vécues. Les émotions liées à la peur, à la douleur, à la douceur, à l'amour, à l'isolement, nous allons vouloir les exprimer dans des moments difficiles. Il est tout à fait justifié de s'interroger sur l'importance de la langue de communication en ce qui a trait à l'humanisation et à l'amélioration de la qualité des services de santé pour les aînées et aînés et ainsi contribuer à leur mieux-être. Pour garantir l'accessibilité aux services de santé, il est important d'avoir un nombre suffisant de professionnels de la santé, mais il faut aussi savoir les garder. Un manque de

personnel en santé signifie pour le mieux-être des aînées et aînés, une surcharge de travail, une fatigue accrue, un stress indu et souvent plus de jours de maladie pour ce personnel.

Si nous voulons faire de la prévention, si nous voulons attirer et conserver ce personnel professionnel, il faut leur offrir une rémunération équitable et des conditions de travail dignes et acceptables.

Nous recommandons que les aînées et aînés francophones aient accès à toute la gamme de services de santé, dans leur langue et ceci partout sur le territoire sans avoir à se déplacer du Nord au Sud; qu'il s'agisse de la santé mentale, du service hospitalier, du service médical, etc.

Nous recommandons que la rémunération du personnel professionnel en santé, qui œuvre sur la ligne de front, se situe au moins à la moyenne des rémunérations payées en Atlantique.

Promotion, sensibilisation et mieux-être

Nous avons souvent fait mention de la prévention durant cette présentation, c'est que nous y croyons fermement. Nous n'avons pas à faire la preuve qu'il est important d'en faire mais peut-être du comment nous allons faire cette prévention.

Que la prévention soit au niveau primaire, secondaire ou tertiaire, il faut y investir suffisamment de fonds pour que ça fasse la différence. Tous les niveaux d'âge, tous les groupes doivent être touchés. Les activités de promotion, de sensibilisation et de prévention doivent être définies en fonction des groupes visés. Nous devons avoir le plus grand souci du respect des deux langues officielles et de la culture de chacun; en autre mot pas de traduction.

Nous avons rencontré plusieurs intervenantes et intervenants du système de santé, tous sans exception ont déploré le manque ou l'absence totale de prévention. Il faudrait développer des programmes de prévention intégrés, de la naissance à la fin d'une vie.

Nous recommandons qu'un programme de prévention et de promotion de la santé soit mis en place pour l'ensemble de la population.

Nous recommandons qu'un programme d'éducation à une saine alimentation soit développé autant pour les plus jeunes que pour les moins jeunes.

Les bienfaits des activités pour le mieux-être des aînées et aînés

De plus en plus, la société reconnaît les bienfaits que procure l'activité physique dans le quotidien des gens de tout âge. Consciente de l'importance de la vie active pour les personnes âgées, l'Université du troisième âge du Sud-Est (UTA) a mis en oeuvre au début de sa formation (1981) un programme d'activité physique, "Grouille ou Rouille". Ce programme, toujours bien ancré dans la région du sud-est, comprend deux volets : des exercices sur place adaptés aux besoins de cette population et un programme d'exercices dans l'eau "Aquaforme". De plus, il comprend des séances d'information et d'éducation. Voilà ce qui a changé l'attitude des aînés et aînées face à l'activité physique. En effet, après un an de sa mise en oeuvre, les résultats étaient impressionnants. Un questionnaire sur les habitudes de vie des participants au programme démontrait clairement une amélioration au niveau du sommeil; la marche devient une habitude régulière et par conséquent une amélioration dans la mobilité se fait ressentir. Cette activité est sous l'oeil vigilant de deux instructrices diplômées en éducation physique et loisirs.

Une recherche, (Ouellette, Nowlan, Ulmer, 1985) démontre vraisemblablement un syndrome d'activité physique généralisé chez les participants du programme. Les auteurs concluent que la participation élevée est le fruit de nombre d'années de cours qui, par la suite, entraînent l'apparition de bienfaits au niveau psychologique, physiologique et social. Cela aurait tendance à se manifester par une plus grande participation à plusieurs types de loisirs.

Au fil des années, les participants et participantes devenaient de plus en plus en forme et le programme gagnait de plus en plus de popularité. L'UTA est fière de dire que 20 ans plus tard au delà de 500 personnes âgées des régions rurales et urbaines du Sud-Est s'inscrivent à chaque session automne-hiver.

Le programme "Grouille ou Rouille" a été subventionné dès ses débuts jusqu'en 1996 par notre gouvernement provincial. Malheureusement, à la suite d'un mélange d'information en ce qui avait trait à ce programme comparativement à un autre (qui n'avait rien en commun) le gouvernement d'alors n'a rien compris et a mis fin à la subvention du jour au lendemain. Depuis quatre ans, les responsables de l'UTA ont pu garder cette activité en place en organisant diverses loteries et activités sociales et en demandant aux participantes et participants de vendre des billets en plus de payer une inscription. Tous sont maintenant à bout de souffle de ce genre de collecte de fonds et les acheteurs se font de plus en plus rare au cours des années.

Nous recommandons, si le gouvernement du N.-B. est sincère lorsqu'il parle du mieux-être des aînées et aînés, que ce dernier finance à nouveau ce programme et l'élargisse au reste de la province, sinon des milliers de personnes âgées viendront s'ajouter à la liste des gens non actifs et par conséquent nous aurons, dans la province, davantage de problème de santé tant physique que mentale.

Vieillir en santé

Un deuxième programme offert par l'UTA et qui met l'accent sur la santé et le mieux-être des personnes âgées est "Vieillir en santé". Ce programme est animé par des pairs qui ont eu une formation afin de bien remplir leur rôle. "Vieillir en santé" est composé de 12 sessions qui traitent des sujets suivants : le vieillissement, l'activité physique, le stress, les deuils, la santé, les besoins, la nutrition, l'autonomie, la dépendance, la surmédication, l'estime de soi. En 1990, une subvention de Santé Canada a permis d'avoir l'expertise nécessaire pour la mise en oeuvre d'un tel projet (guide d'animation, cahier de participation, formation des pairs). Après avoir offert, pendant plusieurs années, un tel programme dans diverses régions de la province, aujourd'hui nous ne pouvons l'offrir que dans le sud de la province et on doit se limiter à trois ou quatre localités. Par conséquent, nous devons refuser les nombreuses autres demandes car nous avons de la difficulté à rencontrer les coûts en ce qui touche les déplacements de nos animateurs qui déjà travaillent à titre de bénévoles. Voilà des exemples parmi d'autres des programmes de l'UTA du Sud-Est. Le secteur privé collabore, les communautés collaborent, les familles collaborent et c'est maintenant à notre gouvernement à nous aider à garder en place ces programmes de prévention qui agissent sur la santé et le mieux-être de la population âgée. Il faut agir dès maintenant, car dans un avenir proche nous n'aurons plus les moyens d'offrir ces programmes de prévention à notre population.

Nous recommandons que le gouvernement de la province mette en place le budget nécessaire pour le maintien et l'élargissement de ce programme.

Le mieux-être des aînées et aînés, les foyers de soins longues durées, les foyers de soins et les services au foyer

Quand je me présente à l'hôpital pour y être admis, on ne me demande pas combien d'argent j'ai dans mon compte de banque ou combien est ma pension, et autres questions du genre. On m'inscrit et on me prodigue les soins nécessaires. L'hospitalisation peut être de courte durée ou de longue durée, c'est le même prix. Pourtant si je souffre de la maladie d'Alzheimer et que je dois être admis dans une résidence pour soins longue durée, il en est tout autrement. On fait une analyse de mes moyens financiers et l'on me facture en conséquence.

En consultant les données fournies par l'Association canadienne des enseignantes et enseignants retraités, suite à une étude nationale, il est évident que le N.-B. figure parmi les provinces qui demandent le plus de contribution de ces personnes. Avons-nous un système à deux vitesses à ce niveau et est-il discriminatoire? Nous nous le demandons.

En plus, les aînées et aînés qui demeurent chez eux, mais qui ont besoin d'aide pour y demeurer ont-ils accès à des services adéquats à travers la province? Savent-ils que des services existent si ceux-ci sont en place dans leur région? Nous savons que des aînées et aînés embauchent des personnes pour les aider avec l'entretien de la maison, de leur terrain, etc. Les personnes devraient pouvoir réclamer ces coûts sur leurs impôts, le peuvent-elles?

Si nous voulons diminuer les coûts reliés aux hôpitaux et aux résidences pour aînées et aînés, nous aurions avantage à revoir tout ce système.

Nous recommandons qu'une étude en profondeur soit effectuée en ce qui a trait à l'ensemble des services et à l'accessibilité de ceux-ci pour et par les aînées et aînés.

Nous recommandons que la participation financière des individus soit d'un montant maximum raisonnable afin de permettre au conjoint qui reste de pouvoir suivre convenablement.

Conclusion

Nous osons croire que tout le travail de préparation qu'auront fait les organismes, les groupes et les individus qui se sont présentés devant vous ne sera pas inutile. Nous serions très déçus si ces audiences n'étaient qu'un exercice de relation publique.

Nous n'avons pas touché à tous les éléments de la stratégie que votre comité propose; nous avons axé nos interventions sur le mieux-être des aînées et aînés et particulièrement les francophones.

Nous voulons vous exprimer nos inquiétudes face au travail d'un autre comité, présidé par M. Michel Léger, comité qui semble travailler à huis clos. Nous voulons vous souligner la contradiction apparente qui existe entre le travail de votre comité qui organise des audiences publiques et ce comité qui travaille dans l'ombre. Lequel est le plus important? Lequel des deux allons-nous écouter?

En terminant, nous tenons à assurer le gouvernement de la province de notre entière collaboration s'il venait à nommer différents comités d'étude pour analyser l'ensemble des soins de santé au Nouveau-Brunswick.

Nous formulons une dernière recommandation :

La mise en place d'un conseil francophone de la santé composé d'intervenantes et d'intervenants du système, de représentantes et représentants de la communauté et des membres de haut niveau du gouvernement.

Merci!