

Soins de longue durée en établissement au Canada

Notre vision pour une amélioration des soins aux aînés



Soins de longue durée en établissement au Canada : Notre vision pour une amélioration des soins aux aînés

© Syndicat canadien de la fonction publique

Octobre 2009

Chercheure et rédactrice principale : Irene Jansen

Chercheure et rédactrice collaboratrice : Janice Murphy

Conception et mise en page : Nadene Rehnby

Traduction : Danielle Boudreau

REMERCIEMENTS : Nous aimerions remercier les personnes suivantes de l'aide qu'elles nous ont apporté : Marcy Cohen, Shalom Schachter, Dennis Lewycky, Roberto Fortin, Wendy Armstrong, Mary Catherine McCarthy, Pat Kerwin, Natalie Mehra, Corey Vermey, Toby Sanger, Stan Marshall, Anthony Pizzino, Jennifer Whiteside, Allison Gifford, Suzanne Chamseddine, Sylvie St-Jean, Teresa Healy, Cheryl Stadnichuk, Bonnie Ferguson, Jack Simpson, Marco Lutfy, Michel Jolin, Susan Barton, Raymond Léger, Brian Farewell, Louise Riley, Stacy Delaney, Wanda Livingston et Maureen Guiliani.

Merci également aux membres du Comité national sur les questions de santé du SCFP, à l'origine de cette initiative, ainsi qu'aux innombrables membres de la base et du personnel du SCFP dont les connaissances et le militantisme ont fourni la trame du présent ouvrage.

La version intégrale de ce rapport et un résumé de 12 pages peuvent être téléchargés à l'adresse scfp.ca/tournee-soins-de-longue-duree

*This full research report and a 12-page popular summary
can be downloaded from cupe.ca/long-term-care-tour*

ISBN 978-0-9809296-4-5

SCFP / Syndicat canadien
de la fonction publique

1375, boul. Saint-Laurent, Ottawa (Ontario) K1G 0Z7

Téléphone : (613) 237-1590 | Télécopieur : (613) 237-5508

www.scfp.ca

Table des matières

Sommaire	5
Qu'entendons-nous par soins de longue durée en établissement?	7
Le système des SLD en établissement : insuffisances et inégalités	7
Conditions de travail et conditions de soins vont de pair	11
Éliminer la quête de profits dans l'administration et la prestation des soins : essentiel pour améliorer l'accès et la qualité	16
Recommandations.....	20
1^{re} partie : Introduction	21
2^e partie : Élargir le régime d'assurance-maladie aux soins de longue durée en établissement.....	23
Introduction et résumé	23
Soins de longue durée en établissement hors du régime d'assurance-maladie : insuffisances et inégalités	23
Une population vieillissante	26
Attente interminable et choix déchirants	28
Établissements de soins privés : inabordables.....	29
La voie à suivre.....	31
Un élément d'une vision globale.....	32
Bon pour les familles, bon pour l'économie	33
Conclusion	35
3^e partie : Dotation et qualité des soins	36
Introduction et résumé	36
Notre cadre en matière de dotation	36
Un personnel accru dans les établissements de soins de longue durée	39
Un environnement de travail sain et sécuritaire	48
Instruction et formation.....	54
Conclusion	56

4^e partie : Administration et prestation sans but lucratif	57
Introduction et résumé	57
Place du public et du privé dans les établissements de SLD :	
La quête de profits est très présente et ne cesse de croître.....	58
Administration à but lucratif : synonyme de qualité de soins diminuée.....	61
Administration à but lucratif : synonyme de dotation en personnel inférieure	64
Administration à but lucratif : synonyme de coûts plus élevés pour les résidents	66
Sous-traitance : synonyme de conditions de travail et de soins inférieures.....	67
Privatisation : une pratique risquée	68
Privatisation par la conversion en résidences-services ou en d'autres types d'administrations déréglementées	70
Privatisation de l'élaboration des politiques.....	72
Conclusion	72
 5^e partie : Législation pour protéger les personnes âgées	 73
 6^e partie : Conclusion	 77
 Annexe A : Types de services en établissement.....	80
Annexe B : Lits de SLD (publiquement financés) en 2008, selon la province et le type d'administration	83
Annexe C : Satisfaction professionnelle et roulement du personnel dans les établissements de SLD.....	86
 Références citées	88
 Notes.....	101

Sommaire

L'égale accès aux soins de santé est un principe fondamental qui occupe une grande place dans le cœur de la plupart des Canadiennes et des Canadiens. En santé, l'universalité d'accès est un droit fondamental que le statut social et la situation financière ne devraient pas affecter.

Les Canadiennes et Canadiens tiennent aussi beaucoup à ce que leurs aînés bénéficient de soins de qualité dans le respect et la dignité. Ce n'est pas facile de se mettre en quête du meilleur moyen d'aider des parents et des proches âgés tout en préservant au maximum leur indépendance et leur liberté de choix. Cette mission est souvent compliquée par les ressources familiales et d'autres aspects. Il reste que la volonté que les aînés soient traités avec respect est profondément ancrée dans notre société.

Les attitudes que nous adoptons et les gestes que nous posons à l'égard des aînés et des autres résidents des établissements de soins de longue durée (SLD) témoignent de nos valeurs et de nos principes en tant que société. Comme l'a fait valoir l'Organisation mondiale de la santé : « Une société qui traite ses membres les plus vulnérables avec compassion est une société plus juste et plus humaine pour l'ensemble de ses membres¹ ».

Si nous estimons vraiment que les soins de santé sont un droit fondamental, si nous tenons à ce que nos parents et voisins vieillissent dans la dignité, nous nous devons d'aborder autrement les soins aux aînés, surtout aux plus vulnérables d'entre eux : ceux qui vivent dans des établissements de soins de longue durée. Pour parer au plus urgent, il faut s'attaquer au double problème de l'accès limité aux établissements de soins de longue durée et de la piètre qualité des soins qui y sont dispensés. En matière de soins de longue durée en établissement, les pratiques de financement et de réglementation des gouvernements canadiens sont loin d'être conformes aux valeurs et aux principes de la société.

Si l'égalité d'accès aux soins de santé était vraiment une valeur canadienne fondamentale, les soins de santé seraient fournis gratuitement, quel que soit l'endroit où ils sont dispensés. Quand les programmes fédéraux de santé ont été regroupés, il y a 50 ans, le développement de l'assurance-maladie a été interrompu (et restreint aux services des hôpitaux et des médecins).

Les attitudes que nous adoptons et les gestes que nous posons à l'égard des aînés et des autres résidents des établissements de soins de longue durée témoignent de nos valeurs et de nos principes en tant que société.

Cette mesure, qui ne se justifiait pas à l'époque, ne se justifie pas davantage de nos jours, car notre société vieillit rapidement et les besoins de soins complexes et de haut niveau des personnes âgées sont de plus en plus grands. En tant que société, prendre la décision de financer les soins de longue durée en établissement et de garantir l'égalité d'accès à ces soins serait une preuve d'intelligence économique autant que de justice sociale. Mieux encore, éliminer toute possibilité de tirer profit du système afin que la totalité des ressources disponibles soit consacrée aux soins témoignerait d'une grande sagesse.

Non seulement voulons-nous l'égalité d'accès aux établissements de SLD, mais nous voulons aussi que ces établissements dispensent des soins de qualité, ce qui signifie qu'une amélioration du niveau de dotation est nécessaire. Au Canada, les établissements de SLD traînent une réputation d'endroits lugubres de dernier recours pour les aînés malades et pour un nombre croissant de personnes handicapées plus jeunes, incapables de se faire soigner ailleurs. Le personnel soignant est pressé de toute part et l'isolement social est la norme. Les établissements à but lucratif et ceux qui pratiquent la sous-traitance tendent à être ceux où les conditions sont les pires. Pour les résidents, les conséquences du manque de personnel et de la privatisation sont claires et documentées par des dizaines d'années de recherches : mauvaise santé et qualité de vie inférieure. Pour améliorer la qualité des soins, il faudra dans un premier temps renverser la spirale vers le bas créée par les coupures de financement et la privatisation. Ensuite, il faudra créer un environnement qui favorise la bonne santé et la jouissance de la vie.

Le SCFP représente 67 000 travailleurs à l'emploi d'établissements de soins de longue durée et un effectif total de 590 000 au Canada, dont plusieurs sont préoccupés par les traitements dispensés à leurs parents âgés et qui tous appréhendent le sort qui leur sera réservé lorsqu'eux-mêmes atteindront un âge avancé.

Dans ce rapport, nous traitons des deux problèmes qui sont à notre avis les plus urgents dans le système de soins de longue durée : les obstacles à l'accès et la mauvaise qualité des soins. Pour ce faire, notre analyse se penche sur deux des facteurs responsables de cette situation, à savoir le manque de personnel et la privatisation. Sur ces sujets, la documentation abonde et plusieurs énoncés de politique vigoureux ont été publiés. Pour notre part, nous avons voulu faire la lumière sur la relation entre les conditions de travail et les conditions de soins, pour proposer des moyens d'améliorer la situation sur les deux plans. L'ensemble de nos recommandations pourrait se résumer comme suit : nous appelons les gouvernements à mettre sur pied, à financer, à réglementer et, dans toute la mesure du possible, à se charger de l'exécution de programmes publics qui garantiront aux aînés un accès universel et équitable à des établissements de soins de longue durée adaptés à leurs besoins, soustraits à toute exploitation commerciale et propices à la meilleure santé possible et à la jouissance de la vie.

Si le Syndicat canadien de la fonction publique (SCFP) s'intéresse au combat pour l'amélioration des soins de longue durée en établissement, c'est parce qu'il est concerné au premier chef à plusieurs points de vue. En effet, le SCFP représente 67 000 travailleurs à l'emploi d'établissements de SLD au Canada. Bien que des différences s'observent d'une province à l'autre, nos membres évoluent dans un éventail de professions qui vont des soins directs (soins de rééducation et infirmiers) jusqu'aux services de soutien (services de nettoyage, alimentaires et de blanchisserie). Nous représentons un effectif total de 590 000 travailleurs. Tandis que plusieurs de ces gens sont préoccupés par les traitements dispensés à leurs parents âgés, tous appréhendent le sort qui leur sera réservé lorsqu'eux-mêmes atteindront un âge avancé. En tant que partie d'un mouvement, nous abordons le sujet des soins de longue durée en établissement à titre d'organisation partenaire d'autres organisations syndicales, d'organismes de défense des personnes âgées et de coalitions citoyennes qui militent depuis longtemps pour l'avènement d'un système universel, de qualité et à payeur unique dans le domaine des soins de longue durée en établissement au Canada.

Les établissements de soins de longue durée sont le milieu de vie de près d'un quart de million de personnes et le milieu professionnel d'un autre quart de million de personnes². Ne serait-ce que pour cela, ils méritent que nous leur consacrons toute notre attention.

Qu'entendons-nous par soins de longue durée en établissement?

Nous utilisons l'expression soins de longue durée en établissement en référence aux établissements de SLD financés et réglementés par le gouvernement qui assurent des soins infirmiers 24 heures par jour principalement à des résidents âgés de santé fragile. Notre propos s'étendra éventuellement aux établissements non réglementés financés par le privé, mais le sujet de notre étude porte principalement sur les établissements réglementés et publiquement financés qui sont chargés de dispenser des soins de haut niveau à des personnes âgées et moins âgées atteintes de conditions chroniques multiples pouvant aller jusqu'à l'invalidité physique et/ou mentale. Les établissements de ce type portent divers noms à travers le Canada : centres de soins infirmiers, établissements résidentiels de soins, établissements de soins complexes, foyers de soins spéciaux, hôpitaux de soins prolongés, foyers de soins personnels, foyers de bienfaisance, foyers de personnes âgées ou manoirs. Dans ce rapport, nous utilisons de façon interchangeable les expressions « établissements de soins de longue durée » et « soins de longue durée en établissement » pour désigner ce groupe de soins et d'établissements. Le lecteur est invité à consulter l'annexe A, qui porte sur les définitions et la terminologie.

Le système des SLD en établissement : insuffisances et inégalités

En première partie du rapport, nous nous penchons sur l'exclusion des établissements de SLD du régime d'assurance-maladie et sur les conséquences de cette exclusion, pour conclure à la nécessité d'un programme pancanadien assujéti à des normes légiférées pour encadrer les soins de longue durée en établissement.

Les soins de longue durée en établissement sont pour ainsi dire exclus du régime d'assurance-maladie. La *Loi canadienne sur la santé* est la loi fédérale qui définit l'assurance-maladie. Cette loi exige que les régimes des provinces et territoires qui assurent les *services médicaux et hospitaliers médicalement nécessaires* relèvent d'une administration publique; elle exige aussi que ces soins soient offerts à tous, dans toute leur intégralité, qu'ils soient accessibles et transférables; enfin, la *Loi* interdit la surfacturation et les frais d'utilisation. Même si la *Loi* fait spécifiquement référence aux « services complémentaires de santé », qui incluent les établissements de SLD, le gouvernement fédéral a toujours refusé de promulguer un règlement qui définirait ces services et il n'a jamais exigé le respect de cette norme et d'autres comme condition de financement.

Étant donné qu'il n'existe pas de normes fédérales, des écarts énormes s'observent d'une province à l'autre en termes de disponibilité des services, de niveau de financement public, de critères d'admissibilité et de défraiements par les résidents. Des personnes âgées au profil clinique et aux besoins similaires sont traitées différemment en termes d'accès aux lits, à l'équipement, aux fournitures et appareils, selon l'endroit où elles vivent et les ressources financières qu'elles possèdent. Les inégalités sont répandues.

Étant donné qu'il n'existe pas de normes fédérales, des écarts énormes s'observent d'une province à l'autre en termes de disponibilité des services, de niveau de financement public, de critères d'admissibilité et de défraiements par les résidents.

Le système des soins de longue durée en établissement au Canada est un système à deux vitesses. Bien que les frais d'hébergement des établissements de SLD soient réglementés et subventionnés dans toutes les provinces, les conditions d'admissibilité et de revenu varient considérablement. Une fois qu'ils ont payé les frais d'hébergement à leur établissement subventionné, plusieurs résidents (la majorité dans certaines provinces) n'ont plus en poche qu'un maigre « revenu alloué » de 103 \$ à 265 \$ par mois. Avec cette somme, ils doivent payer des frais médicaux et personnels divers (tout dépend des subventions publiques auxquelles ils ont droit) : prothèses dentaires, appareils auditifs, fauteuils roulants et coussins spécialisés, matelas thérapeutiques, tests de diagnostic, médicaments en vente libre, produits d'hygiène personnelle, services personnels de blanchisserie, téléphone, soins de physiothérapie, soins des pieds et dépenses personnelles telles les cadeaux et vêtements. Les gens qui ont les moyens de payer obtiennent une meilleure gamme de produits et de services dans les établissements subventionnés.

Les gens qui ont les moyens de payer obtiennent une meilleure gamme de produits et de services dans les établissements subventionnés. C'est pire dans les établissements entièrement financés par le privé, hors de portée de la grande majorité des Canadiennes et Canadiens.

C'est encore pire dans les établissements de SLD entièrement financés par le privé, que la grande majorité des Canadiennes et Canadiens n'ont pas les moyens de se payer. En 2009, le coût moyen d'un lit dans un établissement privé de soins de longue durée de la Colombie-Britannique s'établissait à 4 718 \$ par mois ou 56 616 \$ par année. En 2005, dans la même province, il y avait moins de 5 pour cent des femmes seules et un peu plus de 11 pour cent des hommes seuls de plus de 65 ans qui avaient un revenu supérieur à 60 000 \$ et qui avaient les moyens de se payer un établissement à financement privé. Les frais d'hébergement des établissements à financement privé et les niveaux de revenu varient d'une province à l'autre, mais le portrait d'ensemble est valable à l'échelle du pays : seule une petite minorité peut se permettre de vivre dans un établissement de SLD dont le financement est entièrement privé.

Les assurances pour soins de longue durée privés ne sont certainement pas la solution. Elles coûtent cher, elles sont difficiles à obtenir et le risque de voir sa réclamation refusée est élevé. Une revue des produits canadiens d'assurance en SLD réalisée en 2006 a révélé que les primes étaient onéreuses et en hausse, que les demandes d'assurance étaient souvent refusées, que les indemnités étaient plafonnées, que les protections étaient insuffisantes, que la publicité était trompeuse, que les réclamations étaient compliquées et qu'il fallait trouver son chemin dans un dédale de produits, de frais et de règles. Comme moyen de financer les soins de longue durée en établissement en tant que société, cette pratique est inefficace en plus d'être inéquitable. Il n'y a donc rien d'étonnant à ce que le produit de l'assurance SLD privée ne soit acheté que par 1 pour cent des Canadiennes et des Canadiens âgés.

En plus des inégalités de services et d'accès qui découlent du fait que les SLD en établissement sont exclus de l'assurance-maladie, un autre défi pressant est créé par l'augmentation de la demande qui découle du vieillissement de la population. En 2005, 13 pour cent de la population avaient plus de 65 ans. En 2031, d'après les prévisions, près du quart de la population aura cet âge. Une augmentation marquée du nombre de *personnes très âgées* (80 ans et plus) est attendue au cours des prochaines décennies et leur proportion triplera pour passer d'une sur 30 en 2005 à une sur 10 en 2056. C'est cette cohorte qui est la plus pertinente à l'étude des établissements de SLD, où l'âge moyen à l'admission s'établissait à 86 ans en 2002 (en hausse comparativement à 75 ans en 1977). Bien que la demande de lits de SLD dépende de plusieurs facteurs, il ne fait aucun doute que le vieillissement de la population soit un facteur de première importance.

La population vieillit rapidement et plusieurs personnes âgées ont besoin de soins de longue durée en établissement, mais les provinces coupent au lieu d'améliorer l'accès aux lits de

SLD. Comme l'indique le tableau suivant, le nombre de lits de SLD comparativement au nombre de personnes âgées de 75 ans et plus a diminué dans toutes les provinces sauf en Ontario—et cette diminution s'étend de 7 pour cent au Manitoba et en Nouvelle-Écosse jusqu'à 21 pour cent en Colombie-Britannique et en Alberta. Nous démontrerons plus loin que l'augmentation du nombre de lits en Ontario s'est faite presque entièrement dans les établissements à but lucratif, connus pour avoir un personnel réduit (depuis l'élimination des niveaux de dotation légiférés en 1996) et pour transformer en profits une plus grande part de l'argent qui devrait servir aux soins directs.

Proportion de lits de soins de longue durée par millier de population âgée de 75 ans et plus, selon la province, 2001 et 2008							
	2001		2008		Différence en % de 2001 à 2008		
	Nombre de lits	Lits par millier, 75 ans +	Nombre de lits	Lits par millier, 75 ans +	Population de 75 ans +	Nombre de lits	Proportion de lits
C.-B.	25 420	102,3	24 616	81,3	21,8 %	-3,2 %	-20,5 %
Alberta	14 486	106,0	14 654	83,9	27,7 %	1,2 %	-20,8 %
Saskatchewan	9 240	123,4	8 944	112,8	5,9 %	-3,2 %	-8,6 %
Manitoba	9 733	124,5	9 833	116,1	8,4 %	1,0 %	-6,8 %
Ontario	58 403	88,2	75 958	91,5	25,3 %	30,1 %	3,8 %
Québec	43 491	104,8	46 091	88,3	25,8 %	6,0 %	-15,7 %
N.-Brunswick	4 227	89,6	4 175	78,5	12,7 %	-1,2 %	-12,4 %
Terre-Neuve	2 818	101,3	2 643	84,2	12,8 %	-6,2 %	-16,8 %
N.-Écosse	5 806	96,3	5 986	89,4	11,0 %	3,1 %	-7,1 %
Î.-P.-É.	950	106,5	978	100,1	9,5 %	-2,9 %	-9,3 %
Canada	174 574	99,2	193 858	90,0	22,4 %	11,0 %	-9,3 %

Source : Cohen *et al.*, 2009b.

La population vieillit rapidement et bon nombre de personnes âgées ont besoin de soins de longue durée en établissement, mais la plupart des provinces réduisent l'accès aux lits de SLD au lieu de l'augmenter.

La baisse de capacité des établissements de SLD n'a pas été compensée par une expansion dans d'autres secteurs du système de santé. D'ailleurs, pendant ce temps, les compressions dans les hôpitaux se sont poursuivies dans la plupart des provinces. Malgré les nouveaux investissements de certaines provinces dans les soins à domicile et communautaires, les SLD hors établissement restent largement sous-financés. Toutefois, même en assurant des services suffisants dans les autres secteurs du système de santé, la demande de lits de SLD continuera d'être supérieure à la capacité si la tendance actuelle se maintient.

L'attente pour un lit de SLD est plus longue et les personnes âgées sont forcées de faire des choix déchirants. Certaines doivent accepter le premier lit disponible, souvent dans un établissement qu'elles n'auraient pas choisi. C'est particulièrement vrai pour les personnes âgées qui ont des besoins culturels spécifiques ou qui vivent dans des collectivités rurales et éloignées. Les couples sont souvent séparés parce qu'incapables de trouver à se loger dans le même établissement, voire dans la même collectivité. Dans certaines provinces, refuser la place offerte renvoie à la fin de la liste d'attente, où il faut attendre des mois, voire des années qu'une autre occasion se présente.

La solution à cette crise d'accessibilité aux soins de longue durée en établissement passe par deux avenues :

1. L'élargissement du régime d'assurance-maladie pour inclure les soins de longue durée en établissement, avec un financement fédéral accru et conditionnel à l'observation de normes légiférées, y compris des critères et conditions de la *Loi canadienne sur la santé*.

Le gouvernement fédéral devrait augmenter de façon substantielle ses transferts aux provinces et territoires au chapitre des SLD en établissement et il devrait rendre ces transferts conditionnels à l'observation de normes légiférées.

Le gouvernement fédéral devrait augmenter de façon substantielle ses transferts aux provinces et territoires au chapitre des SLD en établissement et il devrait rendre ces transferts conditionnels à l'observation de normes légiférées. La nouvelle législation fédérale sur les SLD en établissement devrait incorporer les critères et conditions de la *Loi canadienne sur la santé*, à savoir :

- gestion publique (sans but lucratif);
- universalité (pour toutes les personnes assurées selon des modalités et conditions uniformes);
- intégralité (pour tous les services médicalement nécessaires);
- accessibilité (un accès raisonnable selon des modalités et conditions uniformes, non entravé par une surfacturation ou des exigences discriminatoires);
- transférabilité (protection en dehors de la province de résidence);
- sans surfacturation ni frais d'utilisation.

Dans la mise en œuvre de ce nouvel arrangement fiscal et législatif, le gouvernement fédéral devrait tenir compte du caractère distinct du Québec. Le Québec devrait avoir primauté de compétence sur sa propre politique sociale; il devrait avoir le droit de ne pas participer au programme fédéral-provincial proposé de SLD en établissement et de recevoir le plein paiement de transfert qui y est associé.

2. L'élargissement de l'éventail des soins de longue durée en établissement, des soins à domicile et des soins communautaires afin de répondre aux besoins de la population âgée canadienne dans le cadre d'un système global et intégré.

Notre appel en faveur d'un élargissement du régime d'assurance-maladie aux soins de longue durée en établissement—avec une réglementation et un financement accru—s'inscrit dans le cadre de notre vision d'un régime global d'assurance-maladie qui inclurait également une assurance-médicaments, les soins à domicile, les soins de santé primaires, les soins dentaires et les soins de la vue. Les élargissements dans ces secteurs ne devraient pas se faire au détriment des services hospitaliers, qui sont déjà étirés au maximum à travers le Canada.

Il convient ici de s'attarder sur la question des soins à domicile. Les personnes âgées et autres qui ont besoin de soins de longue durée devraient avoir le choix de recevoir ces soins à la maison ou en établissement et elles devraient avoir accès à des ressources adéquates, quelle que soit l'option choisie. Nous savons que bien des gens qui sont en attente d'une place en établissement de SLD pourraient avantageusement être soignés à la maison si les soutiens à domicile et communautaires étaient disponibles; pourtant, ces soutiens demeurent

largement sous-financés. Ce sont les patients/clients qui en font le plus les frais, mais aussi les travailleurs sous-payés en soins à domicile et communautaires, ainsi que les aidants non rémunérés, qui sont majoritairement des femmes.

Pour assurer des ressources adéquates au niveau des soins à domicile et des soins de longue durée en établissement, il faut plus que du financement. Il faut une évolution de la gouvernance, de l'administration et même de la conceptualisation du système de soins de longue durée. Au lieu d'opposer les « soins à domicile » aux « soins en établissement » dans une dichotomie simpliste qui sert de prétexte à la rationalisation et à la privatisation, les décideurs politiques devraient plutôt chercher à améliorer les deux options et, à tout le moins, à éliminer l'exploitation (des patients/clients/résidents et des aidants, rémunérés ou non) qui y est associée.

L'élargissement du régime d'assurance-maladie aux soins de longue durée en établissement contribuerait à alléger le fardeau des familles, surtout des femmes de ces familles, puisque les aidants non rémunérés seraient ainsi libérés et pourraient participer plus pleinement à la population active; et il donnerait un coup de pouce bienvenu à l'économie, en créant de nouveaux emplois.

Les soins de longue durée en établissement ont une importance toute particulière pour les femmes, qui constituent la majorité des résidents et des aidants. Près des deux tiers de l'ensemble des résidents et des trois quarts des résidents de 85 ans et plus sont des femmes. Les femmes sont surreprésentées chez les aidants également : dans les établissements de SLD, neuf employés sur 10 sont des femmes et les aidants non rémunérés sont majoritairement des femmes.

La dotation en personnel est le plus important facteur déterminant lorsqu'il s'agit d'évaluer la qualité des soins de longue durée en établissement.

Conditions de travail et conditions de soins vont de pair

La dotation en personnel est le plus important facteur déterminant lorsqu'il s'agit d'évaluer la qualité des soins de longue durée en établissement. Plus les conditions de travail sont bonnes, plus la qualité des soins aux résidents est bonne également. Des dizaines d'années d'études font la preuve que le plus important facteur déterminant de la qualité des soins est le niveau de dotation. Cette affirmation se vérifie, que l'on utilise des critères d'évaluation de la « qualité des soins » selon une perspective médicale ou des critères d'évaluation plus généraux qui concernent la « qualité de vie³ ». En dehors du nombre d'employés, le niveau d'instruction/de formation du personnel et le climat de travail ont des impacts démontrés sur la santé et le bien-être des résidents.

Le niveau de personnel et l'organisation des établissements de SLD n'ont pas suivi la courbe de l'augmentation des besoins des résidents. Le nombre d'employés, la composition du personnel, la formation du personnel, l'équipement disponible et les modèles de soins — aucun de ces aspects ne s'est développé parallèlement au profil et aux besoins des résidents.

Les résidents des établissements de SLD d'aujourd'hui ont des besoins beaucoup plus grands que ceux d'il y a 15 ans. Ils ont en vaste majorité plus de 75 ans et leurs problèmes de santé sont multiples. Ils ne peuvent pas se déplacer seuls, sont atteints d'importants déficits cognitifs et physiques, ont des besoins de soins variables et complexes. Une minorité de plus en plus importante des résidents est constituée de jeunes adultes invalides ou malades chroniques

qui ont des besoins distincts. Les admissions en soins à court terme et en soins palliatifs ont aussi beaucoup augmenté ces dernières années. Globalement, les besoins de soins physiques et psychosociaux des résidents sont devenus si complexes que certains experts utilisent l'expression « mini-hôpitaux » pour désigner les établissements de SLD.

Pourtant, la dotation, l'équipement, les infrastructures, les politiques et les modèles de soins n'ont pas évolué parallèlement aux besoins des résidents. Les gouvernements n'augmentent pas assez les fonds pour financer le nombre d'employés, la formation ou l'équipement spécialisé nécessaires. Par exemple, au niveau des soins palliatifs en Colombie-Britannique, le taux de décès en établissement de soins de longue durée a augmenté de 81 pour cent sur cinq ans, mais ces établissements ne touchent que la moitié du financement auquel les hôpitaux ont droit pour les soins palliatifs. Cette évidence et d'autres montrent que l'on cherche à soulager les hôpitaux au détriment des établissements de soins de longue durée à seule fin de réduire les coûts. Les conséquences pour les résidents sont dévastatrices.

Les constats sont sans équivoque : le niveau de dotation est le facteur déterminant le plus important lorsqu'il s'agit de qualité : plus le personnel est nombreux, meilleure est la santé des résidents.

Les constats sont sans équivoque : le niveau de dotation est le facteur déterminant le plus important lorsqu'il s'agit de qualité : plus le personnel est nombreux, meilleure est la santé des résidents. En ce qui a trait au contrôle exercé sur les autres facteurs (comme la taille de l'établissement et l'acuité des résidents), les chercheurs concluent de façon constante qu'un niveau plus élevé de personnel réduit les « résultats défavorables » (chutes, fractures, infections, pertes de poids, déshydratation, plaies de pression, incontinence, agitation et hospitalisations). Voici un échantillon des faits présentés dans notre rapport :

- Les résidents qui bénéficient de 45 minutes par jour ou plus de soins directs d'une infirmière auxiliaire autorisée sont 42 pour cent moins susceptibles de développer des plaies de pression que ceux qui reçoivent moins de soins.
- Les résidents qui bénéficient de trois heures par journée-résident (hpjr⁴) de soins des préposés sont 17 pour cent moins à risque de perdre du poids comparativement aux résidents qui reçoivent moins de soins.
- Les résidents des établissements où le personnel est plus nombreux passent moins de temps au lit, sont socialement plus engagés, ingèrent plus de nourriture et de liquides que les résidents des établissements au personnel restreint.
- Les résidents des établissements où le nombre de préposés est plus élevé sont plus susceptibles de s'impliquer dans un programme de toilette planifié, de participer à des exercices actifs ou passifs d'amplitude articulaire, de suivre des traitements de rééducation pour des activités de base comme marcher, sortir du lit et se déplacer.
- Les résidents sont mieux nourris et hydratés lorsque les préposés peuvent les aider à s'alimenter ou qu'ils peuvent superviser le repas d'au plus deux ou trois résidents à la fois. Quand la tâche est plus lourde, les résidents sont plus à risque de tousser et de s'étouffer avec la nourriture et une perte de poids s'ensuit parce que l'apport alimentaire est insuffisant.
- Lorsque le nombre de préposés est inférieur à l'équivalent de 2 hpjr, on multiplie par quatre le risque d'hospitalisation pour un éventail de problèmes de santé qui auraient pu être évités (notamment des infections urinaires, des déséquilibres électrolytiques et des septicémies). Quand le nombre de préposés tombe sous la barre des 2 hpjr, 32 pour cent des résidents développent des plaies de pression.

- L'aspect social-émotionnel des soins est le premier à disparaître lorsque la charge de travail est lourde et la qualité de vie des résidents en souffre. Les activités significatives et les relations positives sont particulièrement importantes pour les résidents atteints de démence.

L'étude la plus exhaustive à ce jour en cette matière est celle que le Congrès des États-Unis a commandée au Center for Medicaid and Medicare Services (CMS). Les résultats de l'étude, publiée en 2002, révèlent qu'un niveau minimum de dotation de 4,1 hpjr travaillées est indispensable pour éviter de compromettre la santé et la sécurité des résidents des établissements de SLD. Ces 4,1 hpjr comprennent de 2,4 à 3,1 heures du personnel préposé aux soins et de 0,95 à 1,55 heure du personnel infirmier autorisé (IA ou IAA), chaque variation ayant un résultat différent sur la santé des résidents.

Il importe de remarquer que le minimum de 4,1 hpjr recommandé par le CMS :

- fait référence à des heures travaillées et non pas à des heures rémunérées. Les heures rémunérées comprennent les avantages sociaux, les jours fériés, les vacances, les jours de maladie et d'autres types de rémunérations qui ne sont pas pris en compte dans le nombre d'heures réellement travaillées. Le nombre d'*heures rémunérées* peut être de 15 à 30 pour cent supérieur au nombre d'*heures travaillées*. Il faut que les niveaux minimums de dotation s'expriment en *heures travaillées*;
- comprend seulement le personnel infirmier (IA et IAA) et de soins personnels (préposés). Il faut des niveaux minimums de dotation plus élevés pour couvrir tout l'éventail du travail effectué dans les établissements de SLD;
- traduit le niveau nécessaire pour « éviter de compromettre la santé et la sécurité des résidents ». Il faut que ce nombre d'heures soit augmenté pour vraiment améliorer la qualité des soins au-delà du minimum essentiel. Une étude réalisée en 2000 a chiffré le minimum requis pour améliorer les soins à 4,55 hpjr travaillées. Une autre étude réalisée en 2004 situe ce minimum entre 4,5 et 4,8 hpjr travaillées.

Les recherches les plus poussées à ce jour indiquent qu'il faut une dotation minimum de 4,1 heures travaillées par journée-résident (hpjr) pour des soins sécuritaires, et de 4,5 à 4,8 hpjr pour des soins améliorés.

L'étude du CMS est largement reconnue comme étant la plus détaillée et la mieux réalisée sur le sujet à ce jour. Elle est le produit du travail d'experts de renommée nationale dans les domaines des soins de longue durée, des soins infirmiers, de l'économie et de la recherche. Elle fait intervenir une analyse de régression logistique portant sur des données empiriques qui couvrent 10 États américains et plus de 5 000 établissements. Des études des temps et mouvements ont été utilisées afin d'identifier quels niveaux spécifiques de dotation (à l'heure et à la minute près, pour chaque catégorie professionnelle de soins directs) produisent les meilleurs résultats sur la santé. Depuis la publication du rapport du CMS, le niveau de 4,1 hpjr a été appuyé par de nombreuses études.

Il n'existe pas de base de données fiable sur la dotation des établissements de SLD dans l'ensemble du Canada, mais les données provinciales disponibles révèlent des lacunes graves — à savoir un niveau de dotation nettement inférieur au minimum recommandé par le CMS. En Colombie-Britannique, les établissements de SLD assurent une moyenne de 2,6 à 2,7 hpjr travaillées de soins directs. En Ontario, seule autre province pour laquelle des données sur les heures travaillées sont disponibles, les résidents des établissements de SLD obtiennent en moyenne 2,6 hpjr travaillées de soins directs.

Aucune province canadienne n'a légiféré un minimum de dotation significatif. Elles ont soit un « niveau cible » dont l'observation n'est pas exécutoire, soit un niveau réglementé tellement désuet qu'il ne veut à peu près rien dire. Par exemple, en Saskatchewan, seule province ayant légiféré un minimum de dotation, la norme est de 2 hpjr de soins personnels et infirmiers — autrement dit, moins de la moitié du niveau de 4,1 recommandé pour « éviter de compromettre la santé et la sécurité des résidents ».

Plusieurs provinces ont promis d'augmenter le financement pour le personnel de première ligne, mais rien ne garantit que cet argent servira vraiment à financer du personnel, à moins de légiférer un niveau minimum de dotation et de prévoir de bons mécanismes de surveillance et d'application. À cet égard, un bon exemple est celui du gouvernement de l'Ontario qui, au cours des cinq dernières années, a augmenté le financement des établissements de SLD de façon constante, mais le personnel n'a pas augmenté. Au contraire, les observations indiquent que le nombre d'heures de soins a plutôt diminué pendant que le financement augmentait.

Aucune province canadienne n'a légiféré un minimum de dotation significatif. Elles ont soit un « niveau cible » dont l'observation n'est pas exécutoire, soit un niveau réglementé tellement désuet qu'il ne veut à peu près rien dire.

Les niveaux de dotation des établissements canadiens de SLD sont inférieurs à ceux des États-Unis, où les normes de dotation réglementées ont donné lieu à une augmentation des soins aux résidents. La plupart des établissements de SLD américains n'atteignent pas non plus le minimum recommandé par le CMS, mais lorsqu'une norme est enchâssée dans la politique ou la loi, le progrès est marqué. Tandis que 36 États ont des normes minimales pour le personnel infirmier et soignant, les 14 autres se conforment aux normes fédérales de dotation ou aux règles des codes des professions de l'État. Les études indiquent que les établissements des États qui ont des normes minimales de dotation ont plus de personnel. Dans l'ensemble des États, les établissements de SLD offrent en moyenne 3,7 hpjr rémunérées de soins infirmiers et personnels.

Bien que les recherches et les réglementations relatives à la dotation des établissements de SLD soient principalement axées sur les soins directs (infirmiers et personnels), les services de soutien sont tout aussi importants et ils doivent avoir leur place dans les normes de dotation. Les études montrent que le personnel de soutien (services alimentaires, nettoyage, blanchisserie, entretien, bureaux et autres) joue un rôle vital dans les établissements de soins de longue durée. Par exemple, des vérifications et études cliniques ont permis d'établir des liens entre les poussées d'infections nosocomiales et le manque de personnel, l'augmentation de la charge de travail et un roulement élevé du personnel d'entretien. Des études sur la nutrition et la maladie chez les personnes âgées et des enquêtes menées à la suite d'intoxications alimentaires dans les établissements de SLD ont aussi démontré l'importance d'une bonne dotation et de bons approvisionnements dans les services alimentaires.

Bien que le nombre d'employés soit de loin le facteur le plus significatif pour l'évaluation de la qualité des soins, d'autres aspects de la dotation et des conditions de travail jouent également un rôle majeur à cet égard. Le niveau d'autonomie des employés, le partage décisionnel, l'ouverture des voies de communication, le leadership axé sur la relation — ces aspects et d'autres qui définissent le « climat de travail » ont un effet avéré sur la santé et le bien-être des résidents. Cet effet se confirme à l'étude d'indicateurs médicaux (incidence des plaies de pression, des fractures, des complications liées à l'immobilité) et d'autres indicateurs généraux de qualité (engagement social, qualité de vie selon les déclarations des personnes intéressées).

Le roulement du personnel joue un rôle de premier plan au niveau de la charge de travail, du climat de travail et de la qualité des relations. Il est à la fois la cause et l'effet de la médiocrité des conditions de travail et de soins dans les établissements de SLD. Quand la charge de travail est élevée et que les conditions de travail sont médiocres (anémie des salaires et des avantages sociaux, taux d'accident élevé, violence au travail), le roulement du personnel augmente. Quand le roulement du personnel augmente, les problèmes qui créent ce roulement sont exacerbés. Le personnel en souffre, tout comme les résidents, qui se retrouvent captifs de ce cercle vicieux et qui voient leur santé physique, émotionnelle et mentale décliner. Là encore, les résultats des recherches sont clairs et convaincants : un roulement élevé du personnel perturbe la continuité et mène à une détérioration de la qualité des soins (recours accru aux contentions, incidence accrue des plaies de pression, utilisation de cathéters, baisse du degré de satisfaction par rapport aux soins et autres indicateurs).

L'interaction entre les conditions de travail et les conditions de soins ressort de façon évidente dans les études sur la violence également. L'on reconnaît de plus en plus l'existence de conditions structurelles qui contribuent à une forte incidence de la violence à la fois contre les résidents et contre le personnel des établissements de SLD. Il est vrai que cette problématique est complexe, mais le manque de personnel et la médiocrité des conditions de travail ont été cités comme étant des facteurs clés à l'origine des problèmes d'agression et de négligence à l'encontre des résidents et des problèmes d'agression physique et psychologique à l'encontre du personnel.

Un autre aspect de la relation « dotation-qualité » réside dans l'instruction et la formation du personnel. Comme d'autres rapports de cause à effet identifiés dans notre étude, les liens entre l'instruction/formation et la qualité des soins sont aussi directs qu'indirects et les éléments probants sont aussi spécifiques (quantitatifs et médicaux) que généraux (qualitatifs et sociaux). Les solutions passent par l'adoption de normes de formation, par une amélioration des possibilités de développement professionnel et par une augmentation des ressources pour les études.

Améliorer la qualité des soins dans les établissements de SLD passe aussi par une démarche proactive vis-à-vis la diversité culturelle et raciale. La population qui réside et travaille dans les établissements de SLD est plus diversifiée culturellement et plus susceptible d'être racialisée qu'il y a 20 ans. Il faut de nouvelles stratégies pour répondre à la discrimination et assurer des services culturellement compétents. Les intérêts des employés et des résidents sont, ici comme ailleurs, inextricablement liés.

Tous ces constats mènent à l'évidence que pour créer un climat sain et positif pour les résidents, les établissements de SLD doivent créer un climat sain et positif pour les employés, soit des conditions de travail saines et sécuritaires où les risques sont réduits au minimum et où les blessures et souffrances sont prévenues, mais aussi un climat de travail où la communication est ouverte et où l'on favorise l'accès à l'information, le soutien à la résolution de problèmes et de conflits, la participation égale au processus décisionnel et le développement professionnel. Toutes ces conditions mènent, directement et indirectement, à une meilleure santé et à un plus grand bien-être des résidents.

Quand la charge de travail est élevée et que les conditions de travail sont médiocres, le roulement du personnel augmente. Le personnel en souffre, tout comme les résidents, qui voient leur santé physique, émotionnelle et mentale décliner.

Éliminer la quête de profits dans l'administration et la prestation des soins : essentiel pour améliorer l'accès et la qualité

Des études ont démontré de façon convaincante que, sous l'effet d'une administration à but lucratif, le personnel diminue, la qualité des soins se dégrade et les coûts pour les résidents augmentent.

De la même manière que les problèmes de dotation ont des effets multiples et marqués sur la santé et le bien-être des employés et des résidents, la privatisation des soins de longue durée en établissement est aussi un sujet de préoccupation qui comporte plusieurs dimensions. Si l'on oublie quelques exceptions, la privatisation des infrastructures, de l'administration et de la prestation des SLD en établissement s'accélère au Canada. Des études ont démontré de façon convaincante que, sous l'effet d'une administration à but lucratif, le personnel diminue, la qualité des soins se dégrade et les coûts pour les résidents augmentent. Il est également bien démontré que la sous-traitance mine les conditions de travail et de soins. Les résidences-services et autres modèles déréglementés représentent la nouvelle forme de privatisation en date et leurs résultats jusqu'à présent sont désolants. La privatisation s'avère une pratique risquée à l'échelle de l'industrie, parce qu'elle affaiblit les options de politique gouvernementale et qu'elle rend le secteur des SLD en établissement encore moins transparent et responsable devant les résidents et le public—et ce sont là des changements que nous ne pouvons pas laisser s'incruster.

Au Canada, l'administration d'un établissement de soins de longue durée peut être à but lucratif ou sans but lucratif. Deux catégories d'établissements peuvent être sans but lucratif : ceux qui appartiennent au gouvernement fédéral, provincial ou municipal et ceux qui appartiennent à des organisations bénévoles laïques ou religieuses comme les Lions Clubs et divers ordres religieux. (Parfois, les établissements de la première catégorie sont dits « publics » et ceux de la deuxième sont appelés « sans but lucratif » ou « bénévoles ».) Les établissements à but lucratif appartiennent à une société, un organisme privé ou un particulier et ils sont administrés de manière à ce qu'un profit soit dégagé.

Le secteur des soins de longue durée en établissement au Canada regroupe donc toute une série d'administrations à but lucratif et sans but lucratif. La part de chaque type d'administration varie largement d'une province à l'autre. La proportion de lits de SLD appartenant à des administrations à but lucratif va de zéro à Terre-Neuve-et-Labrador jusqu'à 53 pour cent en Ontario. De tous les lits de SLD au Canada, 35 pour cent appartiennent à des organismes à but lucratif.

La proportion de lits à but lucratif comparativement aux lits sans but lucratif a augmenté au fil des années dans la plupart des provinces et nos observations montrent que cette tendance se maintient. En Colombie-Britannique, de 2000 à 2008, le nombre de lits à but lucratif a augmenté de 22 pour cent alors que celui des lits sans but lucratif a diminué de 12 pour cent. En Alberta, le nombre de lits à but lucratif en pourcentage du total des lits a augmenté de 6 pour cent de 2000 à 2007. En Ontario, près des deux tiers des nouveaux lits de soins de longue durée ouverts depuis 1998 sont allés dans des établissements à but lucratif. L'année dernière, le Nouveau-Brunswick, qui fait ses premières incursions dans le domaine de la privatisation des établissements de soins, a conclu avec une chaîne de l'Est un contrat qui donnera lieu à la construction des premiers établissements de SLD à but lucratif de la province. L'Île-du-Prince-Édouard, une des rares provinces à ne pas faire appel au secteur privé pour ses rénovations et le remplacement de ses lits, a décidé l'an dernier de redévelopper ses établissements publics de SLD en ayant recours à un financement conventionnel plutôt qu'à des partenariats public-privé.

Les méthodes utilisées pour privatiser l'infrastructure des établissements de soins de longue durée varient d'un bout à l'autre du Canada. Elles se déclinent sous diverses formes : passation de marchés sans appel d'offres, partenariats public-privé, aide au financement des immobilisations, conversion des établissements de soins accrédités en résidences-services, en logements avec assistance ou en d'autres types d'établissements déréglementés, sans financement public et à but tout à fait lucratif.

Que la privatisation se fasse lentement ou rapidement, qu'elle utilise une formule ou une autre, ses impacts sont les mêmes. Lorsqu'il s'agit de SLD en établissement, l'administration et la prestation à but lucratif donnent lieu à une baisse de qualité, à une augmentation des coûts, à une augmentation des risques et à une diminution de la transparence et de la responsabilité.

De plus en plus de preuves empiriques établissent une corrélation entre les établissements de SLD à but lucratif et la dégradation de la qualité des soins et de la santé des résidents. Voici un avant-goût des preuves présentées dans notre étude :

- Une étude sur quatre ans du rendement des établissements manitobains de SLD (couvrant la totalité des lits en établissement et 15 501 résidents) a révélé que les résidents des établissements à but lucratif comparativement à ceux des établissements sans but lucratif sont, une fois pris en compte divers rajustements, plus susceptibles d'être hospitalisés pour déshydratation, pneumonie, chute et fracture.
- Une étude réalisée de 1996 à 2000 sur huit établissements de SLD de la Colombie-Britannique est arrivée à la conclusion que, comparativement aux établissements sans but lucratif, les établissements à but lucratif affichent un taux d'hospitalisation supérieur pour pneumonie, anémie et déshydratation (9, 18 et 24 pour cent de plus respectivement).
- Une revue systématique et méta-analyse des observations et des essais comparatifs au hasard sur un intervalle de quatre décennies, publiée dans le *British Medical Journal* d'août 2009, démontre une tendance à une qualité de soins supérieure dans les établissements sans but lucratif comparativement aux établissements à but lucratif. Dans 40 des 82 études de haut niveau, les établissements sans but lucratif obtiennent des notes supérieures pour tous les indicateurs de qualité statistiquement significatifs. Il n'y a que dans trois études que des établissements à but lucratif réussissent à atteindre un aussi bon classement. Sur la base de ces conclusions, les chercheurs estiment que 600 des 7 000 cas de plaies de pression chez les résidents des établissements canadiens de SLD sont attribuables au fait que l'administration est à but lucratif et ils évaluent que les résidents canadiens recevraient autour de 42 000 heures de plus de soins infirmiers par jour si tous les établissements de soins de longue durée étaient sans but lucratif.
- Dans une étude innovatrice qui a analysé les effets du temps, de l'emplacement et du type d'administration dans 14 423 établissements des États-Unis, les chercheurs ont conclu que la qualité des soins des foyers à but lucratif est nettement inférieure comparativement aux foyers publics et sans but lucratif.

La proportion de lits à but lucratif comparativement aux lits sans but lucratif a augmenté au fil des années dans la plupart des provinces et nos observations montrent que cette tendance se maintient.

- Dans une étude englobant huit années de données couvrant 96 pour cent de tous les foyers de soins des États-Unis, une corrélation significative a été établie entre une administration de type sans but lucratif et une qualité supérieure des soins (d'après la fréquence des plaies de pression et la fréquence d'utilisation des contentions physiques, sondes d'alimentation et cathéters).
- Les rapports gouvernementaux d'inspection portant sur 13 693 établissements de SLD dans tous les États démontrent que les établissements à but lucratif commettent en moyenne 46,5 pour cent plus d'irrégularités (violations des normes de soin) que les établissements sans but lucratif.
- Dans le cadre d'une étude nationale portant sur 302 351 plaintes sur cinq ans contre des foyers de soins, les chercheurs sont arrivés à la conclusion que les établissements à but lucratif sont presque deux fois plus susceptibles que les sans but lucratif de faire l'objet d'une plainte au cours d'une année donnée.

La cause principale de la courbe de qualité inférieure des soins qui caractérise les établissements à but lucratif est le niveau de dotation inférieur.

La cause principale de la courbe de qualité inférieure des soins qui caractérise les établissements à but lucratif est le niveau de dotation inférieur. Là encore, les preuves sont solides et spécifiques. Voici deux exemples extraits de notre rapport :

- Dans une étude canadienne majeure, une fois des rajustements apportés en fonction du niveau de soins offert par l'établissement, il s'avère que les administrations sans but lucratif assurent 0,34 hpr de plus de soins directs (IA, IAA, préposés) et 0,23 hpr de plus de services de soutien (alimentaires, ménagers, de blanchisserie et autres).
- Dans l'une des nombreuses études américaines qui arrivent à des conclusions similaires, les chercheurs ont constaté en analysant des données de 2007 que le total des heures de soins infirmiers et personnels dans les établissements de SLD à but lucratif était de 14 pour cent inférieur comparativement aux établissements sans but lucratif.

En plus de souffrir d'un plus grand nombre de problèmes de santé et de recevoir moins de soins, les résidents des établissements de SLD à but lucratif doivent, dans la plupart des provinces, payer davantage de leur poche pour se procurer divers services et produits. Des frais additionnels s'appliquent à un éventail de marchandises ou services dont les coûts sont relativement mineurs (comme les desserts qui ne figurent pas au menu du jour ou les produits d'incontinence) ou plus corsés (comme les fauteuils roulants, les matelas thérapeutiques, les médicaments en vente libre, les services des thérapeutes en rééducation et les soins palliatifs). Plus la privatisation augmentera, plus l'éventail des frais à payer par les résidents s'élargira.

La sous-traitance est une autre forme de privatisation qui fait mal aux résidents. On la trouve dans tous les types d'établissements, à but lucratif et sans but lucratif. Qu'elle se fasse au niveau des services de soutien ou des soins directs, la sous-traitance est synonyme de formation inadéquate et de roulement élevé du personnel, avec les effets néfastes qui s'ensuivent sur la continuité et la qualité des soins. Les résidents sont particulièrement vulnérables lorsque le gouvernement permet à l'administration de tout bouleverser du jour au lendemain en mettant fin au contrat d'un premier entrepreneur pour en embaucher un deuxième, souvent avec une main-d'œuvre entièrement nouvelle.

La sous-traitance du travail lié à l'entretien, aux services alimentaires et aux soins directs a des impacts relativement bien documentés et les études à ce sujet contiennent des exemples désolants qui témoignent des risques pour la santé et la sécurité des résidents. La sous-traitance de l'entretien est associée à des problèmes d'hygiène grave et à des poussées d'infections dans les établissements de soins de santé. Le recours accru à des produits prêts à manger comme les viandes froides augmente le risque d'intoxication alimentaire, comme le prouve l'épidémie récente de listériose. Le recours exagéré au personnel infirmier et soignant des agences est associé à une interruption de la continuité des soins et à l'exacerbation de la détresse psychologique chez les résidents. Comme pour les autres formes de sous-traitance, le problème ne vient pas des travailleurs en tant que tels : il vient de leur *utilisation* sous une forme contractuelle et de leurs conditions de travail.

Une forme relativement nouvelle de privatisation dans ce secteur vient de la conversion d'établissements agréés de soins en des modèles déréglementés et moins bien financés qui sont plus susceptibles d'être à but lucratif. Ils portent toutes sortes de noms : résidences-services, logements avec assistance, maisons de retraite, foyers de soins personnels, centres d'accueil et ainsi de suite. Ces établissements ont en commun de toucher moins d'argent du gouvernement, d'être assujettis à moins de règles et d'être en général à but lucratif. Ils ont aussi en commun un niveau de soins inférieur, une fragmentation des services et un niveau de contribution financière plus élevé des résidents et des familles. C'est vrai que le Canada gagne à avoir toute une série de formules de logement pour les personnes âgées, mais l'absence de but lucratif devrait être la norme et ces nouvelles formules ne devraient pas servir à remplacer des lits dans des établissements agréés publiquement financés.

Dans le domaine des soins de longue durée, toutes les formes de privatisation sont autant de subventions qui permettent de faire des profits, à partir des octrois publics qui servent aux acquisitions d'immobilisations et aux prises de profits du secteur privé, jusqu'aux coûts additionnels que les établissements hospitaliers sont obligés d'assumer quand les résidents doivent être soignés pour des problèmes de santé qui auraient pu être évités. Même si, dans ce rapport, nous nous penchons spécifiquement sur les impacts de la privatisation sur les résidents et sur les travailleurs, rien n'empêche de garder à l'esprit l'ensemble des coûts sociaux que cette pratique occasionne.

La privatisation, qu'elle concerne un établissement complet ou une partie des services, est une pratique risquée. Elle est difficile à renverser, elle nuit à la transparence et à la responsabilité, elle permet à l'instabilité de s'installer dans les soins aux aînés et elle occasionne des perturbations coûteuses pour les résidents, les travailleurs et le système de santé en général. L'influence grandissante de l'industrie des établissements de SLD et les tractations de l'industrie avec les cadres supérieurs de l'administration publique font douter de l'intégrité même du pouvoir décisionnel public dans ce secteur.

La sous-traitance est une autre forme de privatisation qui fait mal aux résidents. Qu'elle se fasse au niveau des services de soutien ou des soins directs, la sous-traitance est synonyme de formation inadéquate et de roulement élevé du personnel, avec les effets néfastes qui s'ensuivent sur la continuité et la qualité des soins.

Recommandations

Le secteur des soins de longue durée en établissement au Canada est caractérisé par un accès inégal et par une qualité de soins variable et souvent non sécuritaire. La privatisation aggrave le problème. Même si des changements sont apportés ailleurs dans le système de santé, le vieillissement de la population va augmenter la pression et aggraver les écarts en termes de qualité et d'accès. Il faut donc une action gouvernementale au niveau du fédéral et des provinces pour améliorer partout au pays l'accès aux établissements de soins de longue durée et la qualité des soins qui y sont dispensés, d'une manière qui tienne compte des interrelations complexes entre les conditions de travail et les conditions de soins.

Il faut une action gouvernementale au niveau du fédéral et des provinces pour améliorer partout au pays l'accès aux établissements de soins de longue durée et la qualité des soins qui y sont dispensés, d'une manière qui tienne compte des interrelations complexes entre les conditions de travail et les conditions de soins.

Dans notre rapport, nous formulons plusieurs recommandations concrètes pour favoriser l'instauration d'un bon système universel, équitable et efficace sur le plan des coûts et pour assurer des services de qualité dans le domaine des soins de longue durée en établissement. Nos sept principales recommandations sont les suivantes :

- Élargir la protection de l'assurance-maladie aux soins de longue durée en établissement, avec un financement accru du fédéral conditionnel à l'observation de normes légiférées, y compris des critères (gestion publique, universalité, intégralité, accessibilité et transférabilité) et conditions (sans frais d'utilisation ni surfacturation) de la *Loi canadienne sur la santé*. Le Québec devrait avoir le droit de se retirer du programme sans pénalité.
- Élargir l'éventail des services de soins de longue durée en établissement, de soins à domicile et de soins communautaires de façon à satisfaire les besoins des aînés canadiens dans le cadre d'un système global et intégré.
- Établir un mode d'administration et d'exploitation sans but lucratif pour les établissements de soins de longue durée en éliminant graduellement le financement public accordé aux administrations à but lucratif et en mettant un terme à la sous-traitance.
- Légiférer des normes provinciales de qualité des soins applicables aux établissements de soins de longue durée, y compris en matière de minimum de dotation.
- Augmenter le personnel (de soins directs et de soutien) dans les établissements de soins de longue durée.
- Créer un climat de travail sain et sécuritaire qui favorise la dispensation de soins de qualité.
- Soutenir la formation et le perfectionnement professionnel des travailleurs des établissements de soins de longue durée.

Introduction

L'ACCESSIBILITÉ DES PERSONNES ÂGÉES aux établissements de soins de longue durée et la qualité des soins que ces établissements dispensent sont des questions préoccupantes non seulement pour le Syndicat canadien de la fonction publique (SCFP), mais aussi pour l'ensemble de la société canadienne. Les membres du SCFP sont préoccupés par la question à titre de travailleurs de la santé et de parents des résidents âgés, mais aussi à titre de futurs utilisateurs du système des soins de longue durée en établissement.

À travers le pays, le SCFP compte autour de 67 000 membres dans des établissements de soins de longue durée et plus de 115 000 autres membres dans des hôpitaux et agences de santé communautaires. La gamme des services que ces membres dispensent va des soins directs, comme les soins de rééducation et infirmiers, jusqu'aux services de soutien, comme les services de nettoyage, alimentaires et de blanchisserie. Nos membres ont eux aussi des proches âgés dont ils prennent soin et ils savent qu'un jour leur tour viendra d'avoir besoin de soutien. Si les membres du SCFP ont inscrit les soins aux personnes âgées en tête de liste de leurs priorités, c'est parce qu'ils connaissent le système sous tous ses angles et qu'ils aspirent à l'établissement d'un système accessible qui offrira des soins de qualité à l'échelle du pays.

Dans ce rapport, nous étudions les programmes canadiens de soins de longue durée (SLD) en établissement du point de vue de l'accessibilité et de la qualité des soins afin d'établir des corrélations sous trois aspects fondamentaux : le financement public et la réglementation, la dotation en personnel (niveau de personnel, niveau d'instruction et climat de travail) et la privatisation. En premier lieu, nous nous penchons sur le fait que les SLD en établissement sont exclus du régime d'assurance-maladie, ainsi que sur les conséquences de cette exclusion pour les personnes âgées, les familles et la société dans son ensemble. En deuxième lieu, nous démontrons l'existence d'un lien, en insistant sur les recherches empiriques publiées dans des journaux universitaires, entre les conditions de travail et de soins et leur impact concret sur la santé et le bien-être des résidents. En troisième lieu, nous étudions l'impact de la privatisation sur la qualité et l'accessibilité des SLD en établissement, là encore en nous reposant sur un solide corpus de recherche. Enfin, nous nous penchons sur l'aspect du financement ainsi que sur les stratégies législatives qui permettraient d'améliorer l'accès aux établissements de soins de longue durée et la qualité des soins qui y sont dispensés.

Dans ce rapport, nous étudions les programmes canadiens de soins de longue durée (SLD) en établissement du point de vue de l'accessibilité et de la qualité des soins afin d'établir des corrélations sous trois aspects fondamentaux : le financement public et la réglementation, la dotation en personnel (niveau de personnel, niveau d'instruction et climat de travail) et la privatisation.

Nous utilisons l'expression soins de longue durée en établissement en référence aux établissements de SLD financés et réglementés par le gouvernement qui assurent des soins infirmiers 24 heures par jour principalement à des résidents âgés de santé fragile. Notre propos s'étendra éventuellement aux établissements non réglementés financés par le privé, mais le sujet de notre étude porte principalement sur les établissements réglementés et publiquement financés qui sont chargés de dispenser des soins de haut niveau à des personnes âgées et moins âgées atteintes de conditions chroniques multiples. Les établissements de ce type portent divers noms à travers le Canada : centres de soins infirmiers, établissements résidentiels de soins, établissements de soins complexes, foyers de soins spéciaux, hôpitaux de soins prolongés, foyers de soins personnels, foyers de bienfaisance, foyers de personnes âgées ou manoirs. Dans ce rapport, nous utilisons de façon interchangeable les expressions « établissements de soins de longue durée » et « soins de longue durée en établissement » pour désigner ce groupe de soins ou d'établissements. Le lecteur est invité à consulter l'annexe A, qui porte sur les définitions et la terminologie.

L'expression « soins prolongés » (par opposition à « soins de longue durée en établissement ») désigne une catégorie plus large qui comprend l'ensemble des soins à domicile et communautaires et des soins en établissement de SLD. Certaines provinces utilisent l'expression « soins continus » pour désigner cette catégorie de services.

Élargir le régime d'assurance-maladie aux soins de longue durée en établissement

Introduction et résumé

Le domaine des soins de longue durée en établissement est très privatisé, fragmenté et inégal à travers le Canada. Contrairement aux soins hospitaliers médicalement nécessaires, les soins de longue durée ne sont pas pleinement couverts par le régime public d'assurance-maladie ni par la *Loi canadienne sur la santé*. Une allocation nominale de financement du gouvernement fédéral est destinée aux soins de longue durée, mais elle n'est pas assujettie à des normes ou à des exigences de programme. Le financement, les règles d'admissibilité et les normes varient largement d'une province à l'autre, les résidents se retrouvant obligés de choisir entre payer plusieurs biens et services de leur poche ou s'en passer. Les établissements entièrement privés sont hors de prix pour la vaste majorité.

La demande de lits de soins de longue durée est en hausse en grande partie à cause des coupures dans les hôpitaux, de l'insuffisance des soins à domicile et communautaires et du vieillissement de la population, ce qui n'empêche pas la plupart des provinces de couper encore au lieu d'augmenter le nombre de lits en proportion de la population âgée. Les longues listes d'attente sont la norme et la possibilité de choisir est limitée, voire inexistante.

En conclusion de cette partie, nous formulons des recommandations afin d'éliminer les inégalités d'accès et d'assurer des ressources adéquates aux établissements de soins de longue durée dans le cadre d'une stratégie globale qui répond aux besoins de soins des personnes âgées.

Au Canada, le régime d'assurance-maladie (un régime public universel) couvre les services hospitaliers et médicaux médicalement nécessaires, mais il ne couvre pas les soins médicalement nécessaires à long terme, que ces soins soient assurés à domicile ou en établissement.

Soins de longue durée en établissement hors du régime d'assurance-maladie : insuffisances et inégalités

Au Canada, le régime d'assurance-maladie (un régime public universel) couvre les services hospitaliers et médicaux médicalement nécessaires, mais il ne couvre pas les soins médicalement nécessaires à long terme, que ces soins soient assurés à domicile ou en établissement.

Aucun des cinq critères ou des deux conditions de la *Loi canadienne sur la santé* (des critères et conditions que les provinces et territoires⁵ doivent observer pour avoir droit à leur part des transferts fédéraux en santé)⁶ ne s'applique aux soins de longue durée en établissement. Au chapitre des services complémentaires de santé, la *Loi* parle de « soins en établissement pour adultes » et de « soins intermédiaires en maison de repos », mais le gouvernement fédéral a omis de promulguer un règlement qui définirait ces services et il n'a jamais imposé de conditions au versement du financement destiné à ces services⁷.

Le fédéral alloue des fonds depuis 1966 pour aider les personnes âgées en établissement. Depuis 1977, ces octrois vont pour l'essentiel aux établissements de soins de longue durée, mais ils n'ont jamais été conditionnels à l'observation de normes de soins ou d'exigences de programme⁸. En 1973, le gouvernement fédéral a publié des « lignes directrices » à l'intention des établissements de soins, mais leur portée était générale et elles n'étaient pas exécutoires⁹. Lorsque la formule du Financement des programmes établis (FPE) a été créée en 1977 (pour combiner le financement de la santé et de l'enseignement postsecondaire), il était prévu de constituer un petit fonds pour les « soins complémentaires de santé » appelé Programme des services complémentaires de santé (PSCS), mais là encore, aucune condition exécutoire n'y était rattachée. Le montant du transfert PSCS était au départ de 20 \$ par personne (sur un transfert FPE total de 186,79 \$ par personne cette année-là)¹⁰ et, au début des années 1990, il était passé à 51,51 \$ par personne pour un total de 1,5 milliard de dollars¹¹. Le PSCS a perdu de son lustre en 1996 lorsque les transferts fédéraux aux provinces en matière de santé, d'enseignement postsecondaire et d'aide sociale ont été fusionnés pour former le Transfert canadien en matière de santé et de programmes sociaux (TCSPS). L'actuel Transfert canadien en matière de santé (TCS) couvre les services complémentaires, mais il n'y a toujours aucune condition de versement.

En l'absence de normes fédérales légiférées, il existe d'importantes variations entre les provinces quant au niveau de financement public, aux critères d'admissibilité et aux frais accessoires absorbés par les résidents.

Après la Seconde Guerre mondiale, en particulier dans les années 1960 et 1970, le gouvernement fédéral a donné un bon coup de pouce à la construction de plusieurs établissements de SLD. Sous l'égide de la *Loi nationale sur l'habitation*, la Société canadienne d'hypothèques et de logement (SCHL) a aidé des établissements de SLD non hospitaliers à se procurer des frais d'investissement, généralement par l'intermédiaire de prêts, d'assurances sur les prêts ou de taux hypothécaires subventionnés. Entre 1946 et 1979, d'après les estimations, la SCHL a contribué financièrement à la création de 43 028 lits en établissement pour les personnes âgées, soit le tiers environ de tous les lits qui ont bénéficié de l'assistance de la *Loi nationale sur l'habitation*¹². Aucune de ces aides financières n'était conditionnelle à l'observation de normes, par exemple, un niveau minimum de soins.

Même au niveau de la communication des renseignements, le système fédéral est faible. L'Institut canadien d'information sur la santé, qui est à la tête d'un projet destiné à établir des indicateurs clés à l'échelle du Canada pour permettre l'étude des SLD en résidence, a fait valoir dans un rapport récent qu'il y a très peu de données disponibles à l'échelle nationale quant aux types et à la suffisance des services fournis, aux dispensateurs et aux bénéficiaires des services, à l'efficacité des programmes et aux résultats pour les clients¹³.

En l'absence de normes fédérales légiférées, voire même d'une terminologie commune, le domaine des SLD en établissement est devenu un ramassis de systèmes provinciaux ayant chacun leurs propres modèles d'administration, structures, niveaux de financement public, règles d'admissibilité et normes d'exécution. Bien que toutes les provinces subventionnent les établissements de SLD et en réglementent les frais, il existe d'importantes variations à

l'échelle du pays. Les critères d'admissibilité et d'évaluation des moyens d'existence des résidents varient d'une province à l'autre¹⁴. Le tableau 1 décrit les frais d'hébergement que les résidents peuvent se voir imposer dans chaque province. Les critères d'évaluation des moyens d'existence varient également; par exemple, ce ne sont pas toutes les provinces qui tiennent compte de l'actif liquide disponible, par exemple les fonds en régime enregistré d'épargne-retraite (REER). Il y a aussi des différences au niveau des allocations pour les dépenses personnelles, pour les besoins du conjoint et des personnes à charge et pour d'autres dépenses. De plus, les services compris dans le loyer diffèrent d'une province à l'autre (par exemple, les fournitures d'incontinence peuvent être comme ne pas être comprises). Les différences aux niveaux du régime provincial d'assurance-médicaments, des subventions pour fournitures médicales et d'autres programmes gouvernementaux exacerbent les inégalités financières entre les résidents des établissements de soins de longue durée d'une province à l'autre.

Bien que toutes les provinces subventionnent les établissements de SLD et en réglementent les frais, il existe d'importantes variations à l'échelle du pays.

Tableau 1 : Frais d'hébergement des établissements de soins de longue durée, selon la province		
	Frais d'hébergement aux résidents des établissements de SLD (par mois)	En date de
Colombie-Britannique	Minimum de 882 \$; maximum de 2 118 \$.	Sept. 2007
Alberta ^a	1 354 \$ pour une chambre standard; 1 650 \$ pour une chambre privée.	Nov. 2008
Saskatchewan	Minimum de 956 \$; maximum de 1 815 \$.	Jan. 2008
Manitoba	Minimum de 903 \$; maximum de 2 120 \$.	Août 2008
Ontario	1 578,02 \$ pour une chambre standard (quatre lits); 1 821,35 \$ pour une chambre semi-privée; 2 125,52 \$ pour une chambre privée.	Juillet 2008
Québec	988,50 \$ pour une chambre standard (trois lits ou plus); 1 329,00 \$ pour une chambre semi-privée (deux lits); 1 590,90 \$ pour une chambre privée.	Jan. 2008
Terre-Neuve-et-Labrador	2 800 \$.	Jan. 2008
Nouveau-Brunswick	2 129 \$.	Jan. 2007
Nouvelle-Écosse	2 403 \$; les établissements de SLD n'ont pas le droit de facturer un supplément pour une chambre privée ou semi-privée.	Nov. 2007
Île-du-Prince-Édouard	Dans les établissements publics : 1 977 \$ pour une chambre standard; 2 561 \$ pour une chambre semi-privée; 3 011 \$ pour une chambre privée.	Nov. 2007
Remarques : La plupart des établissements facturent un supplément pour les produits d'incontinence, les services de santé et médicaments d'ordonnance non assurés, les services de coiffure et plusieurs autres produits et services. ^a L'Alberta convertit ses chambres standard en chambres privées et semi-privées depuis le début des années 1990 et les subventions aux résidents à faible revenu sont basées sur le prix des chambres semi-privées. La différence pour accéder à une chambre privée doit être prélevée sur l'allocation de revenu. Sources : Banerjee, 2008; données pour l'Alberta : échange de courriels avec Wendy Armstrong, 4 août 2009.		

Les résidents à faible revenu touchent des subventions gouvernementales qui leur permettent de payer les frais mensuels d'hébergement, mais ce qui reste ne suffit pas à défrayer les coûts des produits et services additionnels dont ils pourraient avoir besoin. Une fois payés les frais d'hébergement en SLD, les personnes âgées prestataires de la Sécurité de la vieillesse (SV) et

du Supplément de revenu garanti (SRG) n'ont plus qu'une allocation pour menues dépenses de 103 \$ à 265 \$ par mois (tableau 2). En Colombie-Britannique, 63 pour cent des résidents en établissement de SLD tombent dans cette catégorie¹⁵. De plus, le « minimum de revenu disponible alloué » augmente généralement moins vite que l'inflation; comme l'indique un rapport de 2002, plusieurs provinces ne l'ont pas augmenté pendant plus d'une décennie¹⁶.

Les résidents à faible revenu touchent des subventions gouvernementales qui leur permettent de payer les frais mensuels d'hébergement, mais ce qui reste ne suffit pas à défrayer les coûts des produits et services additionnels dont ils pourraient avoir besoin.

Tableau 2 : Minimum de revenu disponible alloué, selon la province	
	Minimum de revenu disponible alloué (par mois)
Colombie-Britannique	236 \$
Alberta	265 \$
Saskatchewan	200 \$
Manitoba	254 \$
Ontario	122 \$
Québec	179 \$
Terre-Neuve-et-Labrador	125 \$
Nouveau-Brunswick	200 \$
Nouvelle-Écosse	115 \$
Île-du-Prince-Édouard	103 \$
Source : Soutiens communautaires et aux personnes âgées en Alberta (2007), dans Banerjee, 2008, 21. Le minimum de revenu disponible alloué est la somme que le gouvernement provincial permet aux résidents subventionnés de conserver pour leurs dépenses personnelles.	

Le revenu alloué aux résidents doit servir à une large gamme de dépenses non couvertes par les frais d'hébergement et si ces dépenses varient d'une province à l'autre, elles peuvent inclure les prothèses dentaires, appareils auditifs, fauteuils roulants et coussins spécialisés, matelas thérapeutiques, tests de diagnostic, médicaments en vente libre, produits d'hygiène personnelle, services personnels de blanchisserie, téléphone, soins de physiothérapie, soins des pieds et dépenses personnelles telles les cadeaux et vêtements. Certaines provinces offrent des subventions additionnelles pour les produits médicaux, mais aucune ne les assure pleinement. En Alberta, par exemple, les résidents peuvent demander des prestations d'Aide à la vie quotidienne, un programme fondé sur le revenu, lorsqu'ils ont besoin d'aide pour se payer divers produits exigés par leur état de santé, comme un fauteuil roulant, mais les produits couverts sont limités, de même que le nombre de demandes possibles¹⁷. Les dépenses des vétérans pour des fournitures médicales sont subventionnées par le gouvernement fédéral, mais là encore, la couverture n'est pas universelle.

Une population vieillissante

Le ratio des aînés canadiens par rapport aux plus jeunes augmente rapidement et la demande de lits de SLD suit une courbe parallèle. D'après certaines estimations, le besoin de lits de SLD pourrait s'établir dans la fourchette des 565 000 à 746 000 d'ici 2031¹⁸. (À l'heure actuelle, le Canada a environ 194 000 lits; voir le tableau 4 à la page 28.) Évidemment, le besoin projeté

de lits de SLD est déterminé par plusieurs autres facteurs outre les tendances relatives à l'âge : évolution de l'espérance de vie, conditions de santé, technologies, services offerts dans d'autres secteurs du système de santé et plusieurs autres facteurs. Il reste cependant que les courbes d'âge de la population ont un impact significatif.

La tendance du vieillissement est incontestable. En 2005, 13,1 pour cent de la population avait plus de 65 ans. En 2031, près du quart (23,4 pour cent de la population) aura cet âge. Le nombre de personnes *très âgées* en particulier et leur pourcentage de la population devraient augmenter de façon marquée au cours des prochaines décennies. D'ici 2056, la proportion de Canadiennes et de Canadiens de 80 ans et plus va tripler pour passer à un sur 10 comparativement à un sur 30 en 2005¹⁹. C'est cette cohorte qui va influencer le plus sur les besoins en établissements de SLD, car l'âge moyen d'admission s'établissait à 86 ans en 2002 (en hausse comparativement à 75 ans en 1977)²⁰. Cette augmentation de 11 ans de l'âge moyen d'entrée des résidents sur 25 ans est probablement davantage attribuable à un manque de capacité et à une restriction de l'accès qu'à une amélioration de la santé de la population âgée ou à l'expansion des services dans d'autres secteurs du système de santé, comme nous le verrons dans la prochaine partie.

La population ne vieillit pas au même rythme partout au Canada. Dans les provinces de l'Est, elle est plus âgée et vieillit plus vite que dans les provinces de l'Ouest à cause de différences au niveau des tendances d'immigration/migration et du taux de natalité. La population de Terre-Neuve-et-Labrador est la plus âgée, avec un âge médian de 41,1 ans en 2006. L'Alberta a la population la plus jeune, à un âge médian de 35,8 ans. L'écart entre l'Est et l'Ouest devrait se creuser. Le tableau 3 présente des projections « moyennes » de population pour 2031 (soit d'après des hypothèses « moyennes » sur la fertilité, la mortalité, l'immigration et la migration interprovinciale).

D'ici 2056, la proportion de Canadiennes et de Canadiens de 80 ans et plus va tripler pour passer à un sur 10 comparativement à un sur 30 en 2005.

Tableau 3 : Âge médian et pourcentage de la population de 75 ans et plus, selon la province, 2006 et 2031				
	Âge médian		Pourcentage de la population de 75 ans et plus	
	2006	2031	2006	2031
Colombie-Britannique	39,8	45,1	6,74	11,57
Alberta	35,8	42,5	4,93	9,88
Saskatchewan	37,6	44,2	7,84	11,98
Manitoba	37,3	41,8	6,93	10,30
Ontario	38,2	43,4	6,11	10,14
Québec	40,4	46,0	6,44	12,09
Terre-Neuve-et-Labrador	41,1	49,9	5,93	14,26
Nouveau-Brunswick	40,7	47,7	6,75	13,88
Nouvelle-Écosse	40,8	48,1	8,42	13,41
Île-du-Prince-Édouard	39,6	46,3	6,64	12,77
Canada	38,8	44,3	6,27	10,99

Source : Statistique Canada, 2005.

Attente interminable et choix déchirants

La population vieillit rapidement et bon nombre de personnes âgées ont besoin de soins de longue durée en établissement²¹, mais la plupart des provinces réduisent l'accès aux lits de SLD au lieu de l'augmenter. La longue attente pour l'admission dans un établissement de SLD était déjà problématique avant cette décennie et elle s'est aggravée avec les coupures dans les hôpitaux, le vieillissement de la population, la réduction de la proportion de lits de SLD dans toutes les provinces sauf une et un manque persistant de soutiens à domicile et communautaires.

La longue attente pour l'admission dans un établissement de SLD était déjà problématique avant cette décennie et elle s'est aggravée avec les coupures dans les hôpitaux, le vieillissement de la population, la réduction de la proportion de lits de SLD dans toutes les provinces sauf une et un manque persistant de soutiens à domicile et communautaires.

L'accès à des soins en établissement agréé pour les personnes de 75 ans et plus a diminué dans toutes les provinces sauf une depuis 2001. Comme l'indique le tableau 4, le nombre de lits de SLD comparativement au nombre de personnes âgées de 75 ans et plus a diminué dans toutes les provinces sauf en Ontario — et cette diminution va de 7 pour cent au Manitoba et en Nouvelle-Écosse jusqu'à 21 pour cent en Colombie-Britannique et en Alberta. À ce chapitre, le Nouveau-Brunswick affiche la plus faible capacité. Même en tenant compte uniquement du nombre absolu de lits de SLD à travers le pays, cinq provinces affichent une diminution de 2001 à 2008 et trois autres ont une augmentation négligeable. L'Ontario est l'exception, mais comme nous le verrons plus loin, l'augmentation du nombre de lits de SLD en Ontario s'est faite largement dans les établissements à but lucratif, où le personnel restreint est la norme et où une plus grande proportion de l'argent qui devrait servir aux soins directs est transformée en profits (depuis l'élimination des normes de dotation légiférées en 1996).

Tableau 4 : Proportion de lits de soins de longue durée par millier de population âgée de 75 ans et plus, selon la province, 2001 et 2008

	2001		2008		Différence en % de 2001 à 2008		
	Nombre de lits	Lits par millier, 75 ans +	Nombre de lits	Lits par millier, 75 ans +	Population de 75 ans +	Nombre de lits	Proportion de lits
C.-B.	25 420	102,3	24 616	81,3	21,8 %	-3,2 %	-20,5 %
Alberta	14 486	106,0	14 654	83,9	27,7 %	1,2 %	-20,8 %
Saskatchewan	9 240	123,4	8 944	112,8	5,9 %	-3,2 %	-8,6 %
Manitoba	9 733	124,5	9 833	116,1	8,4 %	1,0 %	-6,8 %
Ontario	58 403	88,2	75 958	91,5	25,3 %	30,1 %	3,8 %
Québec	43 491	104,8	46 091	88,3	25,8 %	6,0 %	-15,7 %
N.-Brunswick	4 227	89,6	4 175	78,5	12,7 %	-1,2 %	-12,4 %
Terre-Neuve	2 818	101,3	2 643	84,2	12,8 %	-6,2 %	-16,8 %
N.-Écosse	5 806	96,3	5 986	89,4	11,0 %	3,1 %	-7,1 %
Î.-P.-É.	950	106,5	978	100,1	9,5 %	-2,9 %	-9,3 %
Canada	174 574	99,2	193 858	90,0	22,4 %	11,0 %	-9,3 %

Source : Cohen *et al.*, 2009b.

La courbe générale des coupures dans le nombre de lits de soins de longue durée en résidence en proportion de la population a commencé plus tôt. Entre 1990-91 et 2000-01, le nombre de lits de SLD en établissement par millier de population au Canada a diminué de 9,9 pour cent. L'Alberta a rationalisé ses établissements de SLD plus que toutes les autres provinces durant les années 1990, soit d'un peu plus de 40 pour cent²².

Les coupures dans les soins de longue durée en établissement au Canada au cours des deux dernières décennies n'ont pas donné lieu à une expansion compensatoire des soins à domicile et communautaires; à cette situation s'ajoutent les coupures dans les hôpitaux, qui continuent. Pendant que les coupures et fermetures d'hôpitaux faisaient rage au Canada dans les années 1990, rappelons-nous, entre autres, la rationalisation radicale des hôpitaux de soins prolongés et aux malades chroniques²³, plusieurs provinces ont continué de fermer des établissements hospitaliers de petite taille et ruraux tout en réduisant la durée du séjour dans tous les types d'hôpitaux²⁴. Sur le plan des soins de santé dispensés à domicile et par des agences communautaires, il y a eu de nouveaux investissements dans toutes les provinces²⁵, mais dans des proportions inégales²⁶ et partout insuffisantes²⁷. En dépit des belles paroles des gouvernements qui prétendaient restructurer le système afin d'assurer des services de santé « plus près du domicile²⁸ » et malgré des dizaines d'années d'études et de commissions appelant à des investissements dans les soins à domicile et communautaires, ces services sont encore très largement sous-financés à l'échelle du Canada. La participation privée aux frais est une pratique de plus en plus fréquente²⁹ et une part sans cesse croissante du financement public destiné aux soins à domicile sert à dégager des profits au moins dans une province, l'Ontario³⁰. Même en mettant un terme aux coupures dans les hôpitaux et en finançant mieux les soins à domicile et communautaires, la demande de lits de SLD va continuer de prendre une avance considérable sur la capacité si la tendance actuelle se maintient.

En dépit des belles paroles des gouvernements qui prétendaient restructurer le système afin d'assurer des services de santé « plus près du domicile » et malgré des dizaines d'années d'études et de commissions appelant à des investissements dans les soins à domicile et communautaires, ces services sont encore très largement sous-financés à l'échelle du Canada.

Compte tenu de la pénurie de lits de SLD, les personnes âgées qui ont besoin d'un placement en établissement sont confrontées à des choix déchirants. Certaines doivent accepter le premier lit disponible, bien souvent dans un établissement qu'elles n'auraient pas choisi³¹. C'est particulièrement vrai en ce qui concerne les personnes âgées qui ont des besoins culturels particuliers ou qui vivent dans des communautés rurales ou éloignées. Les couples sont souvent séparés parce qu'incapables de trouver à se loger dans le même établissement, voire dans la même collectivité. Dans certaines provinces, refuser la place offerte renvoie à la fin de la liste d'attente, où il faut attendre des mois, voire des années qu'une autre occasion se présente³². Rares sont ceux qui peuvent se permettre d'aller dans un établissement entièrement privé.

Établissements de soins privés : inabordables

Les établissements de soins privés sont hors de portée de la plupart des Canadiennes et des Canadiens. En 2009, le coût moyen d'un lit dans un établissement privé de soins de longue durée de la Colombie-Britannique s'établissait à 4 718 \$ par mois ou 56 616 \$ par année³³. En 2005, dans la même province, il y avait moins de 5 pour cent des femmes seules et un peu plus de 11 pour cent des hommes seuls de plus de 65 ans qui avaient un revenu supérieur à 60 000 \$ et qui, donc, avaient les moyens de se payer un établissement à financement privé³⁴.

Les établissements de soins privés sont hors de portée de la plupart des Canadiennes et des Canadiens. En 2009, le coût moyen d'un lit dans un établissement privé de soins de longue durée de la Colombie-Britannique s'établissait à 4 718 \$ par mois ou 56 616 \$ par année. En 2005, dans la même province, il y avait moins de 5 pour cent des femmes seules et un peu plus de 11 pour cent des hommes seuls de plus de 65 ans qui avaient un revenu supérieur à 60 000 \$ et qui, donc, avaient les moyens de se payer un établissement à financement privé.

Les établissements à financement privé sont hors de prix dans les autres provinces aussi. Leurs frais varient beaucoup d'une province à l'autre et même à l'intérieur d'une même province, mais le loyer se situe dans la fourchette des 30 000 \$ à 60 000 \$ par année³⁵. Le tableau 5 présente des données de la Société canadienne d'hypothèques et de logement sur les loyers pour « soins assidus » aux personnes âgées — autrement dit, des unités de logement qui offrent 1,5 heure de soins ou plus par jour. Notons que ces loyers ne couvrent qu'un minimum de soins (inférieur au niveau de soins dispensé par la plupart des établissements agréés) et qu'ils ne tiennent pas compte de nombreux autres frais³⁶.

Tableau 5 : Loyer moyen des établissements à financement privé, provinces sélectionnées, 2009		
	Loyer moyen	
	Mensuel	Annuel
Colombie-Britannique	4 718 \$	56 616 \$
Alberta	3 403 \$	40 836 \$
Saskatchewan	2 686 \$	32 232 \$
Ontario	3 437 \$	41 244 \$
Québec	2 563 \$	30 756 \$
Île-du-Prince-Édouard	2 867 \$	34 404 \$
Remarque : La SCHL ne fournit pas de données pour le Manitoba ni pour les provinces de l'Atlantique autres que l'Île-du-Prince-Édouard et note : « données non fournies pour des raisons de confidentialité ou de fiabilité statistique ».		
Source : Société canadienne d'hypothèques et de logement, 2009, 9 (tableau 1.3).		

En 2007, le revenu médian de la femme âgée célibataire au Canada se chiffrait à 21 800 \$, celui de l'homme âgé célibataire à 25 100 \$ et celui de la famille âgée à 47 900 \$. Le revenu médian après impôt s'élevait quant à lui à 21 300 \$, 23 400 \$ et 44 900 \$ pour chaque groupe, respectivement³⁷. La vaste majorité des personnes âgées n'a tout simplement pas les moyens de se permettre un établissement à financement privé.

Les assurances pour soins de longue durée privés sont aussi en dehors des moyens de la plupart des Canadiennes et des Canadiens. Une étude réalisée en 2006 sur l'industrie de l'assurance-santé privée au Canada et une analyse en profondeur de certaines polices offertes a permis de démontrer que l'assurance pour soins de longue durée est un produit complexe, coûteux et à haut risque³⁸. L'étude a révélé que les primes étaient onéreuses et en hausse, que les demandes d'assurance étaient souvent refusées, que les indemnités étaient plafonnées, que les protections étaient insuffisantes, que la publicité était trompeuse, que les réclamations étaient compliquées et qu'il fallait trouver son chemin dans un dédale de produits, de frais et de règles. Les auteurs ont conclu que l'assurance pour soins de longue durée privés n'est pas une alternative viable, ni pour protéger les familles et communautés canadiennes contre les coûts élevés d'un besoin imprévisible de soins ni pour influencer le prix et la qualité des fournisseurs³⁹. Voilà qui pourrait expliquer pourquoi seulement 54 000 Canadiennes et Canadiens (1 pour cent de la population âgée) possèdent une telle assurance⁴⁰.

La voie à suivre

SOLUTION : Élargir la protection de l'assurance-maladie aux soins de longue durée en établissement, avec un financement accru du fédéral conditionnel à l'observation de normes légiférées, y compris des critères (gestion publique, universalité, intégralité, accessibilité et transférabilité) et conditions (sans frais d'utilisation ni surfacturation) de la *Loi canadienne sur la santé*.

L'augmentation du financement du fédéral et l'élargissement de la protection de l'assurance-maladie aux soins de longue durée en établissement réduirait les temps d'attente et mettrait un terme aux inégalités d'accès. Le gouvernement fédéral devrait augmenter de façon substantielle ses transferts aux provinces et territoires au chapitre des SLD en établissement et il devrait rendre ces transferts conditionnels à l'observation de normes légiférées. La nouvelle législation fédérale sur les SLD en établissement devrait incorporer les conditions et critères de la *Loi canadienne sur la santé*⁴¹, à savoir :

- gestion publique (sans but lucratif);
- universalité (pour toutes les personnes assurées selon des modalités et conditions uniformes);
- intégralité (pour tous les services médicalement nécessaires);
- accessibilité (un accès raisonnable selon des modalités et conditions uniformes, non entravé par une surfacturation ou des exigences discriminatoires);
- transférabilité (protection en dehors de la province de résidence);
- sans surfacturation ni frais d'utilisation.

Nous invitons le lecteur à consulter la cinquième partie du rapport à la page 73 pour plus de détails sur la législation fédérale.

Dans la mise en œuvre de ce nouvel arrangement fiscal et législatif, le gouvernement fédéral devrait tenir compte du caractère distinct du Québec. Le Québec devrait avoir primauté de compétence sur sa propre politique sociale; il devrait avoir le droit de ne pas participer au programme fédéral-provincial proposé de SLD en établissement et de recevoir le plein paiement de transfert qui y est associé. Pour le reste du Canada, la formule prendrait la forme d'une responsabilité fédérale-provinciale assortie d'un rôle de leadership du fédéral, tant pour le financement du programme de soins de longue durée en établissement que pour l'établissement et la mise en application de normes nationales.

En plus d'être universel⁴², le programme fédéral de SLD devrait être à payeur unique et financé par le biais des recettes fiscales générales. Les programmes à payeur unique qui dépendent de l'assiette fiscale présentent de nombreux avantages : accès équitable, simplicité et efficacité administrative, progressivité au niveau du partage des coûts, répartition large du risque, contrôle des coûts des services grâce au pouvoir d'achat du payeur unique⁴³. Les systèmes financés par l'assiette fiscale coûtent généralement de deux à trois points de pourcentage de moins du produit intérieur brut que les modèles d'assurance sociale⁴⁴, qui sont financés par une cotisation obligatoire (habituellement un pourcentage du revenu à payer par l'employeur et l'employé).

L'augmentation du financement du fédéral et l'élargissement de la protection de l'assurance-maladie aux soins de longue durée en établissement réduirait les temps d'attente et mettrait un terme aux inégalités d'accès.

Un élément d'une vision globale

SOLUTION : Élargir l'éventail des soins de longue durée en établissement, des soins à domicile et des soins communautaires afin de répondre aux besoins de la population âgée canadienne dans le cadre d'un système global et intégré.

Notre appel à l'élargissement du régime d'assurance-maladie pour englober les soins de longue durée en établissement—avec des normes et un financement accru—s'inscrit dans notre vision globale d'un système d'assurance-maladie qui inclurait aussi une assurance-médicaments⁴⁵, les soins à domicile, les soins de santé primaires ainsi que les soins dentaires et de la vue⁴⁶. Les élargissements dans ces secteurs ne devraient pas se faire au détriment des services hospitaliers, qui sont déjà étirés au maximum à travers le Canada. Tout le continuum de soins est important.

Notre appel à l'élargissement du régime d'assurance-maladie pour englober les soins de longue durée en établissement—avec des normes et un financement accru—s'inscrit dans notre vision globale d'un système d'assurance-maladie qui inclurait aussi une assurance-médicaments, les soins à domicile, les soins de santé primaires ainsi que les soins dentaires et de la vue.

Il est urgent d'améliorer l'accessibilité et la qualité des soins de longue durée hors établissement, en particulier les soins à domicile. Nous savons que bien des gens qui figurent sur les listes d'attente des SLD pourraient rester chez eux si des soutiens à domicile et communautaires étaient disponibles⁴⁷, mais ces soutiens demeurent largement sous-financés à travers le Canada. Si notre étude se concentre sur les SLD en établissement, c'est parce que nous avons une expertise particulière dans ce domaine, étant donné qu'un membre du SCFP sur 10 travaille dans un établissement de SLD—et parce que la politique en matière de SLD en établissement est en soi complexe. Nous croyons que les gouvernements devraient améliorer la qualité et l'accessibilité des SLD en établissement dans le cadre d'une stratégie globale d'amélioration des programmes destinés aux aînés et autres personnes nécessitant des soins de longue durée.

La clé de la solution réside dans une stratégie globale, mais pas du genre à arborer le slogan « plus près du domicile » pour camoufler des coupures ou pour susciter un faux débat entre « le domicile » et « l'institution ». Au lieu d'améliorer les soutiens aux aînés, la restructuration de la santé a eu pour effet d'exacerber les difficultés—en transférant les responsabilités et les coûts sur les épaules de travailleurs sous-payés, d'aidants non rémunérés et des aînés eux-mêmes. Il s'est produit un transfert inapproprié des patients des hôpitaux et des établissements psychiatriques vers les établissements de SLD. Le rationnement des SLD en établissement a donné lieu à un alourdissement des programmes déjà surchargés de soins à domicile et communautaires. Plus le temps passe, plus le fardeau des aidants non rémunérés s'alourdit⁴⁸ et plus les salaires et conditions de travail des aidants rémunérés se détériorent.

Le discours sur le déplacement des soins⁴⁹ de l'établissement vers le domicile est souvent le résultat d'une dichotomie simpliste qui présente les soins en établissement comme des soins « froids, impersonnels, régentés et sans liberté de choix⁵⁰ » tout en posant le domicile comme « un endroit chaleureux où la liberté est grande et l'horaire inexistant⁵¹ ». Comme l'a fait valoir la sociologue et chercheuse en santé Pat Armstrong⁵², la dichotomie est loin d'être aussi marquée :

- le domicile n'est pas toujours un refuge sécuritaire où les proches offrent spontanément des soins ou bénéficient eux-mêmes de soutiens adéquats;
- les aidants rémunérés à domicile ont aussi un horaire et la continuité de soins est moins efficace;

- préconiser les soins à domicile en tant qu'option unique, c'est donner raison à un modèle de soins privés qui favorise les personnes qui ont le plus de ressources (financières et de soutien);
- les établissements permettent le travail d'équipe et disposent d'un éventail de compétences différentes.

Tout aussi important, cette dichotomie élimine les établissements en bloc au lieu de trouver des moyens de promouvoir l'autonomie des résidents, de rendre les installations moins rigides et moins dominées par l'aspect médical et d'en faire de meilleurs milieux de vie grâce à une myriade de moyens. La solution passe par le recrutement de ressources adéquates et par une réforme véritable des soins à domicile et en établissement au lieu de présenter faussement la chose comme un choix à faire entre les deux types de soins.

Les soins prolongés et les soins aux malades chroniques en établissement hospitalier, qu'ils s'adressent aux aînés ou à d'autres patients à l'état de santé complexe, remplissent aussi un rôle important dans le continuum de soins. Bien que notre étude porte sur les établissements de SLD, la prochaine partie du rapport se penche sur la rationalisation des services hospitaliers en tant qu'élément d'une stratégie de déréglementation et de privatisation aux conséquences négatives graves.

Il faut que les services aux aînés soient intégrés dans tout l'éventail des établissements hospitaliers, des établissements de SLD et des services à domicile et communautaires, mais aussi au niveau de programmes externes comme ceux du logement et des services sociaux. Le degré d'intégration des services de santé et des services sociaux varie d'une province à l'autre, tout comme le degré d'intégration des divers programmes gouvernementaux de façon plus générale. Le gouvernement fédéral devrait être plus présent et appuyer les modèles novateurs de gestion et de prestation qui intègrent les soins aux aînés et autres patients atteints de conditions chroniques, multiples et complexes. Les provinces ont une responsabilité claire en ce qui concerne la réussite de la mise en œuvre de modèles systémiques; une étude récente sur des projets pilotes réalisés en Colombie-Britannique identifie des stratégies concrètes afin d'introduire progressivement ces innovations⁵³. À cet égard, l'Organisation mondiale de la santé propose un cadre d'intégration utile :

Un système de soins de longue durée doit comprendre un large éventail de services, certains à domicile, d'autres dans la communauté, dans des établissements de santé et ailleurs. Dans un modèle optimal et rationnel, tous les services et structures qui forment le système sont conçus pour permettre aux individus de vivre dans la dignité et, si possible, de façon autonome, sans imposer un fardeau intolérable à leur famille⁵⁴.

Bon pour les familles, bon pour l'économie

L'élargissement du régime d'assurance-maladie aux soins de longue durée en établissement contribuerait à alléger le fardeau des familles, surtout des femmes de ces familles, puisque les aidants non rémunérés seraient ainsi libérés et pourraient participer plus pleinement à la population active; et il donnerait un coup de pouce bienvenu à l'économie, en créant de nouveaux emplois.

La solution passe par le recrutement de ressources adéquates et par une réforme véritable des soins à domicile et en établissement au lieu de présenter faussement la chose comme un choix à faire entre les deux types de soins.

L'élargissement du régime d'assurance-maladie aux soins de longue durée en établissement contribuerait à alléger le fardeau des familles, surtout des femmes de ces familles.

Les soins de longue durée en établissement ont une importance toute particulière pour les femmes, qui constituent la majorité des résidents et des aidants.

La majorité des résidents des établissements de soins de longue durée sont des femmes. Près des deux tiers de l'ensemble des résidents et des trois quarts des résidents de 85 ans et plus sont des femmes⁵⁵. À un autre niveau, la probabilité d'être admis dans un établissement de soins de longue durée est à peu près équivalente pour les hommes et pour les femmes du groupe des 65 à 74 ans, mais un net changement s'opère autour de 75 ans. À 85 ans, les femmes sont deux fois plus susceptibles que les hommes de vivre dans un établissement de SLD (voir le tableau 6).

Tableau 6 : Pourcentage de la population des établissements de SLD selon l'âge et le sexe, Canada, 1995		
Âge	% du groupe d'âge en établissement de SLD	
	Femmes	Hommes
De 65 à 74	2	2
De 75 à 84	10	7
85 et plus	38	24

Source : Pitters, 2002.

Si les femmes sont surreprésentées chez les résidents des établissements de SLD, c'est principalement parce qu'elles vivent plus longtemps et qu'elles ont moins de ressources pour rester chez elles. En 2006, l'espérance de vie était de 82,5 ans pour les femmes et de 77,7 ans pour les hommes⁵⁶. Le ratio des femmes par rapport aux hommes dans le groupe des plus de 74 ans est d'environ six contre un (61 pour cent contre 39 pour cent)⁵⁷. Les femmes âgées ont un moins bon revenu que les hommes âgés⁵⁸ et elles sont également moins susceptibles d'avoir à la maison quelqu'un qui prendra soin d'elles⁵⁹.

Les femmes sont également surreprésentées chez les aidants, rémunérés ou non. Du côté des aidants rémunérés, d'après les données de trois provinces, les femmes représentent jusqu'à 95 pour cent des employés des établissements de SLD⁶⁰. Du côté des aidants non rémunérés, les femmes sont plus susceptibles que les hommes de multiplier les heures non rémunérées pour combler les manques de soins⁶¹ et pour s'occuper de membres de la famille ou d'amis qui vivent en établissement⁶². Un sondage réalisé en 2007 par Statistique Canada révèle que près de 30 pour cent des aînés vivant en établissement ont été assistés par des aidants non rémunérés au niveau de la préparation des repas, de l'entretien ménager et de la lessive; la moitié a eu de l'aide au niveau de la gestion des soins; et le dixième a reçu de l'aide de parents ou d'amis pour des soins personnels (bain, habillement)⁶³.

Le modèle général de sous-financement, de déréglementation et de privatisation des soins de longue durée en établissement au Canada fait qu'on demande à des familles déjà accablées d'assumer une responsabilité encore plus grande dans les soins à leurs proches. Ces responsabilités qui s'ajoutent ont un effet d'entraînement sur les familles, les communautés et la société dans son ensemble⁶⁴. Les familles subissent des contraintes à cause de la perte de revenu (y compris de pension) des aidants non rémunérés et de l'impact du stress sur les relations et la santé des membres de la famille⁶⁵. Les employeurs sont affectés par les

pertes de temps et les conséquences du stress que vivent les employés. L'impact sur la société en général prend la forme d'une perte de recettes fiscales, d'une augmentation du taux de pauvreté, d'une augmentation du nombre de faillites familiales et d'une sollicitation accrue des programmes sociaux.

Créer un programme public universel de soins de longue durée en établissement serait aussi un investissement intelligent du point de vue de la création d'emploi et de la stimulation de l'économie. Cet effet se mesure souvent en tant que choix entre l'investissement public ou la réduction de l'impôt. Des recherches récentes démontrent qu'un milliard de dollars d'investissement public en santé créerait trois fois plus d'emplois que la même somme en réduction de l'impôt des particuliers. Le coup de pouce à l'économie (en termes d'augmentation du PIB) serait aussi beaucoup plus positif⁶⁶.

Il est plus que temps que soit créé un programme pancanadien de soins de longue durée en établissement avec un financement fédéral spécifique et des normes légiférées.

Conclusion

Il est plus que temps que soit créé un programme pancanadien de soins de longue durée en établissement avec un financement fédéral spécifique et des normes légiférées. En tant que Canadiennes et Canadiens, nous sommes fiers de l'universalité de notre régime d'assurance-maladie, car nous avons la conviction que l'accès à la santé doit être fonction des besoins et non pas de la capacité de payer ou du lieu de résidence. Les valeurs de justice et d'égalité véhiculées par le régime d'assurance-maladie doivent s'appliquer à tous les produits et services de santé sans égard à l'endroit où ils sont dispensés, que ce soit dans un hôpital, dans un établissement de soins de longue durée, dans le cabinet d'un médecin, dans une agence communautaire ou à domicile.

La prochaine partie de notre rapport se penche sur la dotation en tant qu'élément crucial d'un programme de soins de longue durée en établissement; elle démontre le lien entre les conditions de travail et les conditions de soins tout en témoignant de l'urgence d'améliorer les deux aspects.

Dotation et qualité des soins

Introduction et résumé

Des dizaines d'années de recherches prouvent que le nombre d'employés est directement et positivement lié à la qualité des soins et qu'il existe un urgent besoin d'augmenter le personnel des établissements de soins de longue durée.

Pour que les conditions de soins soient bonnes, il faut que les conditions de travail le soient également. Des dizaines d'années de recherches prouvent que le nombre d'employés est directement et positivement lié à la qualité des soins et qu'il existe un urgent besoin d'augmenter le personnel des établissements de SLD⁶⁷. La relation entre le personnel de SLD et la qualité des soins et de la vie va bien au-delà des simples chiffres sur le personnel⁶⁸. La continuité des soins, les pratiques organisationnelles et les modes de gestion jouent un rôle majeur⁶⁹, tout comme l'instruction et la formation du personnel de SLD. La continuité des soins—qui s'évalue principalement par le roulement du personnel—est en soi un aspect complexe qui est influencé de façon décisive par le niveau de dotation, la rémunération et le climat de travail.

Notre cadre en matière de dotation

Évaluation de la qualité des soins et de la qualité de vie

La dotation s'impose comme étant le grand facteur déterminant lorsqu'il s'agit de mesurer la « qualité des soins » ou la « qualité de vie ». Dans le domaine des SLD en établissement, les débats sur la qualité sont habituellement axés sur la santé et la sécurité des résidents ainsi que sur les résultats des soins, par exemple l'incidence des plaies de pression (ulcères), des pertes de poids et des chutes. On évalue aussi parfois le processus soignant, par exemple en ce qui a trait à l'utilisation de contentions physiques ou chimiques ou au nombre d'employés qui aident au moment des repas⁷⁰.

La qualité de vie est une notion beaucoup plus large⁷¹. Elle tient compte de divers aspects du bien-être des résidents, par exemple la possibilité de choisir, l'autonomie et l'entretien de relations significatives. Un rapport récent du Ministère de la Santé de l'Ontario définit la qualité de vie comme suit :

*Vivre avec dignité, respect, confort, choix, sécurité, bonheur, plaisir, joie, individualité, estime de soi, confiance, sécurité, fierté, sans stress, autonomie, indépendance et la culture, les croyances et en utilisant la langue de son choix*⁷².

La preuve du lien entre la dotation et la qualité est incontestable tant dans la littérature sur la *qualité des soins* que dans celle sur la *qualité de vie*. Les données et les recherches sur la *qualité des soins* dans les établissements de SLD démontrent de façon convaincante que la dotation en personnel est au cœur de la qualité, comme nous le démontrons dans cette partie de notre rapport. Les recherches sur la *qualité de vie* sont plus récentes et moins nombreuses, mais elles soulignent l'importance de la dotation — en particulier, la valeur du soin social-émotionnel et des relations que les résidents entretiennent avec le personnel. Une étude réalisée en Ontario auprès des résidents d'un établissement de SLD désuet qui ont été déménagés dans un établissement « à la fine pointe » a conclu que les relations avec le personnel s'avèrent être pour les résidents un critère crucial d'évaluation de la qualité des soins et de la qualité de vie — et nettement plus important qu'un déménagement dans un environnement nouveau, ensoleillé et à la fine pointe ou qu'une diversification des activités au programme⁷³.

Dans cette partie comme dans le reste du rapport, nous utiliserons l'expression *qualité des soins* parce que c'est surtout sur cet aspect qu'ont porté les recherches et que c'est l'expression la plus couramment utilisée. Cependant, nous sommes favorables au cadre plus large que représente l'expression *qualité de vie* et nous puisons dans la littérature qui la concerne lorsque l'occasion se présente.

Les relations avec le personnel s'avèrent être pour les résidents un critère crucial d'évaluation de la qualité des soins et de la qualité de vie, beaucoup plus qu'un déménagement dans un environnement nouveau, ensoleillé et à la fine pointe ou qu'une diversification des activités au programme.

Soins directs et personnel de soutien : deux éléments essentiels à la qualité

Les recherches sur les soins de longue durée en établissement ont un autre penchant : elles ont tendance à porter sur le personnel de soins directs (infirmier et soignant), d'où une sous-représentation du personnel de soutien (services alimentaires, nettoyage, blanchisserie, entretien, bureaux et autres).

De notre point de vue, les deux types de personnel ont autant d'importance l'un que l'autre et nous puisons dans les conclusions des recherches sur les services de soutien lorsque nous le pouvons pour le démontrer.

Tous les membres du personnel infirmier, soignant et des services diététiques, de loisirs, de rééducation, de bureau, de blanchisserie, de nettoyage, d'entretien et autres sont essentiels à la qualité des soins dans les établissements de SLD⁷⁴. La plupart des recherches sur la dotation et la qualité des soins ont étudié le personnel infirmier⁷⁵ et le personnel soignant⁷⁶ : infirmières autorisées, infirmières auxiliaires autorisées et préposés aux bénéficiaires. Les infirmières autorisées constituent le groupe qui a reçu le plus d'attention. Le besoin est grand de documenter les autres types de personnel : services alimentaires, nettoyage, blanchisserie, entretien, bureaux et autres services de soutien.

Le personnel de soutien joue un rôle vital dans les établissements de soins de longue durée : il concocte des plats nutritifs, il instaure un environnement sain et sécuritaire pour les résidents, il maintient les dossiers comme il se doit, mais il assure aussi des soins personnels aux résidents : distribution et ramassage des plateaux-repas, aide pour boire et manger, transport des résidents vers les activités, interactions sociales pendant l'exécution de tâches comme le nettoyage, la livraison des vêtements propres et l'aide aux repas. Quand le personnel de soutien manque à un niveau ou un autre, c'est un personnel infirmier déjà étiré au possible qui doit remplir les trous alors que son temps serait beaucoup mieux employé à dispenser des soins infirmiers.

Le personnel de soutien joue un rôle vital dans les établissements de soins de longue durée : il concocte des plats nutritifs, il instaure un environnement sain et sécuritaire pour les résidents, il maintient les dossiers comme il se doit, il assure des soins personnels aux résidents.

Le personnel des services alimentaires et le personnel de l'entretien ménager sont deux groupes dont le soutien est plus recherché que les autres groupes, mais encore nettement moins que le groupe des soins infirmiers. Le lien démontré entre leur travail et la santé des résidents est une indication de la valeur du travail du personnel de soutien dans son ensemble.

Le personnel des services alimentaires veille à une bonne nutrition, ce qui, d'après maintes études, est essentiel à la préservation de la santé et à la prévention de la maladie, en particulier chez les personnes âgées de santé fragile. Alors que des personnes âgées bien nourries « ont moins de complications médicales et de maladies, guérissent plus vite et sont moins sujettes aux infections », les personnes âgées mal nourries « voient leur qualité de vie se détériorer, leur autonomie diminuer et leur état de santé général se dégrader, d'où une utilisation accrue des ressources en santé et un taux de morbidité et de mortalité accru⁷⁷ ». Le remplacement d'aliments frais préparés sur place par des aliments traités et l'importance de la sécurité alimentaire des personnes âgées ont beaucoup attiré l'attention dernièrement avec l'épidémie de listériose qui a sévi dans des établissements de soins de longue durée⁷⁸.

L'hygiène est aussi un élément essentiel à la qualité des soins. Le personnel de blanchisserie, d'entretien ménager, de traitement des aliments et autre joue un rôle crucial au niveau de la protection des résidents contre les infections associées aux soins de santé (IASS)⁷⁹. Plusieurs vérifications et études cliniques ont établi des liens entre les éclosions d'IASS et le manque de personnel, l'augmentation de la charge de travail, un absentéisme élevé et un fort taux de roulement chez le personnel d'entretien⁸⁰. Des enquêtes gouvernementales, dont une enquête récente du coroner au Québec, ont confirmé le rôle crucial du nettoyage dans la prévention et le contrôle des IASS⁸¹. Les résidents des établissements de SLD sont plus sujets aux infections⁸² et, pourtant, les ressources en termes de personnel, de politiques, de pratiques, de formation et de surveillance des établissements de SLD à ce chapitre sont gravement insuffisantes⁸³.

Lorsque l'on sait qu'une bonne nutrition, une bonne hygiène et d'autres tâches des services de soutien sont essentielles au maintien d'une bonne santé, nous nous sentons fondés d'affirmer que nos conclusions qui suivent relativement à l'instruction et à la stabilité de la main-d'œuvre, à la continuité des soins et au climat de travail sont des conclusions qui s'appliquent tout autant au personnel de soins directs qu'au personnel de soutien.

Un personnel accru dans les établissements de soins de longue durée

SOLUTION : Augmenter le personnel (de soins directs et de soutien) dans les établissements de soins de longue durée.

Les pratiques de dotation et les politiques n'ont pas suivi l'évolution des besoins des résidents

Les pratiques de dotation et d'organisation des établissements de SLD n'ont pas suivi l'évolution du profil et des besoins de soins des résidents⁸⁴. La composition du personnel, le nombre d'employés, leur formation et la manière de dispenser les soins : aucun de ces aspects n'a évolué parallèlement au profil et aux besoins des résidents.

Les résidents des établissements de SLD d'aujourd'hui ont des besoins beaucoup plus grands que ceux d'il y a 15 ans⁸⁵. Les résidents ont en vaste majorité plus de 75 ans, ils ont des problèmes de santé multiples, ils ne peuvent pas se déplacer de façon autonome, ils ont des déficits cognitifs et physiques graves et des besoins de soins complexes qui varient au fil du temps⁸⁶. Selon un profil récent, 75 pour cent des résidents ont une démence grave; plus de 90 pour cent ont besoin d'aide pour se déplacer, manger, faire leur toilette et s'habiller; et ils ont en moyenne cinq diagnostics de maladie chronique grave⁸⁷. Le tableau 7 propose un autre portrait, antérieur, de la situation. Les besoins de soins physiques et psychosociaux des résidents sont devenus si complexes que certains experts utilisent l'expression « mini-hôpitaux⁸⁸ » pour désigner les établissements de soins de longue durée.

Les pratiques de dotation et d'organisation des établissements de SLD n'ont pas suivi l'évolution du profil et des besoins de soins des résidents. Les résidents des établissements de SLD d'aujourd'hui ont des besoins beaucoup plus grands que ceux d'il y a 15 ans.

Tableau 7 : Prévalence de la démence/maladie d'Alzheimer, des problèmes de santé physique et d'autres types de diagnostics chez les résidents des établissements de SLD								
	Ontario	Sask.	Manitoba	Michigan	Maine	Dakota du Sud	Finlande	Pays-Bas
Démence/ maladie d'Alzheimer	53 %	62 %	41 %	47 %	50 %	44 %	65 %	34 %
Diabète	19 %	12 %	17 %	24 %	20 %	18 %	6 %	9 %
Insuffisance cardiaque globale	11 %	18 %	13 %	27 %	21 %	30 %	8 %	22 %
AVC	22 %	18 %	16 %	24 %	22 %	21 %	23 %	13 %
Arthrite	30 %	32 %	28 %	32 %	26 %	39 %	4 %	17 %
Maladie en phase terminale	1 %	0,2 %	0,2 %	1 %	1 %	0,8 %	22 %	0,8 %
Maladie de Parkinson	6 %	6 %	7 %	6 %	7 %	7 %	3 %	4 %
Cancer	9 %	11 %	3 %	11 %	9 %	11 %	2 %	6 %
Acrosyndrome	4 %	3 %	2 %	12 %	10 %	6 %	1 %	3 %
Ostéoporose	7 %	13 %	5 %	14 %	11 %	11 %	2 %	5 %
MPOC	1 %	4 %	2 %	19 %	19 %	13 %	3 %	7 %
Arthérosclérose	12 %	7 %	4 %	19 %	18 %	17 %	7 %	11 %

Source : Adaptation à partir des données de PriceWaterhouseCoopers (2001), dans Coalition ontarienne de la santé, 2002.

À la complexité du profil de santé et des besoins de soins des résidents s'ajoute le fait que de plus en plus de jeunes adultes aux prises avec un handicap ou une condition chronique sont admis dans les établissements de soins de longue durée. Cette situation est largement attribuable au rationnement des soins dans les autres types d'établissements et à un ressourcement inadéquat dans d'autres secteurs du système de santé et de services sociaux. Ces résidents aussi ont des problèmes de santé complexes qui exigent une gamme complète de services de haut niveau et ils ont des besoins et des vécus différents. Par exemple, rares sont les nouveaux jeunes résidents atteints de troubles psychologiques, mais ils sont néanmoins admis dans des établissements où les cas de démence sont nombreux.

En ce qui concerne les soins palliatifs, prenons la Colombie-Britannique pour exemple : le taux de décès dans les établissements de soins de longue durée a augmenté de 81 pour cent sur cinq ans, pour passer de 14,6 à 26,4 pour cent de l'ensemble de la clientèle de 2001 à 2006. Les ressources et politiques n'ont toutefois pas suivi le rythme.

De plus en plus de personnes ayant besoin de soins palliatifs et à court terme sont admis en établissement de SLD et, là encore, le manque de financement pose problème. Les gouvernements n'augmentent pas assez les budgets pour payer le personnel spécialisé et l'équipement nécessaires pour bien prendre soin de cette clientèle. En ce qui concerne les soins palliatifs (soins en fin de vie), prenons la Colombie-Britannique pour exemple : le taux de décès dans les établissements de soins de longue durée a augmenté de 81 pour cent sur cinq ans, pour passer de 14,6 à 26,4 pour cent de l'ensemble de la clientèle de 2001 à 2006⁸⁹. Les ressources et politiques n'ont toutefois pas suivi le rythme. Les recherches menées dans une région de la province en 2007 ont permis de constater que la dépense moyenne en soins de longue durée en établissement s'établit à peu près à la moitié de la dépense moyenne en établissement de soins palliatifs (soins palliatifs en établissement hospitalier)⁹⁰. Les politiques et pratiques de dotation dans le domaine des soins de courte durée ont aussi échoué à suivre la courbe d'évolution des besoins des résidents⁹¹.

Plus de personnel : santé et bien-être des résidents

La première solution à cette crise de qualité consiste à augmenter le personnel. Les conclusions des chercheurs sont sans équivoque. Les études démontrent les unes après les autres que le niveau de dotation a un lien direct et positif avec la santé des résidents⁹² :

- D'après une étude réalisée auprès des résidents (1 376) de 82 établissements de soins de longue durée de 19 États américains, les résidents qui reçoivent 45 minutes par jour ou plus de soins directs d'IAA voient leur risque de développer des plaies de lit diminuer de 42 pour cent comparativement aux résidents qui reçoivent moins de soins⁹³.
- Une étude portant sur 363 895 résidents de 2 951 établissements de SLD de six États américains a permis de conclure que chez les résidents qui ont droit aux services des préposés aux bénéficiaires (PB) pour une durée de trois heures par journée-résident (hpjr⁹⁴) ou plus, le risque de perte de poids diminue de 17 pour cent comparativement aux résidents qui reçoivent moins de soins⁹⁵.
- D'après une étude réalisée en Californie auprès de 882 résidents de 34 établissements de SLD, les résidents qui vivent dans des établissements mieux pourvus en personnel (six établissements, 136 résidents) passent moins de temps au lit, ont plus d'engagements sociaux et ingèrent plus de nourriture et de liquides que les résidents des établissements moins bien pourvus en personnel (28 établissements, 746 résidents)⁹⁶.

- Une étude réalisée aux États-Unis auprès de 5 314 résidents de 105 établissements de SLD révèle que les résidents d'établissements où les préposés aux soins sont plus nombreux sont plus susceptibles de s'impliquer dans un horaire fixe de toilette, de se plier à des exercices actifs ou passifs d'amplitude et de suivre des traitements de rééducation pour des activités diverses comme marcher ou sortir du lit. Les résidents sont aussi plus susceptibles de s'impliquer dans un horaire fixe de toilette dans les établissements où le personnel affecté aux loisirs est plus nombreux⁹⁷.
- Dans une étude de quatre ans sur la qualité des soins au moment des repas dans deux établissements de SLD du Nord-Ouest des États-Unis, les chercheurs ont constaté que les résidents sont mieux nourris et hydratés lorsque les préposés aux soins peuvent les aider à s'alimenter ou peuvent aider au plus deux ou trois résidents à prendre leur repas⁹⁸. Toutefois, dans l'ensemble, la qualité des soins au moment des repas est médiocre, car habituellement, chaque préposé a charge de sept à neuf résidents à l'heure du lunch et de 12 à 15 résidents à l'heure du dîner. Les chercheurs ont observé que certains résidents ont perdu beaucoup de poids et que plusieurs toussent et s'étouffent avec la nourriture durant les repas.
- À la suite d'une étude portant sur 91 résidents d'établissements de SLD, les chercheurs ont constaté qu'il faut consacrer autant de temps pour faire manger les résidents qui n'ont besoin que d'une supervision minimale et de directives verbales que les résidents physiquement dépendants. Pour améliorer l'ingestion de nourriture et de liquides, chaque résident requiert de 35 à 40 minutes de temps de travail par repas⁹⁹.
- Une grande étude portant sur 5 294 établissements de soins de longue durée dans 10 États américains a permis de constater que les résidents qui reçoivent un total de 4,1 heures de soins infirmiers et personnels par jour améliorent leur aptitude à la vie quotidienne et risquent moins de perdre du poids et de développer des plaies de pression¹⁰⁰.
- Sur 21 établissements de SLD de la Californie, on a constaté que les établissements (au nombre de six) qui ont un préposé pour 7,6 résidents ont obtenu un meilleur score pour 13 des 16 indicateurs de qualité des soins que les autres établissements (au nombre de 15) qui n'ont qu'un préposé pour 9 ou 10 résidents¹⁰¹.
- Dans une étude de simulation portant sur un échantillon de 674 établissements de SLD de l'État de New York et 972 de l'Ohio, les chercheurs ont démontré que pour pouvoir offrir un niveau optimal d'aide aux repas, à la toilette, à l'activité physique et aux soins personnel, il faut 3,2 hpjr du personnel préposé aux soins dans les établissements de soins de longue durée où la charge de travail est élevée¹⁰².
- En se basant sur les données émanant de cinq sources, notamment du sondage national réalisé en 2005 et 2006 auprès des administrateurs de foyers de soins des États-Unis ainsi que des données gouvernementales sur deux ans (2004 à 2006) sur les foyers de soins, les chercheurs ont établi une corrélation entre un ratio plus élevé de préposés aux soins et une utilisation réduite des contentions, une baisse de l'incidence des plaies de pression et une diminution de l'utilisation des cathéters¹⁰³.

La première solution à cette crise de qualité consiste à augmenter le personnel. Les conclusions des chercheurs sont sans équivoque. Les études démontrent les unes après les autres que le niveau de dotation a un lien direct et positif avec la santé des résidents.

Des preuves démontrent un lien tout à fait clair entre un niveau de personnel inadéquat et une plus grande incidence des ennuis de santé pour les résidents (chutes, fractures, infections, perte de poids, déshydratation, plaies de pression, incontinence, agitation et hospitalisation).

- En Norvège, des établissements (120) de SLD qui ont un ratio élevé d'employés par rapport aux résidents ont été comparés à des établissements (125) où ce même ratio était bas. Il s'avère que les résidents des établissements où le ratio est élevé :
 - se lèvent le matin et se couchent le soir à l'heure qu'ils veulent;
 - vont aux toilettes lorsqu'ils en ont besoin/lorsqu'ils le veulent;
 - vont se promener (avec un accompagnateur au besoin) lorsqu'ils le veulent¹⁰⁴.
- Une analyse de l'ensemble des foyers de soins accrédités et indépendants de la Californie qui ont été inspectés par l'État de 1999 à 2003 (1 099 établissements) révèle que l'incidence au niveau du total des déficiences, des déficiences en qualité des soins et des déficiences graves est significativement plus faible dans les établissements où le personnel infirmier et soignant est plus nombreux¹⁰⁵.
- Après avoir examiné 302 000 plaintes émanant de 19 893 établissements de 1998 à 2002, des chercheurs sont arrivés à la conclusion que les établissements où le niveau de dotation est plus élevé enregistrent un moins grand nombre de plaintes relativement à la qualité des soins¹⁰⁶.

Un niveau de dotation adéquat ne fait pas que favoriser la bonne santé : il permet aussi d'éviter la mauvaise santé. Des preuves démontrent un lien tout à fait clair entre un niveau de personnel inadéquat et une plus grande incidence des ennuis de santé pour les résidents (chutes, fractures, infections, perte de poids, déshydratation, plaies de pression, incontinence, agitation et hospitalisation).

- Dans une étude couvrant 1 768 établissements de SLD de New York, de l'Ohio et du Texas, une dotation en personnel soignant inférieure à deux heures par journée-résident (hpjr) a été associée à une multiplication par quatre du risque d'hospitalisation pour toute une série de problèmes de santé faciles à éviter. Plus particulièrement, les établissements dont la dotation en personnel soignant est sous 2,04 hpjr sont 4,77 fois plus susceptibles de figurer dans les 10 pour cent des pires établissements au chapitre de l'incidence des hospitalisations pour infection urinaire. Les établissements dont la dotation en personnel soignant est sous 2,06 hpjr sont 4,46 fois plus susceptibles de figurer parmi les pires établissements au chapitre des déséquilibres électrolytiques et 3,45 fois plus susceptibles de remporter une des « 10 pires » palmes en ce qui concerne l'hospitalisation pour septicémie. Pour cette dernière cause d'hospitalisation, signalons qu'à 2,05 hpjr, la probabilité de classement parmi les « 10 pires » est de 4,4 fois plus élevée¹⁰⁷.
- D'après l'étude susmentionnée portant sur 82 établissements de SLD de 19 États américains, 32 pour cent des résidents ont développé des plaies de pression à moins de 2 hpjr¹⁰⁸.
- Parmi 519 établissements de SLD de New York et 728 de l'Ohio, ceux dont la dotation en IAA est inférieure à 0,77 hpjr sont presque cinq fois plus susceptibles de se classer parmi les « pires 10 pour cent » au chapitre de l'incidence des plaies de pression¹⁰⁹.
- Au Missouri, dans les établissements de SLD où les résultats pour la santé des résidents laissent à désirer (92 établissements), chaque employé doit donner le repas à deux résidents à la fois et, dans bien des cas, à plus de cinq ou six résidents à la fois¹¹⁰.

- Dans l'étude susmentionnée sur la qualité des soins à l'heure des repas dans deux établissements de SLD du Nord-Ouest, les chercheurs ont observé qu'à cause du manque de personnel, les résidents qui ne bénéficient pas d'une attention adéquate avant et durant le repas sont plus susceptibles de tousser et de s'étouffer en mangeant et de perdre du poids à cause d'un apport alimentaire insuffisant¹¹¹.

La crise du manque de personnel est désormais reconnue par les spécialistes en « sécurité du patient » également. Un rapport récent de l'Institut canadien pour la sécurité des patients souligne qu'il est impératif de faire des progrès dans les établissements de SLD pour améliorer la sécurité des personnes âgées de santé fragile¹¹²; le rapport avance également que le ratio d'employés par rapport aux patients est un élément critique à cet égard¹¹³.

L'aspect social-émotionnel des soins est le premier à disparaître quand la charge de travail est lourde et la qualité de vie des résidents en souffre.

- Une étude réalisée en Saskatchewan sur le stress au travail du personnel de sept établissements de SLD a révélé que la lourdeur de la charge de travail est telle qu'elle empêche les préposés aux soins de socialiser avec les résidents et de réserver du temps à des activités significatives pour eux. D'après l'étude, le stress des préposés est en grande partie attribuable au fait de savoir qu'ils sont incapables d'offrir la qualité de soins qu'ils croient que les résidents méritent¹¹⁴.
- Un sondage auprès de 917 employés de 18 établissements de SLD de l'Ontario a permis de définir les aspects qui disparaissent le plus vite quand la tâche s'alourdit : conversations avec les résidents (négligé 69 pour cent du temps) et assurer un soutien émotionnel aux résidents (négligé 60 pour cent du temps). Garder le contact avec la famille est aussi un autre aspect du travail souvent négligé (30 pour cent du temps) à cause de la pression de la charge de travail¹¹⁵.
- Dans un sondage réalisé auprès de 948 travailleurs de 71 établissements de SLD de trois provinces (Ontario, Manitoba et Nouvelle-Écosse), le tiers des répondants a déclaré ne pas avoir souvent de temps pour converser avec les résidents ou pour les sortir de leur espace confiné¹¹⁶. Le commentaire d'une préposée résume bien la situation : « Je voudrais être moins pressée et avoir le temps de socialiser avec les résidents. Je déteste avoir l'impression d'être sur une chaîne de montage quand je dispense des soins ».
- Dans une enquête par observation/entrevue sur deux ans réalisée auprès de 38 préposés aux soins de six établissements de SLD du Midwest des États-Unis, les chercheurs sont arrivés à la conclusion qu'un manque de personnel empêche les préposés de développer des relations avec les résidents, alors que ces relations sont essentielles à la qualité des soins ou à l'équilibre affectif¹¹⁷.

L'environnement social est particulièrement important en ce qui concerne les résidents atteints de démence¹¹⁸. Des lignes directrices pour les soins aux personnes atteintes de démence ont été développées par une équipe nationale d'experts en soins aux malades d'Alzheimer aux États-Unis et l'importance de l'engagement social y est soulignée :

Les activités significatives et les relations positives sont la pierre angulaire des soins aux personnes atteintes de démence, parce qu'elles les aident à conserver leurs capacités fonctionnelles et qu'elles contribuent à leur qualité de vie. Chaque interaction ou échange entre

L'aspect social-émotionnel des soins est le premier à disparaître quand la charge de travail est lourde et la qualité de vie des résidents en souffre.

les résidents et les employés est une activité potentiellement significative. Par exemple, le dîner fournit une occasion importante de socialiser, de créer les conditions qui permettent la joie de vivre, la satisfaction et l'épanouissement personnel [TRADUCTION LIBRE]¹¹⁹.

Le rationnement des soins sociaux-émotionnels vient en partie de la dévaluation du travail des femmes. L'aptitude au soin social-émotionnel est l'une des nombreuses aptitudes que l'on prête naturellement aux femmes et, justement parce qu'elle est associée aux femmes, on lui accorde souvent peu de valeur¹²⁰.

Lorsqu'il y a rationnement des soins et diminution du personnel, ceux qui restent ressentent une frustration énorme, sachant qu'en dépit de leurs meilleurs efforts, ils manqueront de temps pour satisfaire les besoins des résidents.

Le rationnement des soins sociaux-émotionnels est aussi lié au modèle dominant d'organisation du travail en santé, pour lequel les soins sont une série de tâches distinctes et mesurables, certaines moins visibles et moins valorisées que d'autres. Pour Pat Armstrong, les conséquences de l'évaluation du travail en fonction de chaque tâche se résument comme suit : « On remplace le bain par une application rapide d'eau sur la peau, et l'occasion du bain, que le personnel infirmier et soignant met habituellement à profit pour conforter, soutenir, informer et évaluer, disparaît en même temps que les diverses compétences utilisées pour inciter le patient à collaborer et pour le lever sans se blesser. Le temps qui n'est pas directement consacré à la tâche est considéré perdu, non productif [TRADUCTION LIBRE]¹²¹ ».

Lorsqu'il y a rationnement des soins et diminution du personnel, ceux qui restent ressentent une frustration énorme, sachant qu'en dépit de leurs meilleurs efforts, ils manqueront de temps pour satisfaire les besoins des résidents. Un sondage réalisé auprès de 227 membres du personnel infirmier et soignant en SLD en Ontario a permis de conclure que le personnel de SLD a un degré d'engagement élevé par rapport à son travail, mais qu'il estime travailler constamment en urgence et en contrainte de temps¹²². Plus du tiers des répondants à un sondage réalisé auprès de 948 infirmières et préposées aux soins de trois provinces déclare ne pas se sentir à la hauteur « tout le temps » ou « la plupart du temps » parce qu'il n'y a pas assez de temps pour répondre aux besoins des résidents; les répondants sont encore plus nombreux à déclarer que cette situation les trouble au point d'avoir de la difficulté à dormir et d'être mentalement et physiquement épuisés au retour à la maison¹²³. Une comparaison de ces conclusions avec les résultats d'un sondage parallèle mené auprès de 1 625 employés soignants de quatre pays d'Europe du Nord (où la proportion de personnel est plus élevée) démontre que la main-d'œuvre canadienne subit un plus grand stress sous l'effet de l'appauvrissement des conditions de travail et de soins¹²⁴. Une étude qualitative distincte sur deux ans dans trois foyers de soins de Suède a documenté un degré élevé de frustration chez les employés qui voudraient dispenser des soins personnalisés aux résidents, mais qui en sont empêchés par les coupures dans le personnel et les bouleversements organisationnels connexes¹²⁵.

Les résidents aussi sont partagés, eux qui ont besoin d'attention, mais se sentent coupables de faire pression sur le personnel. Une étude qualitative réalisée en Ontario démontre que la répugnance à demander de l'aide à des employés surchargés augmente l'anxiété et la détresse des résidents¹²⁶.

Plus de personnel : moins de mauvais traitements et de négligence

Les médias parlent beaucoup, et avec raison, de la négligence et des mauvais traitements à l'endroit des résidents, mais ils ne parlent généralement pas du rôle que joue le manque de personnel à cet égard. La recherche et l'élaboration de politique ont aussi des blancs, mais des progrès s'observent à ce niveau. Si le travail qui s'est fait dans les établissements de SLD pour prévenir les mauvais traitements s'est surtout concentré sur les actions de travailleurs individuels, un virage semble s'opérer depuis peu afin que l'analyse des mauvais traitements et de la négligence se fasse à la lumière des contextes systémiques, par exemple, eu égard au niveau de dotation et au type de formation dispensée au personnel¹²⁷. Nombre de chercheurs accusent le manque de personnel combiné à des conditions de travail médiocres et à une formation inadéquate de contribuer aux mauvais traitements et à la négligence¹²⁸.

Dans les forums régionaux qui se sont tenus à travers le Canada sur la prévention des mauvais traitements et de la négligence, les participants ont identifié dans le système des soins de longue durée un écart attribuable au fait que le nombre de résidents et la complexité des soins suivent une courbe ascendante tandis que le nombre d'employé adéquatement formés pour donner des soins suit une tendance inverse¹²⁹. Les résidents qui vivent présentement dans des établissements de SLD ont des besoins nettement plus élevés que ceux d'il y a 15 ans¹³⁰, mais le niveau de dotation, la composition du personnel et la formation n'ont pas suivi le rythme. Dans une étude récente réalisée en Colombie-Britannique, des personnes-ressources clés ont formulé la suggestion qui suit quant à la manière de réagir aux comportements agressifs dans les établissements de SLD :

Pour prévenir les agressions, il faut que le ratio d'employés par rapport aux résidents soit amélioré, en particulier le soir et la nuit [...] Il a été suggéré qu'une utilisation accrue du personnel affecté aux loisirs pour assurer des activités appropriées aux résidents le soir et la fin de semaine permettrait de réduire l'ennui et la frustration des résidents, d'augmenter leur bien-être et de prévenir les agressions [TRADUCTION LIBRE]¹³¹.

L'on reconnaît également de plus en plus le lien entre le manque de personnel et la violence contre les résidents et contre les travailleurs dans les établissements de soins de longue durée. Dans un sondage à grande échelle mené auprès de la main-d'œuvre des établissements de SLD de trois provinces, dans le cadre d'un projet international de recherche comparant le vécu du personnel soignant au Canada et dans des pays nordiques, les chercheurs de l'Université York sont arrivés à la conclusion que les employés canadiens de soins directs sont au-delà de six fois plus susceptibles de subir de la violence physique sur une base quotidienne que ceux des pays nordiques. Au Canada, 38 pour cent du personnel de soins directs vit de la violence physique quotidiennement, alors que la moyenne est inférieure à 7 pour cent dans les pays nordiques. Les chercheurs ont également documenté un niveau élevé d'attentions sexuelles non sollicitées et d'agressions verbales¹³².

Les recherches ont permis d'identifier le manque de personnel chronique comme facteur clé contribuant à la violence au travail et ils sont arrivés à la conclusion qu'il fallait que le gouvernement règle le problème du manque de personnel en légiférant des normes adéquates et en offrant les budgets nécessaires pour que ces normes soient respectées¹³³.

Si le travail qui s'est fait dans les établissements de SLD pour prévenir les mauvais traitements s'est surtout concentré sur les actions de travailleurs individuels, un virage semble s'opérer depuis peu afin que l'analyse des mauvais traitements et de la négligence se fasse à la lumière des contextes systémiques, par exemple, eu égard au niveau de dotation et au type de formation dispensée au personnel.

Niveaux minimums de dotation recommandés

Non seulement les preuves solides abondent-elles pour associer le niveau de dotation à la qualité des soins, y compris à la violence, mais elles sont aussi très spécifiques et calculent même la durée qui permettrait d'éviter de nuire aux résidents et la durée qui permettrait une amélioration de la qualité. Ces durées concernent uniquement le personnel infirmier et soignant, mais elles constituent néanmoins un point de départ utile.

Non seulement les preuves solides abondent-elles pour associer le niveau de dotation à la qualité des soins, y compris à la violence, mais elles sont aussi très spécifiques et calculent même la durée qui permettrait d'éviter de nuire aux résidents et la durée qui permettrait une amélioration de la qualité.

Une très grande étude commandée par le Congrès des États-Unis et réalisée par le Center for Medicaid and Medicare Services (CMS) révèle que le niveau minimum de dotation de 4,1 hpjr travaillées est indispensable pour éviter de compromettre la santé et la sécurité des résidents des établissements de SLD¹³⁴. Ces 4,1 hpjr comprennent de 2,4 à 3,1 heures du personnel préposé aux soins et de 0,95 à 1,55 heure du personnel infirmier autorisé (IA ou IAA), chaque niveau ayant un résultat différent sur la santé des résidents¹³⁵. L'étude a été réalisée par des experts de renommée nationale dans le domaine des soins de longue durée, des soins infirmiers, de l'économie et de la recherche. Elle fait intervenir une analyse de régression logistique portant sur des données empiriques qui couvrent 10 États et plus de 5 000 établissements. Des études des temps et mouvements ont été utilisées afin d'identifier quels niveaux spécifiques de dotation (à l'heure et à la minute près, pour chaque catégorie professionnelle de soins directs) produisent les meilleurs résultats sur la santé¹³⁶.

Il importe de remarquer que le minimum de 4,1 hpjr recommandé par le CMS :

- fait référence à des heures travaillées et non pas à des heures rémunérées. Les heures rémunérées comprennent les avantages sociaux, les jours fériés, les vacances, les jours de maladie et d'autres types de rémunérations qui ne comptent pas dans le nombre d'heures réellement travaillées. Le nombre d'*heures rémunérées* peut être de 15 à 30 pour cent supérieur au nombre d'*heures travaillées*. Il faut que les minimums de dotation soient exprimés en *heures travaillées*¹³⁷;
- comprend seulement le personnel infirmier (IA et IAA) et de soins personnels (préposés). Il faut des minimums de dotation plus élevés pour couvrir tout l'éventail du travail effectué dans les établissements de SLD;
- traduit le niveau nécessaire pour « éviter de compromettre la santé et la sécurité des résidents ». Il faut que ce nombre d'heures soit augmenté pour que la qualité des soins s'améliore au-delà du minimum essentiel. Une étude réalisée en 2000 a chiffré le minimum requis pour améliorer la qualité des soins de longue durée en établissement à 4,55 hpjr travaillées, soit 1,15 hpjr pour les IA, 0,70 hpjr pour les IAA et 2,70 hpjr pour les préposés¹³⁸. Cette recommandation d'expert repose sur les données des études des temps et mouvements et sur une revue des études antérieures sur la dotation et la qualité des soins. Une autre étude réalisée en 2004 a conclu que la qualité des soins a été améliorée de façon significative avec un minimum situé entre 4,5 et 4,8 hpjr travaillées¹³⁹.

Depuis la publication du rapport du CMS, le niveau de 4,1 hpjr a été appuyé par de nombreuses études¹⁴⁰.

La plupart des établissements de SLD américains n'atteignent pas non plus le minimum recommandé, mais lorsqu'une norme est enchâssée dans la politique ou la loi, le progrès est palpable. L'application d'une norme minimale de dotation aux États-Unis a donné lieu

à une meilleure dotation des établissements de SLD¹⁴¹. Alors que 36 États ont des normes minimales pour le personnel infirmier et soignant, les 14 autres adoptent les normes fédérales de dotation ou les règles du code des professions de l'État pour la délivrance des licences des foyers de soins¹⁴². Par exemple, depuis janvier 2007, la Floride a un minimum légiféré de soins directs/aides infirmiers de 2,9 hpjr plus 1,0 heure d'IA par jour, pour un total de 3,9 hpjr¹⁴³. Les normes varient d'un État à l'autre, mais les établissements de SLD offrent une moyenne de 3,7 hpjr rémunérées de soins infirmiers et personnels¹⁴⁴.

Niveaux de dotation actuels au Canada

Aucune province canadienne n'a légiféré un minimum de dotation significatif. Elles ont soit un « niveau cible » dont l'observation ne peut être forcée, soit un niveau réglementé tellement désuet qu'il ne veut à peu près rien dire. Par exemple, en Saskatchewan, seule province à avoir légiféré un minimum de dotation, la norme est de 2 hpjr de soins personnels et infirmiers — autrement dit, moins de la moitié des 4,1 hpjr recommandées pour « éviter de compromettre la santé et la sécurité des résidents ».

Il n'y a pas de données fiables portant sur l'ensemble du Canada en matière de dotation dans les établissements de soins de longue durée, mais les données provinciales disponibles révèlent des lacunes graves. En Colombie-Britannique, les établissements de SLD assurent une moyenne de 2,6 à 2,7 heures travaillées de soins directs par journée-résident¹⁴⁵. En Ontario, la seule autre province pour laquelle des données sur les heures travaillées sont disponibles, les résidents des établissements de soins de longue durée obtiennent en moyenne 2,6 heures travaillées de soins directs par jour¹⁴⁶.

Plusieurs provinces ont promis d'augmenter le financement pour le personnel de première ligne¹⁴⁷, mais rien ne garantit que cet argent servira vraiment à financer du personnel, à moins de légiférer un niveau minimum de dotation et de prévoir de bons mécanismes de surveillance et d'application. La plupart des provinces expriment le niveau de dotation en heures rémunérées plutôt qu'en heures travaillées. Avec un niveau ainsi gonflé de 15 à 30 pour cent, les gouvernements paraissent mieux et les employeurs sont soulagés de leur responsabilité en matière de sécurité du lieu de travail.

Un bon exemple est celui du gouvernement de l'Ontario qui a augmenté de façon constante le financement des établissements de SLD au cours des cinq dernières années sans que cela ne se traduise par une augmentation du personnel. À la suite d'une demande d'accès à l'information¹⁴⁸, le SCFP a appris que le niveau moyen de dotation a diminué de juillet à décembre 2007, même si le financement a augmenté. Pour ces six mois, le financement a été de 2,25 pour cent supérieur aux six mois précédents, mais les heures de soins ont diminué de 1,13 pour cent. De mars 2006 à décembre 2007, les heures de soins ont diminué de 0,58 pour cent alors que le financement a augmenté de 8,07 pour cent¹⁴⁹.

Tandis que certaines provinces ont des exigences minimales au niveau des types de soins, par exemple en ce qui a trait au nombre minimum de bains par semaine ou aux limites à l'utilisation de contentions, ces exigences ne veulent rien dire quand le niveau de personnel est inadéquat. Le bain, le changement de position, le soin des plaies, la réduction des contentions et d'autres soins essentiels dépendent d'un nombre d'employés suffisant.

En Saskatchewan, seule province à avoir légiféré un minimum de dotation, la norme est de 2 hpjr de soins personnels et infirmiers — autrement dit, moins de la moitié des 4,1 hpjr recommandées pour « éviter de compromettre la santé et la sécurité des résidents ».

Un environnement de travail sain et sécuritaire

SOLUTION : Créer un climat de travail sain et sécuritaire qui favorise la dispensation de soins de qualité.

Améliorer les pratiques de gestion et organisationnelles

S'il est vrai que le niveau de dotation est de loin le facteur le plus significatif en ce qui concerne la qualité des soins, d'autres conditions jouent aussi un rôle important. En bonne place figurent les pratiques de gestion et organisationnelles (c.-à-d., les modes de gestion et de fonctionnement global de l'établissement), qui influencent la santé et le bien-être des résidents de tout un éventail de façons¹⁵⁰.

Les pratiques de gestion et organisationnelles qui préconisent l'ouverture des voies de communication, l'autonomisation du personnel et le leadership axé sur la relation ont été associées avec une qualité améliorée des soins aux résidents des établissements de SLD.

Les pratiques de gestion et organisationnelles qui préconisent l'ouverture des voies de communication, l'autonomisation du personnel et le leadership axé sur la relation ont été associées avec une qualité améliorée des soins aux résidents des établissements de SLD¹⁵¹. Les comptes rendus de recherche offrent plusieurs exemples de pratiques de gestion et organisationnelles favorables aux résultats relatifs aux soins.

- Un sondage réalisé auprès de travailleurs en SLD (préposés aux soins, IAA et IA) de plus de 61 établissements de Colombie-Britannique a démontré que les travailleurs en SLD sont mieux à même de dispenser les soins individualisés dont les résidents ont besoin lorsqu'ils bénéficient eux-mêmes de soutien et d'un accès à l'information, aux ressources et à l'instruction¹⁵².
- Un autre sondage réalisée en Colombie-Britannique auprès de travailleurs en SLD a identifié les caractéristiques organisationnelles comme étant essentielles pour aider le personnel de première ligne à faire « le meilleur travail possible » : un climat d'implication (qui soutient le travail d'équipe, la communication ouverte et honnête, la pleine utilisation des compétences et le suivi des problèmes par la direction), une philosophie de soins formelle (élaborée par les gestionnaires dans un climat de respect mutuel, de confiance et d'équité, avec des attentes claires et réalistes) et des politiques, procédures et outils de formation concrets pour transposer cette philosophie dans la réalité¹⁵³.
- Dans une étude impliquant 156 établissements de SLD dans cinq États américains, les chercheurs ont démontré :
 - une incidence réduite des plaies de pression lorsque l'éventail des possibilités qui s'offrent aux préposés aux soins est plus grand — par exemple, possibilité d'accès à des échelons supérieurs dans leur profession, participation à des comités, accès à de la formation, initiation des nouveaux employés¹⁵⁴;
 - un plus grand engagement social (les résidents passent plus de temps en compagnie des autres, participent davantage aux activités sociales, religieuses, professionnelles ou à leurs occupations préférées) lorsque les préposés aux soins ont plus d'influence sur les décisions qui concernent les soins aux résidents¹⁵⁵.

- Selon les conclusions d’une étude portant sur le roulement du personnel menée auprès de 164 établissements de SLD du Texas, dans le cadre de laquelle 244 IA, 964 IAA et 2 317 préposés ont été interrogés :
 - une corrélation a été établie entre une participation accrue du personnel infirmier au processus décisionnel et une incidence réduite des comportements agressifs ou perturbateurs chez les résidents¹⁵⁶;
 - une plus grande ouverture des communications a permis de réduire l’utilisation des contentions sur les résidents des établissements de soins de longue durée¹⁵⁷;
 - une corrélation a été démontrée entre un leadership axé sur la relation (c.-à-d., qui construit la confiance et aide le personnel à régler les conflits) et de meilleurs résultats pour les résidents : diminution de l’incidence des fractures, des complications attribuables à l’immobilité, des plaies de pression, des problèmes de circulation sanguine, des problèmes de constipation et des cas de dépression. Par contraste, les procédures de travail qui sont plus formalisées, notamment la surveillance de la performance du personnel, sont associées à une augmentation des complications attribuables à l’immobilité chez les résidents¹⁵⁸.
- Une étude portant sur la qualité de vie de 421 résidents atteints de démence dans 45 établissements de 10 États américains a démontré que l’implication du personnel infirmier, de loisirs et de soins aux résidents dans la planification améliore la qualité de vie des résidents (d’après un travail d’observation et un sondage auprès des résidents et des soignants)¹⁵⁹.
- Dans une étude portant sur 20 établissements de SLD de la Californie et de la Pennsylvanie, les établissements « de qualité » (formation en gérontologie pour l’ensemble du personnel, travail d’équipe et partage d’information favorisés) affichent, comparativement aux établissements de moindre qualité, des améliorations mesurables au niveau des résultats pour les résidents : incidence réduite des plaies de pression, des hospitalisations, des infections et des chutes¹⁶⁰.

Si les pratiques de gestion et organisationnelles ont un impact sur la qualité des soins, c’est en grande partie parce qu’elles ont une influence sur la satisfaction professionnelle des employés et le taux de roulement du personnel, donc sur la continuité des soins et la charge de travail.

Si les pratiques de gestion et organisationnelles ont un impact sur la qualité des soins, c’est en grande partie parce qu’elles ont une influence sur la satisfaction professionnelle des employés et sur le taux de roulement du personnel, donc sur la continuité des soins et sur la charge de travail¹⁶¹. Dans les paragraphes qui suivent, nous nous penchons plus spécifiquement sur la question du roulement du personnel.

Réduire le roulement du personnel

Le roulement du personnel est à la fois une cause et un effet de nombreuses conditions structurelles caractéristiques du secteur des soins de longue durée en établissement. L’interrelation entre le roulement du personnel et la charge de travail est un exemple : l’alourdissement de la charge de travail tend à accélérer le roulement, l’accélération du roulement tend à alourdir la charge de travail.

Les recherches ont documenté qu’un roulement élevé du personnel de SLD se traduit par des résultats médiocres pour les résidents¹⁶², y compris par des taux plus élevés d’infection

et d'hospitalisation¹⁶³. Comme l'a fait valoir le ministère de la Santé du gouvernement de la Californie :

Un roulement élevé du personnel perturbe la continuité des soins au patient, sape le moral des employés, exige plus de travail des employés qui restent et augmente les coûts de recrutement et de formation de l'établissement [TRADUCTION LIBRE]¹⁶⁴.

Quand le roulement est élevé, les soignants passent leur temps à changer, ce qui mine la continuité des soins¹⁶⁵ et contribue à la détresse psychologique des résidents¹⁶⁶. La continuité des soins a une importance toute particulière pour les résidents atteints de démence. Lorsqu'une personne de santé fragile et atteinte d'une démence qui altère sa mémoire se fait soigner par des personnes différentes à chaque fois, elle s'en trouve de plus en plus désorientée¹⁶⁷.

Quand le roulement est élevé, les soignants passent leur temps à changer, ce qui mine la continuité des soins et contribue à la détresse psychologique des résidents, donc nuit aux résultats de santé.

Un taux de roulement élevé est loin de contribuer aux efforts de promotion de la santé et de prévention de la maladie. Au fil du temps, le personnel soignant en vient à connaître les résidents, à surveiller l'évolution de leur santé, à contribuer à la prévention des crises¹⁶⁸. Quand cette relation est interrompue, la qualité des soins en souffre. Dans une étude portant sur la santé des aînés canadiens, Statistique Canada a rapporté que « les personnes âgées vivant en établissement qui sont proches d'au moins un membre du personnel et celles qui ont au moins un ami intime dans l'établissement ont tendance à évaluer positivement leur état de santé¹⁶⁹ ». Les résidents qui ont développé une relation avec leur soignant attiré sont aussi moins susceptibles de résister aux soins et de subir ou de s'infliger des blessures.

Le roulement du personnel affecte aussi la qualité parce qu'il détourne des ressources qui auraient pu servir aux soins directs. Un roulement élevé entraîne des coûts au niveau du recrutement, de la supervision des nouveaux employés, des heures supplémentaires des employés qui comblent les manques et de la formation¹⁷⁰. Enfin, un roulement élevé augmente la charge de travail des employés qui restent et qui se retrouvent à avoir charge d'un plus grand nombre de résidents¹⁷¹.

Quand les établissements mettent l'accent sur la satisfaction professionnelle des employés, les résultats pour la santé des résidents sont meilleurs, surtout parce que la satisfaction professionnelle réduit d'autant le roulement du personnel et améliore la continuité des soins¹⁷². Voici les faits saillants des principales études en cette matière :

- Une imposante étude américaine (8 023 foyers de soins) révèle que dans les établissements où le personnel est plus stable (plus d'employés restent en poste cinq ans ou plus), le recours aux contentions et cathéters est moindre, tout comme l'incidence des plaies de pression¹⁷³.
- Une seconde étude impliquant les mêmes 8 023 établissements s'est penchée sur le taux de roulement et le niveau de dotation en tant que facteurs influant sur la qualité des soins. L'étude révèle qu'un roulement élevé (IA, IAA, préposés aux soins) est généralement associé à une qualité appauvrie révélée par un nombre plus élevé de déficiences dénoncées. De plus, le niveau de dotation est inversement lié au taux de roulement (plus il y a d'employés, moins il y a de roulement, et inversement)¹⁷⁴.
- À la suite d'un sondage réalisé auprès de 156 établissements de SLD de quatre États américains, les chercheurs ont conclu que l'incidence des plaies de pression est moins élevée dans les établissements où le roulement des préposés aux soins est inférieur comparativement aux établissements où le roulement du personnel est plus élevé¹⁷⁵.

- Dans les 95 établissements qui ont participé à une étude nationale sur les plaies de pression dans le secteur des soins de longue durée aux États-Unis, l'incidence des plaies de pression chez les résidents est moins élevée quand le roulement des IAA est inférieur à 25 pour cent¹⁷⁶.
- Une étude canadienne portant sur les pratiques de gestion des ressources humaines, la satisfaction professionnelle et la rétention des employés dans 283 établissements de SLD a permis de conclure que les établissements qui affichent les meilleures performances (53 sur 283) sont ceux où la communication est plus ouverte, qui ont des programmes d'équipe, qui valident le travail des employés et qui offrent un environnement de travail encadrant qui valorise la participation, l'autonomisation et la responsabilité des employés. La performance de ces établissements est supérieure aux chapitres du moral des employés, de la satisfaction des résidents, de l'efficacité d'exploitation et d'autres indicateurs de succès¹⁷⁷.
- Un sondage réalisé auprès de 255 préposés aux soins de 15 établissements de SLD du Massachusetts a révélé qu'en dehors du salaire, des avantages sociaux et des possibilités d'avancement, une bonne supervision (par des superviseurs respectueux qui font de la critique constructive et qui contribuent à la résolution des problèmes) est le facteur qui influence le plus le degré d'engagement des préposés et leur intention de rester en poste. Quand le degré d'engagement des préposés aux soins est plus élevé, les résidents sont plus satisfaits des soins qui leur sont dispensés¹⁷⁸.

La rémunération est un facteur clé lorsqu'il s'agit de roulement du personnel de SLD et, à ce chapitre, l'équité salariale servirait autant les intérêts du personnel que ceux des résidents.

L'annexe C présente d'autres preuves extraites des rapports d'études sur le roulement du personnel dans les établissements de SLD et sur l'impact des différentes pratiques de gestion et organisationnelles.

Il n'y a rien d'étonnant à ce que la rémunération soit un facteur clé lorsqu'il s'agit de roulement du personnel de SLD et, à ce chapitre, l'équité salariale servirait autant les intérêts du personnel que ceux des résidents. À profession équivalente, les salaires et les avantages sociaux des établissements de SLD sont inférieurs à ceux des hôpitaux dans la majorité des provinces¹⁷⁹. Voici un échantillon des résultats des recherches qui établissent une corrélation entre la rémunération, d'une part, et le recrutement et la rétention du personnel, d'autre part :

- Un récent sondage réalisé auprès des préposés aux soins permet d'observer que parmi ceux qui estiment probable de quitter leur emploi à l'intérieur d'un an, un répondant sur trois mentionne le salaire comme motif de départ¹⁸⁰.
- Une rare étude sur les effets des hausses salariales a révélé que le fait d'avoir presque doublé les salaires des préposés aux soins à domicile dans le comté de San Francisco, en Californie, a permis d'augmenter le taux de rétention de 39 à 74 pour cent en 52 mois¹⁸¹.
- La première étude nationale réalisée aux États-Unis sur les conditions de travail et la satisfaction professionnelle des préposés aux soins, soit un sondage réalisé auprès de 2 252 répondants, a révélé qu'une augmentation de 1 \$ du salaire horaire moyen (soit 9,7 pour cent) pourrait réduire de 7,8 pour cent la probabilité d'insatisfaction. Le congé de maladie rémunéré a aussi un impact majeur au niveau de la satisfaction professionnelle¹⁸².

Il est vrai que le personnel de SLD en tant que groupe gagne moins que le personnel hospitalier, mais c'est bien pire lorsque l'emploi est à temps partiel, occasionnel ou temporaire. Ce

type de travail est plus répandu dans le secteur des SLD que dans d'autres secteurs¹⁸³ et bon nombre des employés concernés doivent cumuler plusieurs postes dans divers établissements de SLD pour réussir à avoir assez d'heures¹⁸⁴. Le travail à temps partiel et temporaire donne moins souvent accès à des assurances-santé complémentaires et à un fonds de pension. Ce moyen d'économiser incite les employeurs à multiplier les emplois précaires, ce qui contribue d'autant au stress des employés, au roulement du personnel et à la détérioration de la qualité.

À l'instar du risque de blessure au travail, l'inégalité de rémunération est un problème qu'il conviendrait d'éliminer de façon prioritaire. C'est une question de justice et d'équité. Cependant, comme notre étude est axée sur la qualité des soins en établissement, nous soulevons le problème de l'inégalité de rémunération pour démontrer que les intérêts de la main-d'œuvre et les intérêts des résidents sont étroitement liés.

Les établissements de soins de longue durée sont un milieu de travail dangereux et cette situation est principalement attribuable au manque de personnel.

Il faut que les gouvernements s'engagent financièrement à améliorer les salaires, les avantages sociaux et les conditions de travail du personnel de SLD, pour égaliser les conditions de rémunération à l'échelle du système de santé. Il faut que les conditions de rémunération des employés à temps partiel, occasionnels et temporaires soient ramenées au même niveau par heure travaillée que pour les employés réguliers à temps plein.

Il faut aussi étendre l'équité salariale aux travailleurs en soins à domicile, dont les conditions de travail dans la plupart des provinces sont bien pires en termes de rémunération et de droits collectifs. Dans la majorité des provinces, les travailleurs en soins à domicile ont de moins bonnes conditions de salaire et d'avantages sociaux, sont moins syndiqués et sont plus isolés que leurs collègues en établissement¹⁸⁵. Le secteur des soins à domicile est un secteur où la surreprésentation des populations racialisées et des femmes immigrantes est encore plus marquée que dans le secteur des SLD en établissement.

Réduire les blessures au travail

L'incidence des blessures au travail dans les établissements de soins de longue durée est un autre exemple du lien entre le niveau de dotation, les conditions de travail et la qualité des soins aux résidents. Les établissements de soins de longue durée sont un milieu de travail dangereux et cette situation est principalement attribuable au manque de personnel.

- Dans une étude réalisée en Colombie-Britannique, la proportion de résidents par employé (préposé/IAA) est substantiellement différente selon que l'incidence des blessures est élevée ou faible. Dans les établissements où l'incidence des blessures est élevée, cette proportion se situe en moyenne à 16 résidents par employé, comparativement à 12 dans les établissements où les blessures sont moins nombreuses (moyenne du quart de jour dans toutes les unités)¹⁸⁶.
- Des chercheurs américains qui ont étudié les données sur les blessures chez les employés de 1 076 établissements de SLD dans trois États ont démontré une corrélation significative entre le total des heures par journée-résident du personnel infirmier et préposé aux soins (IA, IAA et préposés aux soins) et l'incidence des blessures chez les employés. Chaque heure additionnelle de travail du personnel infirmier et préposé aux soins réduit l'incidence des blessures de près de 16 pour cent¹⁸⁷.

Il a aussi été prouvé que les pratiques de gestion et organisationnelles ont un rôle à jouer au niveau de l'incidence des blessures au travail. En Colombie-Britannique, des chercheurs ont démontré que contrairement au personnel des établissements où l'incidence des blessures est élevée, les employés des établissements où l'incidence des blessures est faible déclarent que les relations entre la direction et le personnel de première ligne sont davantage fondées sur le soutien et la confiance, d'où un meilleur partage de l'information, une plus grande efficacité à résoudre les problèmes, une meilleure diffusion des politiques, un meilleur encadrement et un meilleur suivi des préoccupations soulevées par le personnel¹⁸⁸.

Les programmes de prévention des blessures qui tiennent compte de ces conclusions et d'autres ont des résultats positifs. Une étude des « meilleures pratiques » a révélé qu'un programme de prévention des troubles musculo-squelettiques a influé à la baisse sur l'incidence des blessures chez le personnel infirmier à temps plein et à temps partiel, mais aussi sur les coûts de rémunération, le taux de perte de temps de travail pour blessure et l'incidence des agressions des résidents à l'endroit du personnel soignant dans six foyers de soins sur une période d'étude de six ans¹⁸⁹.

La privatisation des soins de longue durée en établissement, qui fait l'objet de notre quatrième partie, joue un rôle au chapitre de la santé et de la sécurité au travail. D'après un sondage réalisé en Ontario, les établissements à but lucratif sont particulièrement dangereux et déclarent un plus grand nombre d'incapacités de travailler en raison d'une blessure, un plus grand nombre de cas nécessitant une attention médicale et une plus grande crainte des répercussions sur l'emploi à la suite de la déclaration d'une blessure ou d'un accident lié au travail¹⁹⁰.

La plus importante des raisons qui justifient de prévenir les blessures au travail est la protection de la santé des travailleurs, mais la réduction des blessures a aussi son importance pour les résidents. Les blessures coûtent cher aux budgets déjà réduits des soins aux résidents. Elles entraînent des coûts de formation, d'embauche, d'agence de placement et d'indemnisation¹⁹¹, sans parler des pénalités imposées par les autorités réglementaires. Au-delà de l'aspect financier, le roulement du personnel résultant affecte aussi la qualité des soins et les résultats pour la santé des résidents, comme nous l'avons vu précédemment.

La plus importante des raisons qui justifient de prévenir les blessures au travail est la protection de la santé des travailleurs, mais la réduction des blessures a aussi son importance pour les résidents. Les blessures coûtent cher aux budgets déjà réduits des soins aux résidents. Le roulement du personnel résultant affecte aussi la qualité des soins et les résultats pour la santé des résidents, comme nous l'avons vu précédemment.

Éliminer la discrimination et garantir des soins culturellement appropriés

Pour qu'un climat de travail soit sain et empathique, il faut éliminer la discrimination et garantir des services culturellement compétents. En cette matière comme à d'autres niveaux, les intérêts des travailleurs et ceux des résidents sont inextricablement liés.

Les résidents et les travailleurs des établissements de soins de longue durée sont ethniquement plus diversifiés et ils sont plus susceptibles d'être racialisés qu'il y a 20 ans. Des démarches proactives sont nécessaires afin d'éliminer la discrimination et d'assurer des services culturellement compétents. Les immigrants d'après 1960 (issus d'un large éventail de pays et plus susceptibles d'être racialisés que les immigrants d'avant)¹⁹² arrivent à un âge avancé, à l'instar d'un nombre plus grand d'autochtones¹⁹³. Dans l'ensemble du Canada, les travailleurs racialisés sont surreprésentés dans la main-d'œuvre en soins de longue durée¹⁹⁴ et cette tendance est de plus en plus marquée, car les employeurs (surtout à but lucratif) recrutent de la main-d'œuvre étrangère dans des pays où la majorité de la population est racialisée¹⁹⁵. Les établissements de SLD, qui accueillaient jadis une clientèle d'héritage européen occidental, subissent

comme de raison des pressions accrues afin de se conformer culturellement à une population plus diversifiée. Il faut que le problème du racisme aussi soit abordé de façon plus efficace.

Le racisme a un impact indirect sur les résidents à cause de l'effet de domino qu'il a sur le personnel, le roulement et la continuité des soins. Les employés qui font l'objet d'un harcèlement racial prolongé souffrent de troubles psychophysiologiques divers, notamment d'ulcères, de dépression et d'insomnie¹⁹⁶. Même si les recherches sur le racisme en tant que problème de santé au travail sont déplorablement insuffisantes (et encore plus celles qui traitent spécifiquement du secteur de la santé), il est probable que le racisme ait des effets similaires à ceux des autres formes de harcèlement sur la satisfaction professionnelle et le roulement du personnel. Des entrevues réalisées auprès de 644 préposés aux soins directs de 46 établissements de soins prolongés de l'Ohio a révélé que le racisme perçu était un indicateur significatif pour l'évaluation de la satisfaction professionnelle¹⁹⁷. Nous l'avons vu précédemment, un faible taux de satisfaction professionnelle est associé à un roulement plus élevé du personnel et à une baisse de qualité des soins. Donc, sous l'effet d'un climat de travail empoisonné, les soins aux résidents se dégradent.

Les résidents sont aussi affectés directement par le racisme et par les problèmes de même famille entraînés par des politiques et pratiques culturellement inappropriées — à savoir, des politiques et pratiques qui « avilissent, rabaissent ou nient l'identité culturelle et le bien-être d'une personne¹⁹⁸ ». La compétence culturelle, par contraste, est une « série de comportements, d'attitudes et de politiques congruents, observée à l'échelle du système ou du groupe professionnel, qui permet un travail efficace en présence de cultures différentes¹⁹⁹ ». Confronter le racisme et assurer des soins culturellement appropriés et compétents passe par une stratégie globale qui inclut un niveau de dotation approprié, des programmes d'instruction et de formation efficaces, une gouvernance démocratique, des services adaptés aux besoins culturels des résidents et des politiques et pratiques qui empêchent l'oppression.

L'élimination de la discrimination et la dispensation de soins culturellement appropriés sont aussi des préoccupations pour les travailleurs et les résidents qui sont issus du groupe des lesbiennes, gais, bisexuels, transgenres (LGBT) et de leurs alliés. Comme les autres formes d'oppression, l'hétérosexisme et l'homophobie affectent les résidents à la fois de façon directe²⁰¹ (à titre de résidents LGBT) et indirecte (suivant l'effet qu'un climat de travail empoisonné peut avoir sur la qualité des soins). Les solutions doivent viser une pleine protection des droits des employés et des résidents, ainsi que la dispensation de services qui respectent la diversité des expériences et des réalités des résidents.

Instruction et formation

SOLUTION : Soutenir la formation et le perfectionnement professionnel des travailleurs des établissements de soins de longue durée, dans un premier temps en établissant des normes provinciales applicables aux programmes de formation des préposés aux bénéficiaires et en augmentant les ressources consacrées à la formation professionnelle continue de l'ensemble du personnel.

Confronter le racisme et assurer des soins culturellement appropriés et compétents passe par une stratégie globale qui inclut un niveau de dotation approprié, des programmes d'instruction et de formation efficaces, une gouvernance démocratique, des services adaptés aux besoins culturels des résidents et des politiques et pratiques qui empêchent l'oppression.

L'instruction/formation du personnel a des impacts mesurables sur la qualité des soins aux résidents et elle mérite qu'on lui consacre de l'attention d'un bout à l'autre du Canada. Comme pour les autres relations de cause à effet identifiées dans ces pages, les liens entre l'instruction/formation et la qualité des soins sont à la fois directs et indirects. Un programme de formation qui vise à préparer adéquatement le personnel soignant à bien hydrater et nourrir les résidents est un exemple de lien direct. Un lien indirect pourrait être, par exemple, l'effet positif de la formation sur le recrutement et la rétention et, donc, sur la dotation et les soins. Voici d'autres exemples :

- Une étude triennale sur les initiatives d'amélioration de la qualité dans un établissement de SLD de Pennsylvanie a démontré que l'amélioration des capacités du personnel par le biais de la formation, combinée à une rétroaction en temps réel, fait diminuer de façon significative l'incidence des nouvelles plaies de pression²⁰².
- Une revue de la littérature sur l'impact de la formation sur le recrutement et la rétention du personnel a révélé qu'une formation additionnelle aide les employeurs à attirer et, surtout, à retenir les préposés aux soins²⁰³.
- La formation a été identifiée comme stratégie pour réduire l'incidence de l'épuisement professionnel chez les membres du personnel soignant affectés à des résidents atteints de démence²⁰⁴. Dans un sondage réalisé auprès de 110 employés de soins directs dans sept établissements de SLD de la Saskatchewan, la moitié des répondants ont estimé ne pas avoir été adéquatement préparés à prendre soin de résidents atteints de démence. Les participants au groupe de discussion organisé dans le cadre du même sondage ont déclaré que la formation aurait amélioré leur confiance en soi face aux comportements difficiles²⁰⁵.

Le syndicat national du SCFP recommande que les gouvernements provinciaux établissent des normes applicables aux programmes de formation des préposés aux bénéficiaires. C'est ce que la Colombie-Britannique a fait en établissant des normes provinciales (sur le contenu et la durée de la formation, d'autres normes étant en cours de discussion) et un processus d'approbation des documents de cours des programmes destinés au personnel préposé aux soins (soutien à domicile ou aux résidents).

Il est particulièrement urgent d'adopter des normes dans les provinces où les programmes de formation qui s'adressent au personnel de la santé sont dispensés par des organismes autant publics que privés²⁰⁶. Un projet récent en Colombie-Britannique a permis de faire la lumière sur des faits inquiétants : certains organismes privés offrent des programmes trop courts, ont pour politique d'accorder la note de passage à tout le monde, diplôment des étudiants qui n'ont qu'une connaissance parcellaire de la langue anglaise et utilisent des instructeurs qui ne sont pas vraiment qualifiés²⁰⁷. Un comité consultatif incluant des représentants des régies de la santé, des employeurs et des syndicats²⁰⁸ s'est associé avec des éducateurs afin d'élaborer la « liste des compétences des préposés aux soins » et d'établir un nouveau cursus provincial et des normes pour encadrer les programmes de formation des préposés aux soins/en santé communautaire (PS/SC)²⁰⁹. Le comité consultatif est présentement en train de mettre au point un mécanisme qui assurera des normes de formation communes pour les diplômés des programmes de formation des PS/SC, qu'ils se donnent en établissement public ou privé.

Ceux qui travaillent déjà dans le domaine devraient avoir l'opportunité de mettre leurs connaissances et compétences à niveau tout en étant maintenus aux mêmes conditions (avec

Le syndicat national du SCFP recommande que les gouvernements provinciaux établissent des normes applicables aux programmes de formation des préposés aux bénéficiaires. Ceux qui travaillent déjà dans le domaine devraient avoir l'opportunité de mettre leurs connaissances et compétences à niveau tout en étant maintenus aux mêmes conditions (avec protection salariale).

protection salariale). La mise à niveau devrait être entièrement financée, se faire en milieu de travail le cas échéant et incorporer la reconnaissance des acquis.

Les crédits pour les compétences acquises hors du système formel d'éducation devraient s'inscrire dans le cadre d'une évaluation des qualifications dans toutes les classifications professionnelles plutôt que seulement chez les préposés aux bénéficiaires, et les obstacles financiers aux études dans le cadre du programme officiel devraient être réduits à l'échelle du système. Les normes applicables aux cours de niveau d'entrée et les frais de scolarité élevés créent des obstacles intimidants pour les employés en devenir et ils aggravent de ce fait une pénurie déjà marquée de main-d'œuvre. Le prérequis du nouveau cours sur les services alimentaires en Ontario n'est qu'un exemple à cet égard.

La formation continue est tout aussi importante et, là encore, dans toutes les professions. Comme nous l'avons vu précédemment, le niveau et la complexité des besoins de soins des résidents vont en augmentant. Le personnel est de plus en plus censé prendre soin de personnes de santé très fragile, atteintes de problèmes de santé physique et émotionnelle complexes, rendues à la dernière étape de leur vie. Quand le contenu du cours PS/SC a été élaboré en Colombie-Britannique, le comité consultatif a recommandé un nouveau programme de certificat postsecondaire en santé mentale et soins palliatifs. Par exemple, le personnel de nettoyage et de blanchisserie doit constamment se mettre à niveau pour connaître les nouvelles techniques et les nouveaux produits destinés à enrayer la propagation des infections associées aux soins de santé. Les programmes de mobilité verticale, par exemple de la profession de préposé à celle d'infirmier, et la reconnaissance des crédits acquis à l'étranger devraient aussi être appuyés.

Une dotation adéquate des établissements de SLD—avec le bon nombre d'employés, dans le bon nombre de professions, bénéficiant d'une formation adéquate et évoluant dans un climat de travail propice avec une rémunération équitable—est nécessaire à la qualité des soins aux résidents.

Pour élaborer et dispenser ces programmes d'instruction et de formation, il faut un financement spécifique additionnel. Le coût des frais de scolarité et du temps de travail perdu est un obstacle majeur à l'acquisition de nouvelles compétences et la probabilité que les étudiants récupèrent leurs frais est limitée compte tenu de la faiblesse des salaires et avantages sociaux dans ce secteur.

Le secteur de la santé est aux prises avec une pénurie chronique de personnel, en particulier dans le domaine des soins de longue durée. L'accès à l'instruction et à la formation avec un soutien financier pourrait être un outil de recrutement efficace pour commencer à régler cette pénurie.

Conclusion

Nous avons vu dans cette partie du rapport que les meilleures conditions de travail pour le personnel se traduisent par de meilleures conditions de soins pour les résidents. Une dotation adéquate des établissements de SLD—avec le bon nombre d'employés, dans le bon nombre de professions, bénéficiant d'une formation adéquate et évoluant dans un climat de travail propice avec une rémunération équitable—est nécessaire à la qualité des soins aux résidents. La prochaine partie porte sur le lien entre la qualité des soins et l'absence de quête de profit dans la dispensation de ces soins, une autre préoccupation que partagent les travailleurs et les résidents.

Administration et prestation sans but lucratif

Introduction et résumé

Au même titre que les problèmes de dotation, qui ont des effets multiples et marqués sur la santé et le bien-être des travailleurs et des résidents, la privatisation des soins de longue durée en établissement pose un problème qui comporte plusieurs dimensions. Sauf pour quelques rares exceptions, la privatisation des infrastructures, de l'administration et de la prestation des SLD en établissement augmente à un rythme grandissant à travers le Canada. Les preuves sont nombreuses à démontrer qu'une administration à but lucratif se traduit par une baisse du nombre d'employés, un appauvrissement de la qualité des soins et une augmentation des coûts pour les résidents. Les preuves abondent également pour démontrer que la sous-traitance sape les conditions de travail et la qualité des soins. Les résidences-services et autres modèles déréglementés représentent une nouvelle forme de privatisation dont les résultats sont, à ce jour, pour le moins inquiétants. À l'échelle de l'industrie, la privatisation est risquée car elle affaiblit les options de politique publique et rend les établissements de SLD encore moins transparents et responsables envers leurs résidents et le public.

SOLUTION : Établir un mode d'administration et d'exploitation sans but lucratif pour les établissements de soins de longue durée.

Afin de mettre en place cette solution, les gouvernements doivent prendre les mesures suivantes :

- Éliminer progressivement le financement aux administrations à but lucratif : les approbations visant de nouveaux établissements devraient être réservées aux administrations sans but lucratif uniquement. Lorsqu'un établissement à but lucratif profitant d'un financement public est mis en vente, le gouvernement responsable devrait le racheter à sa valeur marchande et le convertir en établissement public sans but lucratif. La sécurité d'emploi, l'ancienneté et les conventions collectives des employés devraient être entièrement protégées au cours de ce processus.

Sauf pour quelques rares exceptions, la privatisation des infrastructures, de l'administration et de la prestation des SLD en établissement augmente à un rythme grandissant à travers le Canada. Les preuves sont nombreuses à démontrer qu'une administration à but lucratif se traduit par une baisse du nombre d'employés, un appauvrissement de la qualité des soins et une augmentation des coûts pour les résidents.

- Déclarer un moratoire sur la conversion des établissements de soins de longue durée en résidences-services et mettre un terme à l'utilisation des résidences-services en tant que solution de substitution aux soins de longue durée en établissement.
- Arrêter la sous-traitance et accorder des droits de succession aux travailleurs des établissements de SLD.
- Exiger des opérateurs d'établissements à but lucratif qu'ils suivent les mêmes normes réglementaires que les établissements sans but lucratif. Tant et aussi longtemps que les établissements à but lucratif n'auront pas tous été éliminés du domaine des soins de longue durée, les lois devraient être modifiées afin d'assujettir les établissements à but lucratif aux mêmes normes et obligations de divulgation que les établissements sans but lucratif. Par exemple, la *Loi sur la divulgation des traitements dans le secteur public* de l'Ontario—la loi qui exige la divulgation des salaires des employés gagnant plus de 100 000 \$—ne s'applique pas aux établissements à but lucratif ni à leurs corporations mères. Ainsi, le grand public n'a pas connaissance des à-côtés que certains empochent dans le secteur privé.

Place du public et du privé dans les établissements de SLD : La quête de profits est très présente et ne cesse de croître

Le domaine des soins de longue durée en établissement au Canada est un mélange d'administrations à but lucratif et sans but lucratif dont la proportion varie grandement d'une province à l'autre.

Au Canada, l'administration d'un établissement de soins de longue durée peut être à but lucratif ou sans but lucratif. Deux catégories d'établissements peuvent être sans but lucratif : ceux qui appartiennent au gouvernement fédéral, provincial ou municipal et ceux qui appartiennent à des organisations bénévoles laïques ou religieuses comme les Lions Clubs et divers ordres religieux. (Parfois, les établissements de la première catégorie sont dits « publics » et ceux de la deuxième sont appelés « sans but lucratif » ou « bénévoles ».) Les établissements à but lucratif appartiennent à une société, un organisme privé ou un particulier et ils sont exploités dans le but d'en dégager un profit.

Le domaine des soins de longue durée en établissement au Canada est un mélange d'administrations à but lucratif et sans but lucratif dont la proportion varie grandement d'une province à l'autre. À une extrémité, il y a l'Ontario, qui a la plus forte concentration de lits de SLD à but lucratif (voir le tableau 8 à la page 59), et à l'autre extrémité, il y a Terre-Neuve-et-Labrador, seule province à l'heure actuelle à n'avoir aucun établissement de SLD à but lucratif financé par le gouvernement. Rappelons qu'aux fins de la présente étude, les lits de SLD n'incluent que les lits qui bénéficient d'un financement public. Des milliers de lits de SLD financés par le privé échappent à la portée de notre étude; en fait, il n'existe même pas de données pancanadiennes sur le nombre ou la répartition des lits financés par le privé au Canada.

Le ratio des lits à but lucratif par rapport aux lits sans but lucratif a augmenté au fil des années dans la plupart des provinces et tout indique que cette tendance se maintient. En Colombie-Britannique, de 2000 à 2008, le nombre de lits à but lucratif a augmenté de 22 pour cent, alors que le nombre de lits sans but lucratif a diminué de 12 pour cent²¹⁰. En Alberta, de 2000 à 2007, les lits à but lucratif ont augmenté de 6 pour cent par rapport au total de lits²¹¹. En Ontario, près des deux tiers des lits de soins de longue durée qui ont été créés depuis 1998 l'ont été dans des entreprises à but lucratif²¹². Le Nouveau-Brunswick vient d'entrer dans la

dance de la privatisation des SLD, après avoir confié l’an dernier les contrats de trois nouveaux établissements de SLD à Shannex, une chaîne à but lucratif dont le siège social est en Nouvelle-Écosse. L’Île-du-Prince-Édouard, l’une des rares provinces à ne pas faire appel au secteur privé pour ses rénovations et le remplacement de ses lits, a décidé l’année dernière de redévelopper ses établissements publics de SLD (appelés « manoirs ») en utilisant la formule du financement conventionnel plutôt que celle des partenariats public-privé.

Les gouvernements utilisent différentes stratégies afin de privatiser la prestation des soins de longue durée. Le gouvernement de la Colombie-Britannique a commencé à la fin des années 1990 à éliminer les subventions directes au profit d’un financement privé et, depuis 2001, il utilise un processus de demande de propositions (DDP) afin d’approuver les nouveaux établissements de soins qui bénéficieront d’un financement public. Seules certaines grandes organisations, en particulier les chaînes corporatives, possèdent les infrastructures nécessaires afin de pouvoir participer au processus de DDP. Les sociétés sans but lucratif ont de plus perdu tout soutien technique de la part du gouvernement au niveau de la conception et de la construction de nouveaux établissements²¹³.

L’Ontario utilise aussi le processus de DDP et finance le développement du secteur des SLD selon la formule de l’allocation financière journalière. Les établissements de SLD à but lucratif en Ontario ont toujours eu la possibilité d’acheter et de revendre des « lits agréés » comme si c’étaient des marchandises sur le marché libre, mais le financement pour le développement des immobilisations est en passe de porter la commercialisation des soins aux personnes âgées à un tout autre niveau. En accord avec le mécanisme de financement des nouveaux lits créé en 1997, les établissements à but lucratif reçoivent une allocation journalière sur 20 ans pour financer la construction et les dépenses en équipement. Cette allocation journalière,

Le ratio des lits à but lucratif par rapport aux lits sans but lucratif a augmenté au fil des années dans la plupart des provinces et tout indique que cette tendance se maintient. Les gouvernements utilisent différentes stratégies afin de privatiser la prestation des soins de longue durée.

Tableau 8 : Lits de SLD (bénéficiant d’un financement public), selon la province et le type d’administration d’établissement, 2008					
	Sans but lucratif	À but lucratif	Total des lits	% sans but lucratif	% à but lucratif
Colombie-Britannique	17 028	7 588	24 616	69 %	31 %
Alberta	10 230	4 424	14 654	70 %	30 %
Saskatchewan	8 273	671	8 944	92 %	8 %
Manitoba	7 280	2 553	9 833	74 %	26 %
Ontario	35 748	40 210	75 958	47 %	53 %
Québec	35 638	10 453	46 091	77 %	23 %
Nouveau-Brunswick ^a	4 175	216	4 391	95 %	5 %
Terre-Neuve-et-Labrador	2 747	0	2 747	100 %	0 %
Nouvelle-Écosse ^b	4 190	1 796	5 986	70 %	30 %
Île-du-Prince-Édouard	578	400	978	59 %	41 %
Canada	125 887	68 311	194 178	65 %	35 %
Remarques : ^a Le nombre de lits à but lucratif représente une projection pour 2010. ^b Estimations.					
Source : Voir l’annexe B.					

qui était à l'origine de 10,35 \$ par lit, se situe désormais dans la fourchette des 13,30 \$ à 15,80 \$, selon l'envergure et d'autres caractéristiques du projet. Mais après avoir payé jusqu'à 75 000 \$ et plus par lit, le public n'aura pas la moindre participation dans ces établissements à but lucratif; qui deviendront l'unique propriété du secteur privé, de plus en plus représenté par des multinationales²¹⁴. En d'autres mots, le public va payer pour que des corporations à but lucratif ouvrent des lits qui seront administrés pendant 20 ans d'une manière à dégager des profits, après quoi ces corporations à but lucratif deviendront propriétaires des lits et le public n'en possédera pas la moindre partie, même s'il les a payés.

Au Nouveau-Brunswick, le gouvernement a signé un contrat avec Shannex afin que cette dernière construise trois nouveaux établissements, sans appel d'offres et sans même passer par un processus de DDP. Ce contrat est présentement sous enquête du vérificateur général et il sert de munition au protecteur du citoyen dans sa campagne pour donner des pouvoirs de surveillance aux résidences pour personnes âgées et à leurs résidents²¹⁵.

Au Québec, le gouvernement ferme des lits dans les établissements publics et il investit dans des établissements à but lucratif—autant dans des établissements de SLD construits dans le cadre de partenariats public-privé (PPP) que dans des établissements moins réglementés²¹⁶. Le gouvernement a coupé 7 632 lits dans le système public (une perte de 14 pour cent) sur 15 ans²¹⁷ et il s'adonne maintenant au financement des travaux de rénovation et de la construction d'établissements de SLD en partenariats public-privé, sur la base d'ententes de 25 ans qui prévoient la sous-traitance des services. À la différence des PPP habituels, où le secteur public finit par devenir propriétaire des infrastructures, ces établissements de SLD (immeubles, fournitures et équipements) deviendront la propriété du secteur privé au terme du contrat. Un autre aspect de la privatisation des SLD, au Québec comme ailleurs, est un resserrement des critères d'admissibilité aux places en établissements de SLD; les personnes qui exigent moins de soins (dans ce cas-ci, de 3,5 à 4 hpjr) sont désormais placées dans des établissements privés moins réglementés et moins bien financés.

L'Alberta, pionnière de la privatisation des SLD, ferme des établissements de SLD depuis plusieurs années tandis que les résidences-services se multiplient²¹⁸. Depuis peu, le gouvernement convertit des établissements de SLD en résidences-services, mais la clientèle reste la même²¹⁹.

Le remplacement des lits de SLD par des résidences-services, des foyers privés et d'autres modèles de soins de longue durée déréglementés et dépourvus de financement est une pratique qui a cours à travers le pays. Dans les trois années qui ont suivi la décision du gouvernement de la Saskatchewan en 1996 de quadrupler le maximum de lits (qui est passé de 10 à 40 lits), le nombre de résidences de soins personnels (majoritairement à but lucratif) s'est accru de 28 pour cent²²⁰. Quand le maximum de lits a été complètement éliminé en 2002, les grands établissements à but lucratif ont fait leur apparition²²¹. Le Nouveau-Brunswick a de plus en plus d'établissements de soins spéciaux desservant les gens âgés et déjà, en 2005, le phénomène avait incité le vérificateur général à réclamer que ce secteur soit assujéti à un système de permis²²².

Dans le domaine des soins de longue durée, toutes les formes de privatisation sont autant de subventions qui permettent de faire des profits, à partir des octrois publics qui servent aux acquisitions d'immobilisations et aux prises de profits du secteur privé, jusqu'aux coûts additionnels que les établissements hospitaliers sont obligés d'assumer quand les résidents doivent être soignés pour des problèmes de santé qui auraient pu être évités. Même si, dans

Les nouvelles formes de privatisation sont autant de subventions qui permettent de faire des profits : octrois publics servant à l'achat d'immobilisations et à la prise de profits, coûts additionnels imposés aux hôpitaux pour des problèmes de santé qui auraient pu être évités.

ce document, nous nous penchons spécifiquement sur les impacts de la privatisation sur les résidents et sur les travailleurs, rien n'empêche de garder à l'esprit l'ensemble des coûts sociaux que cette pratique occasionne.

Administration à but lucratif : synonyme de qualité de soins diminuée

Les préoccupations relatives à la qualité des soins dans les établissements de soins de longue durée ont donné lieu à une multiplication des études sur les facteurs qui ont un impact sur la qualité, incluant le type d'administration. Plusieurs de ces études ont établi que les administrations à but lucratif sont associées à une qualité diminuée des services et à de moins bons résultats pour la santé des résidents, notamment à un risque accru d'hospitalisation²²³. Le taux d'hospitalisation est un important étalon de mesure de la qualité; les personnes âgées hospitalisées développent souvent des complications iatrogènes (à la suite de traitements ou conseils médicaux) et des infections nosocomiales (contractées à l'hôpital), ce qui fait qu'à leur retour en établissement, elles sont encore plus atteintes fonctionnellement et cognitivement²²⁴.

- Une étude sur quatre ans de la performance des administrations de soins de longue durée du Manitoba (sur l'ensemble des lits de soins en établissement et les 15 501 résidents) a conclu que chez les résidents des établissements à but lucratif, comparativement aux résidents d'établissements sans but lucratif, le risque rajusté d'hospitalisation pour déshydratation, pneumonie, chute et fracture est significativement plus élevé²²⁵.
- Une étude réalisée de 1996 à 2000 dans les établissements de SLD de la Colombie-Britannique a montré que, comparativement aux établissements sans but lucratif, les établissements à but lucratif affichent un taux considérablement plus élevé d'hospitalisation pour anémie (18 pour cent de plus), pneumonie (9 pour cent de plus) et déshydratation (24 pour cent de plus)²²⁶. Les établissements sans but lucratif rattachés à des hôpitaux affichent pour leur part un taux rajusté d'hospitalisation beaucoup moins élevé à ces chapitres, probablement parce qu'ils ont plus facilement accès aux services de diagnostic, aux médecins et infirmières et aux autres services spécialisés²²⁷.
- Une revue systématique et méta-analyse des études par observation et par essais contrôlés au hasard sur une période de 40 ans, publiées dans le *British Medical Journal* en août 2009, a démontré une tendance à l'amélioration de la qualité des soins dans les établissements sans but lucratif, comparativement aux établissements à but lucratif. Dans 40 des 82 études de haut niveau, les administrations sans but lucratif ont obtenu une meilleure note pour tous les indicateurs statistiquement significatifs de qualité, alors que les établissements à but lucratif n'ont atteint ce niveau que dans trois études. En se basant sur ces conclusions, les chercheurs ont évalué que 600 des 7 000 cas de plaies de pression chez les résidents canadiens des établissements de SLD sont attribuables au fait que leur établissement de résidence est à but lucratif et que les résidents des établissements canadiens de SLD recevraient en gros 42 000 heures de plus de soins par jour si tous les établissements de soins de longue durée étaient sans but lucratif²²⁸.

Plusieurs études ont établi que les administrations à but lucratif sont associées à une qualité diminuée des services et à de moins bons résultats pour la santé des résidents, notamment à un risque accru d'hospitalisation.

D'après une étude nationale menée aux États-Unis, les résidents d'établissements à but lucratif risquent deux fois plus d'être hospitalisés pour pneumonie soupçonnée que ceux d'établissements sans but lucratif.

- Une étude nationale menée auprès de 815 établissements de SLD aux États-Unis a démontré que le taux d'hospitalisation des résidents pour pneumonie soupçonnée varie considérablement selon le type d'administration : les résidents d'établissements à but lucratif sont deux fois plus susceptibles d'être hospitalisés pour pneumonie soupçonnée que ceux d'établissements sans but lucratif (29 pour cent contre 15 pour cent)²²⁹.
- Une étude de l'incidence des hospitalisations menée auprès des résidents de 527 établissements du Massachusetts²³⁰ a établi que :
 - les résidents d'établissements de SLD sans but lucratif courent 9 pour cent de moins de risques d'être hospitalisés que ceux d'établissements à but lucratif;
 - les résidents des établissements exploités par une société de gestion ou une chaîne ont 7 pour cent de plus de risques d'être hospitalisés que ceux des établissements à gestion indépendante.
- Dans le cadre d'une étude innovatrice qui a analysé des données sur 14 423 établissements à la grandeur des États-Unis pour évaluer les effets liés à la durée, à l'endroit et au type d'établissement de soins, les chercheurs ont conclu que les établissements à but lucratif dispensent des soins de qualité significativement inférieure comparativement aux établissements sans but lucratif. Cette étude a aussi démontré que les établissements administrés par le gouvernement, comparativement aux autres, tendent à assumer le rôle traditionnel de filet de sécurité en offrant un meilleur accès aux personnes à faible revenu (prestataires du régime Medicaid)²³¹.
- Une analyse des données gouvernementales couvrant 15 000 foyers de soins des États-Unis révèle que dans 1 200 des établissements acquis par d'importants groupes financiers privés de 2000 à 2006, les résidents en moyenne s'en sont beaucoup moins bien sortis que ceux des autres foyers au chapitre des problèmes de santé comme la dépression, la perte de mobilité et la perte de l'habileté à s'habiller et à faire sa toilette²³².
- Dans une étude longitudinale (de 1991 à 1999) utilisant des données d'environ 96 pour cent de l'ensemble des foyers de soins des États-Unis, il s'avère que les établissements sans but lucratif sont associés de façon significative à une qualité de soins supérieure et constante (mesurée d'après l'incidence des plaies de pression et la fréquence de l'utilisation de contentions physiques, de sondes d'alimentation et de cathéters) lorsque comparés aux établissements à but lucratif²³³.
- En se basant sur des données récoltées auprès de 2 230 résidents de foyers de soins des États-Unis, des chercheurs ont conclu que les résidents payants des établissements sans but lucratif ont 6,2 pour cent moins de risques de décéder et 6,3 pour cent moins de risque de contracter une infection que les résidents payants des établissements à but lucratif²³⁴.

En plus des études qui se penchent spécifiquement sur le rôle du type d'administration en rapport avec la qualité, une solide preuve se dégage des données issues des rapports de plainte et d'inspection. Aux États-Unis, où tous les établissements de SLD sont inspectés sur une base annuelle, des chercheurs ont démontré que les établissements à but lucratif contreviennent davantage aux normes de soins. Ces contraventions, également appelées déficiences, révèlent l'incapacité de satisfaire aux exigences de financement des régimes Medicare et Medicaid (en lien avec les soins, le personnel, l'exploitation, l'administration et l'installation physique)²³⁵.

- Des chercheurs américains ont examiné les rapports des inspections effectuées par les divers États en 1998 dans 13 693 établissements de SLD. Il en ressort que :
 - les établissements à but lucratif affichent en moyenne de 46,5 pour cent de plus de déficiences que les établissements sans but lucratif et 43 pour cent de plus de déficiences que les établissements gouvernementaux²³⁶;
 - les déficiences graves (le quart du total) dans les établissements à but lucratif se produisent à une fréquence de 40,5 pour cent plus élevée que dans les établissements sans but lucratif et 35,8 pour cent plus élevée que dans les établissements gouvernementaux²³⁷.
- Une étude portant sur 1 098 établissements de SLD en Californie a démontré que les établissements à but lucratif accumulent un total de déficiences et de déficiences graves significativement plus élevé que les établissements sans but lucratif²³⁸.
- Une étude nationale portant sur 4 830 établissements de SLD des États-Unis a démontré que les établissements privatisés (que les gouvernements de comtés ont vendus à des sociétés à but lucratif) affichent 46 pour cent de plus d'infractions à la réglementation au chapitre de la « qualité totale », ainsi qu'un nombre supérieur de déficiences liées à la qualité de vie que les établissements non privatisés²³⁹.
- Une étude récente a établi que l'incidence des déficiences graves touchant la santé dans les établissements qui appartiennent à de grandes sociétés d'investissement est de 19 pour cent supérieure à la moyenne nationale²⁴⁰.
- Une étude portant sur le type d'administration et la qualité menée auprès de 105 établissements du Minnesota a révélé que les établissements sans but lucratif et les établissements gouvernementaux dispensent des soins de meilleure qualité que les établissements à but lucratif. Le taux de satisfaction des résidents est aussi plus élevé, tant en ce qui concerne la relation avec le personnel soignant qu'en général²⁴¹.
- Des données provenant de 38 études menées sur la relation entre le type d'administration et la qualité des soins en établissement en Amérique du Nord a démontré que le personnel est moins nombreux, le roulement plus élevé, et les déficiences de qualité plus nombreuses dans les établissements à but lucratif²⁴².
- Dans le cadre d'une étude sur cinq ans portant sur 302 351 plaintes déposées contre des foyers de soins, les chercheurs américains ont établi que les administrations à but lucratif sont presque deux fois plus susceptibles (1,88) de recevoir des plaintes au cours d'une année donnée que les établissements sans but lucratif, tandis que les établissements des chaînes sont 1,48 fois plus susceptibles de recevoir des plaintes que les établissements qui ne font pas partie d'une chaîne²⁴³.

Une étude des plaintes sur la délivrance des permis en Colombie-Britannique révèle qu'il y a plus de plaintes fondées dans les établissements à but lucratif que sans but lucratif.

Bien que les études utilisent pour la plupart des données qui proviennent de rapports d'inspection et de plainte des États-Unis, des enquêtes similaires commencent à se faire au Canada et ailleurs. Un récent projet pilote d'étude des plaintes relatives à la délivrance des permis dans une région de la Colombie-Britannique sur une période de cinq ans (de 2003 à 2008) a mis au jour un nombre significativement plus élevé de plaintes fondées dans les établissements à but lucratif que dans les établissements sans but lucratif²⁴⁴. Un examen des rapports des inspections gouvernementales couvrant les trois quarts des établissements de SLD en Israël a révélé qu'en moyenne, le niveau de dotation et la qualité des soins sont supérieurs dans les 48 établissements sans but lucratif comparativement aux 79 établissements à but lucratif²⁴⁵.

Administration à but lucratif : synonyme de dotation en personnel inférieure

C'est le niveau de dotation inférieur qui est la principale cause de la qualité de soins inférieure dans les établissements à but lucratif. Des chercheurs du Canada et des États-Unis ont documenté les niveaux de dotation, qui sont en moyenne inférieurs des établissements de SLD à but lucratif comparativement aux établissements sans but lucratif²⁴⁶.

- En Ontario, les établissements de SLD à but lucratif offrent un personnel infirmier et soignant en nombre nettement inférieur aux établissements sans but lucratif (publics ou propriétés d'organisations laïques ou religieuses)²⁴⁷.
- Des chercheurs en Colombie-Britannique ont également établi que le niveau de dotation des établissements à but lucratif est considérablement inférieur à celui des établissements sans but lucratif, en dépit du fait que les deux types d'établissements profitent du même système de financement gouvernemental²⁴⁸.
 - Si l'on prend en considération tous les établissements en rajustant les données d'après le niveau de soins, les établissements sans but lucratif dispensent 0,34 hpjr de plus de soins directs (IA, IAA, préposés) et 0,23 hpjr de plus de services de soutien (alimentaires, entretien ménager, blanchisserie et autres). Autrement dit, les résidents des établissements sans but lucratif obtiennent 0,57 heure de plus de main-d'œuvre par jour que ceux d'établissements à but lucratif similaires. Pour les différentes catégories d'établissements, l'avantage en personnel des établissements sans but lucratif comparativement aux établissements à but lucratif est le plus grand (0,91 hpjr) dans les établissements de soins intermédiaires/prolongés.
 - Cette tendance vaut aussi en ce qui concerne les services liés aux activités et loisirs. Les établissements de soins intermédiaires sans but lucratif affectent 33 pour cent de plus de personnel aux activités et loisirs (0,21 hpjr contre 0,14 hpjr), tandis que les établissements à niveaux multiples de soins sans but lucratif y affectent 65 pour cent de plus de personnel (0,31 hpjr contre 0,11 hpjr)²⁴⁹.
- L'étude mentionnée plus haut qui porte sur 1 098 foyers de soins de la Californie révèle que le nombre moyen d'hpjr dans les établissements à but lucratif s'établit à 3,11, comparativement à 3,91 dans les établissements sans but lucratif²⁵⁰.
- En 2001, des chercheurs américains sont arrivés à la conclusion que le personnel IA et IAA des établissements à but lucratif est 31,7 pour cent inférieur, et le personnel préposé 11,9 pour cent inférieur, comparativement aux établissements à but lucratif²⁵¹.
- Une analyse réalisée en 2007 à partir des données portant sur les foyers de soins des États-Unis a conclu que le total des heures du personnel infirmier et soignant (IA, IAA et préposés) se situe à 3,54 hpjr, soit 15 pour cent de moins que dans les établissements de SLD publics (4,15 hpjr) et 14 pour cent de moins que dans les autres établissements de SLD sans but lucratif (4,13 hpjr)²⁵².

C'est le niveau de dotation inférieur qui est la principale cause de la qualité de soins inférieure dans les établissements à but lucratif. Des chercheurs du Canada et des États-Unis ont documenté les niveaux de dotation, qui sont en moyenne inférieurs des établissements de SLD à but lucratif comparativement aux établissements sans but lucratif.

En règle générale, les chaînes d'établissements de SLD à but lucratif affichent la pire performance. Les chaînes à but lucratif ont en moyenne moins de personnel que les établissements indépendants à but lucratif et les chaînes sans but lucratif²⁵³. En 2006, les chaînes d'établissements de SLD à but lucratif avaient en moyenne 3,77 hpjr de personnel infirmier et soignant, comparativement à 3,85 hpjr pour les établissements indépendants à but lucratif et 4,8 hpjr pour les établissements sans but lucratif²⁵⁴.

Alors, comment les foyers de soins à but lucratif réussissent-ils à rester en affaires avec une aussi piètre performance au niveau de la dotation et de la qualité des soins? Principalement parce que les gouvernements continuent de les subventionner, bien souvent en sachant pertinemment quelles en seront les conséquences. Au milieu des années 1960, face aux pressions des opérateurs d'établissements à but lucratif, le ministre de la Santé de l'Ontario avait candidement déclaré à son Cabinet :

J'ai appris, à mon grand désarroi, qu'ils ne se préoccupent que d'une seule chose : faire autant d'argent que possible en donnant le moins possible aux patients en échange. Plus vite cette situation sera publiquement dénoncée, plus vite nous pourrons offrir des soins de qualité à ce segment de la population²⁵⁵.

Malgré cet aveu, les gouvernements successifs de l'Ontario ont continué de subventionner les établissements à but lucratif et l'actuel gouvernement, à l'instar de la majorité des autres gouvernements canadiens, a même élargi leur rôle.

La faillite en 2003 du groupe Royal Crest, une chaîne de 17 foyers de soins et de centres d'accueil de l'Ontario, est un cas parmi plusieurs d'aveuglement volontaire du gouvernement. Quand les créanciers de Royal Crest ont mis les établissements de la chaîne sous séquestre, des preuves d'abus flagrants des fonds publics et de négligence face aux résidents ont été révélés au grand jour. Les représentants ministériels qui ont approuvé l'achat de ces établissements et le renouvellement annuel de leurs permis ont failli à leur obligation de s'assurer que ces établissements étaient administrés convenablement²⁵⁶.

Parce que les consommateurs ne disposent que d'informations incomplètes sur les établissements de SLD²⁵⁷, parce que leur état physique et cognitif les vulnérabilise, et parce qu'il existe un besoin urgent de services et que les alternatives sont inexistantes, rares sont les résidents qui quittent²⁵⁸ ou qui formulent des plaintes²⁵⁹ pour protester contre la qualité inférieure. Ajoutons à cela le fait que le gouvernement néglige ses obligations de surveillance et qu'il construit une niche de plus en plus grande pour le secteur privé, et nous obtenons des établissements à but lucratif qui n'ont pas vraiment de raisons d'améliorer la qualité des soins, puisque leur marge bénéficiaire en serait réduite d'autant.

Le modèle d'entreprise des soins aux aînés est bien illustré par un profil de l'industrie américaine des foyers de soins et résidences-services²⁶⁰ qui établit son chiffre d'affaires annuel à 130 milliards de dollars pour un « revenu par employé » de 45 000 \$ par année.

Le revenu par employé est une valeur qui indique l'efficacité d'une entreprise donnée sur le plan de l'utilisation des employés. En général, l'augmentation du revenu par employé est un signe positif qui suggère que l'entreprise trouve des moyens d'extraire un meilleur revenu de chacun de ses employés²⁶¹.

Comment les foyers de soins à but lucratif réussissent-ils à rester en affaires avec une aussi piètre performance au niveau de la dotation et de la qualité des soins? Principalement parce que les gouvernements continuent de les subventionner, bien souvent en sachant pertinemment quelles en seront les conséquences.

Administration à but lucratif : synonyme de coûts plus élevés pour les résidents

En plus d'avoir plus de problèmes de santé et d'obtenir moins de soins, les résidents des établissements de SLD à but lucratif de plusieurs provinces doivent payer plus pour les services et produits dont ils ont besoin. Les frais accessoires²⁶² rendent encore plus palpable l'existence d'un système à deux vitesses où les résidents qui n'ont pas de pension privée ou d'épargne-retraite (surtout les femmes) aboutissent avec une moins bonne qualité de soins.

En plus d'avoir plus de problèmes de santé et d'obtenir moins de soins, les résidents des établissements de SLD à but lucratif de plusieurs provinces doivent payer plus pour les services et produits dont ils ont besoin.

Une récente comparaison des frais de deux établissements de SLD de la Colombie-Britannique, le premier à but lucratif, le second sans but lucratif, révèle que les coûts pour les résidents sont plus élevés dans l'établissement à but lucratif²⁶³. Par exemple, dans l'établissement sans but lucratif, toutes les chambres sont privées (occupation simple), alors que dans l'établissement à but lucratif, les résidents doivent payer un supplément quotidien pour une chambre privée ou semi-privée. Alors que tous les résidents ont accès à des services de rééducation dans l'établissement sans but lucratif, ceux de l'établissement à but lucratif doivent payer des frais additionnels pour ces services.

Dans un autre exemple provenant de la Colombie-Britannique, les résidents d'un établissement sans but lucratif (Cowichan Lodge) qui ont été déménagés dans un nouvel établissement à but lucratif (Sunridge Place) se sont vus facturer des centaines de dollars en frais supplémentaires, pour des médicaments en vente libre, le service de câblodistribution et d'autres dépenses qu'ils avaient gratuitement avant de déménager²⁶⁴.

Les établissements à but lucratif sont motivés par une quête d'augmentation de leur chiffre d'affaires et les frais privément payés sont une importante source de revenus. Les différences d'un établissement à l'autre vont de dépenses relativement mineures, comme les desserts qui ne figurent pas au menu, les services de câblodistribution et les produits spécialisés d'incontinence, jusqu'à des dépenses substantielles, comme les fauteuils roulants, les matelas thérapeutiques, les médicaments en vente libre, les soins de rééducation et les soins palliatifs. Plus la privatisation progressera, plus les frais aux résidents seront élevés.

Comme en témoignent plusieurs cas de privatisation, les frais accessoires sont présentés comme des « choix ». Dans le cadre du grand plan de privatisation qu'il a annoncé l'année dernière, le gouvernement de l'Alberta promet « un plus grand choix de services et de commodités » aux résidents des établissements de SLD et à leurs familles²⁶⁵. Ce que cela veut dire, en réalité, c'est que d'autres frais seront imposés pour ces services et commodités additionnels, parce que le gouvernement plafonne ses octrois et que les exploitants préfèrent cesser de les donner pour plutôt les vendre et appliquer de nouveaux frais.

Le déménagement de Cowichan Lodge à Sunridge Lodge est un bon exemple non seulement de l'escalade des frais, mais aussi de l'inefficacité des administrations à but lucratif au chapitre de la prestation des soins. Le directeur de la régie régionale de la santé responsable des foyers en partenariat public-privé a reconnu que les coûts de médicaments à Cowichan Lodge auraient pu être inférieurs si les médicaments avaient été achetés en vrac par l'intermédiaire de la pharmacie de l'hôpital local de soins de courte durée, alors que Sunridge Lodge, comme d'autres établissements à but lucratif, fait appel à un pharmacien détaillant²⁶⁶. L'achat en vrac est un avantage important du système public—un avantage qui pourrait être maximisé si

L'expansion des établissements de SLD se faisait en éliminant la quête de profit de l'équation, dans le cadre du régime d'assurance-maladie.

Sous-traitance : synonyme de conditions de travail et de soins inférieures

La sous-traitance est une autre forme de privatisation qui préoccupe autant les travailleurs que les résidents. Plusieurs établissements de SLD, sans but lucratif et à but lucratif, confient à des sous-traitants leurs services de soutien et même, parfois, leurs services de soins directs²⁶⁷. Notre revue des études sur la sous-traitance dans différents secteurs du système de soins de santé nous a permis de dégager diverses conséquences négatives pour les travailleurs et pour les résidents.

La sous-traitance est souvent associée à des conditions de travail inférieures (surtout au niveau des salaires et des avantages sociaux), à une formation inadéquate, à une précarité d'emploi et à un roulement de personnel élevé²⁶⁸. Les employés des sous-traitants obtiennent moins d'heures de formation et d'initiation que les employés mêmes de l'établissement et, comme le roulement de personnel est plus élevé, les nouveaux sont encadrés par des employés de moins en moins expérimentés. Comme nous l'avons vu précédemment, le taux de roulement élevé et l'insuffisance de formation minent la continuité et la qualité des soins.

Le roulement élevé causé par la sous-traitance est pire encore dans les provinces où les travailleurs n'ont pas de droit de succession (droit de conserver leur emploi, leur syndicat, leur ancienneté et leur convention collective quand l'établissement change de propriétaire ou que le travail passe à un sous-traitant). Un certain nombre d'établissements de SLD à but lucratif de la Colombie-Britannique ont pris avantage d'une loi provinciale qui leur permet de tout bouleverser du jour au lendemain en mettant fin au contrat d'un premier entrepreneur pour en embaucher un deuxième, souvent avec une main-d'œuvre entièrement nouvelle. Ils le font surtout pour éviter d'avoir à améliorer les salaires et les avantages sociaux négociés²⁶⁹. Un exemple particulièrement flagrant de cet état de fait nous est fourni par un établissement à but lucratif de l'île de Vancouver qui a causé deux fois en trois ans le licenciement du personnel simplement pour changer de sous-traitant. Environ 165 travailleurs ont été touchés à chaque occasion; ils n'ont pas tous été réembauchés par le nouveau sous-traitant et ils ont dû repartir de zéro et se syndiquer de nouveau²⁷⁰. Ce scénario, qui s'est répété dans plusieurs établissements à but lucratif de la Colombie-Britannique, a bouleversé la vie de bon nombre de personnes âgées de santé fragile²⁷¹.

Les gouvernements devraient légiférer un droit de succession pour les travailleurs dont l'établissement change de main (résiliation d'un contrat commercial avec un fournisseur tiers et signature d'un contrat avec un autre), est vendu à une autre société ou voit son permis transféré à un autre exploitant.

Les infections associées aux soins de santé (IASS) sont l'un des meilleurs exemples en matière de problèmes de qualité des soins aggravés par la sous-traitance. Un patient d'hôpital sur neuf contracte une IASS²⁷² et, chaque année, 8 500 Canadiens sur 12 000 meurent des suites d'une telle infection²⁷³. Bon nombre des victimes sont des résidents d'établissements de SLD. La sous-traitance a une responsabilité à cet égard, parce qu'elle donne lieu à des coupures de

La sous-traitance est souvent associée à des conditions de travail inférieures (surtout au niveau des salaires et des avantages sociaux), à une formation inadéquate, à une précarité d'emploi et à un roulement de personnel élevé.

personnel, elle influe à la hausse sur le roulement du personnel, et elle creuse un fossé entre le personnel clinique et de soutien—autant de facteurs qui contribuent aux éclosions d'IASS²⁷⁴.

- Quand les établissements de soins de santé (dont plusieurs de SLD) de la Colombie-Britannique ont confié 8 500 emplois en sous-traitance sur une période de deux ans, le roulement de personnel a atteint des proportions astronomiques et les équipes interdisciplinaires de soins se sont désintégréées²⁷⁵.
- Au Royaume-Uni, les coupures qui ont amputé les établissements de santé de presque 50 pour cent de leur personnel d'entretien sur une période de 15 ans ont été associées à des problèmes d'hygiène graves et à des pics d'infection²⁷⁶.
- Le vérificateur général de l'Écosse est arrivé à la conclusion que dans les hôpitaux qui ont confié leur entretien à des sous-traitants, comparativement à ceux qui ont leur propre personnel, le nombre d'heures d'entretien est réduit, les employés sont moins surveillés et supervisés, l'utilisation de personnel suppléant est accrue et la propreté est moins bonne²⁷⁷.
- Le ministère de la santé du Royaume-Uni a révélé que 15 des 20 « pires » établissements nationaux de services de santé utilisent des sous-traitants pour effectuer leur entretien²⁷⁸.

Les infections associées aux soins de santé (IASS) sont l'un des meilleurs exemples en matière de problèmes de qualité des soins aggravés par la sous-traitance.

Le recours accru aux produits alimentaires prêts-à-manger, en particulier aux aliments transformés, est une autre forme de privatisation qui peut avoir des conséquences mortelles. Sur les 57 personnes qui ont contracté la listériose après avoir consommé des produits de charcuterie lors de l'épidémie de 2008, 54 étaient des personnes âgées qui ont séjourné dans des hôpitaux et des établissements de SLD et 40 pour cent des personnes qui ont contracté la maladie en sont décédées²⁷⁹. Les établissements de SLD servent fréquemment de la charcuterie qu'ils commandent en vrac directement aux usines de transformation. En plus d'exiger de meilleures pratiques en matière de sécurité alimentaire, les gouvernements devraient rendre les subventions conditionnelles au fait que les aliments soient préparés sur place et imposer des pénalités quand les fonds sont mal dépensés. En Ontario, par exemple, il existe un budget protégé pour les « aliments crus » qui doivent être préparés sur les lieux, mais l'argent est souvent dépensé pour acheter des aliments préparés²⁸⁰.

L'utilisation de personnel temporaire provenant d'agences de placement²⁸¹ est une autre forme de privatisation qui peut affecter la qualité des soins. Des études récentes ont révélé que l'utilisation importante de préposés temporaires d'agences est associée à une qualité de soins inférieure²⁸². Perturbation de la continuité des soins, méconnaissance des pratiques de soins et détresse psychologique accrue des résidents sont les conséquences probables d'un recours accru au personnel d'agence. Comme pour les autres formes de sous-traitance, le problème ne vient pas des travailleurs en tant que tels : il vient de leur *utilisation* sous une forme contractuelle et de leurs conditions de travail.

Privatisation : une pratique risquée

La privatisation, qu'elle concerne un établissement complet ou une partie des services, nuit à la transparence et à la responsabilité en permettant à l'instabilité de s'installer dans les soins aux aînés et elle occasionne des perturbations coûteuses pour les résidents, les travailleurs

et le système de santé en général. Elle est également difficile à renverser, ne serait-ce qu'en raison de l'influence grandissante de l'industrie privée sur les décideurs politiques.

C'est difficile de surveiller les exploitants à but lucratif, sans parler de les tenir responsables. Les établissements de SLD appartiennent à un réseau complexe d'investisseurs et de sociétés qui, souvent, confient la gestion et les services en sous-traitance à d'autres intermédiaires.

Aux États-Unis, les investisseurs ont créé un réseau complexe de structures et de contrats de gestion pour occulter la responsabilité des soins et d'éviter les poursuites, en particulier dans les États où les poursuites sont à la mode. Les agences gouvernementales ont plus de difficulté à superviser les soins dispensés dans ces foyers de soins et les gens ont du mal à démêler qui est responsable des soins à leurs proches²⁸³.

La surveillance est aussi entravée par l'influence des groupes de pression du secteur privé. Comparant les divers systèmes de réglementation des SLD aux États-Unis, des chercheurs sont arrivés à la conclusion suivante : « Certains États ont des groupes d'intervenants mieux structurés et plus actifs qui tentent d'influencer le processus d'enquête et d'inspection²⁸⁴ ». Des études diverses sur la corrélation entre les modèles d'inspection et d'exécution de la loi et les environnements politiques ont démontré que les lobbies d'établissements de soins tendent à être plus puissants que les organisations de défense des personnes âgées et d'autres groupes²⁸⁵.

Le manque de transparence est caractéristique des partenariats public-privé et des contrats à sous-traitant unique—les modèles courants de redéveloppement des infrastructures de SLD dans plusieurs provinces. Nous l'avons vu précédemment, le Nouveau-Brunswick fait appel à une source unique de sous-traitance pour la construction de ses trois nouveaux établissements, tandis que l'Ontario et le Québec favorisent le modèle des partenariats public-privé.

Le risque associé à la privatisation vient aussi de l'extrême volatilité du marché. Déjà, en 2000, cinq des plus importantes chaînes aux États-Unis (représentant 1 800 établissements) se sont mises sous la protection de la loi sur les faillites²⁸⁶. Dans la conjoncture économique actuelle, les investisseurs privés en SLD sont encore plus nombreux à demander la protection de la loi sur les faillites et à fermer des établissements²⁸⁷.

Les faillites peuvent être aussi dévastatrices pour les résidents et les travailleurs que coûteuses pour les créanciers et les gouvernements. À l'époque où le groupe Royal Crest, exploitant de 17 établissements de soins et foyers de retraités, a fait faillite en 2003, les résidents et leurs familles ont vécu beaucoup de stress et d'incertitude quand les établissements sont passés sous la tutelle du gouvernement avant d'être transférés à un nouvel exploitant sans but lucratif. Les syndicats, qui représentaient 1 400 travailleurs, ont dû se battre pendant des années pour obtenir le paiement de leurs indemnités de vacances et de leurs pensions et, encore aujourd'hui, des millions de dollars ne leur ont toujours pas été payés. En mars 2009, le gouvernement de la province tentait toujours de récupérer 4,1 millions de dollars à ce titre²⁸⁸.

Une fois que l'administration d'un établissement de SLD est confiée à un exploitant à but lucratif, il est difficile de faire marche arrière à cause des sommes considérables impliquées²⁸⁹ et des poursuites possibles en vertu des règles commerciales internationales²⁹⁰. Il est aussi difficile de renverser la vapeur parce que le secteur privé commence à avoir une influence considérable sur les décideurs politiques, ce qui les pousse à favoriser encore plus la privatisation.

La privatisation des soins de longue durée nuit à la transparence et à la responsabilité en permettant à l'instabilité de s'installer dans les soins aux aînés et elle occasionne des perturbations coûteuses pour les résidents, les travailleurs et le système de santé en général. Elle est également difficile à renverser, ne serait-ce qu'en raison de l'influence grandissante de l'industrie privée sur les décideurs politiques.

L'influence grandissante des chaînes à but lucratif sur les décideurs politiques est inquiétante. Le refus du gouvernement de l'Ontario de fixer des niveaux de dotation, malgré ses promesses électorales, est perçu par plusieurs comme la conséquence de l'influence grandissante de l'industrie.

L'influence grandissante des chaînes à but lucratif sur les décideurs politiques est inquiétante. Les chaînes recrutent activement d'anciens représentants du gouvernement, comme en témoignent de façon convaincante les récentes défections de hauts fonctionnaires de l'Ontario pour accepter des fonctions de lobbying ou de gestion d'établissement de SLD à but lucratif²⁹¹. Par exemple, l'ancien directeur de la division des SLD du ministère de la Santé de l'Ontario a quitté son poste pour se joindre à Extendicare, une chaîne à but lucratif qui a été l'une des principales bénéficiaires des nouveaux lits de SLD²⁹². Cependant, les défections se font dans l'autre sens aussi. Par exemple, l'ancienne directrice de l'association des établissements de SLD à but lucratif de l'Ontario est désormais une haute fonctionnaire de l'Ontario²⁹³. Le refus du gouvernement de l'Ontario de fixer des niveaux de dotation, malgré ses promesses électorales, est perçu par plusieurs comme la conséquence de l'influence grandissante de l'industrie.

Le poids de l'industrie se fait le plus sentir aux États-Unis, où la recherche a attribué les généreux taux de remboursement de l'État de New York à l'industrie politiquement branchée des établissements de SLD²⁹⁴.

Privatisation par la conversion en résidences-services ou en d'autres types d'administrations déréglementées

Nombre de provinces privatisent les soins de longue durée en délaissant la formule des établissements mieux subventionnés et plus réglementés, qui sont plus souvent sans but lucratif (il existe des variations à travers le pays), pour lui préférer la formule des établissements moins bien subventionnés et moins réglementés, plus souvent à but lucratif. Les établissements déréglementés et privatisés portent toutes sortes de noms : résidences-services, logements avec assistance, centres d'accueil, foyers de soins personnels, foyers de soins et autres. Leurs points communs sont qu'ils ont moins de subventions gouvernementales, qu'ils sont moins réglementés et qu'ils tendent à être à but lucratif. Ils ont aussi en commun une qualité de soins inférieure et des coûts supérieurs pour les résidents.

Plusieurs provinces ont durci les critères d'admissibilité dans les établissements de SLD et n'acceptant que les personnes qui ont des besoins de soins complexes de haut niveau, sous prétexte que les autres sont mieux appuyées dans les contextes dits « familiaux » des résidences-services et des logements avec assistance²⁹⁵. Nous avons vu précédemment dans ces pages que la promesse du soutien additionnel à domicile n'a jamais été remplie. Il est vrai qu'il y a plusieurs nouvelles résidences-services²⁹⁶, mais elles sont pour la plupart inabordables et elles ne représentent pas un substitut adéquat aux établissements agréés de SLD. Pour paraphraser l'évolution de la situation telle que décrite par l'experte en soins aux personnes âgées Evelyn Shapiro, disons qu'il s'est « développé des ghettos résidentiels où les gens sont logés en fonction de leur situation financière plutôt qu'en fonction de leurs besoins de soins²⁹⁷ ».

Les résidences-services sont conçues pour les gens qui ont des déficiences mineures à modérées et qui ont une capacité mentale suffisante pour diriger leurs propres soins (voir l'annexe A pour d'autres définitions). Elles prévoient des services d'accueil et d'aide personnelle à des adultes qui sont capables de vivre de façon autonome, mais qui ont parfois besoin d'aide (pour des activités de la vie courante ou pour la gestion de leur médication).

Les résidences-services n'ont pas de personnel infirmier sur place et la plupart n'ont pas de personnel soignant la nuit.

La mission est parfois bien différente de la réalité. Par exemple, en Alberta, le gouvernement se sert des résidences-services pour combler ses besoins de SLD en établissement²⁹⁸. D'après Wendy Armstrong, qui a surveillé cette tendance de près :

La transformation d'établissements de soins de longue durée en « résidences » et la conversion des prestations pour soins de santé en « subventions de revenu » dans le grand contexte de la réforme des soins prolongés a eu pour conséquence d'un éventail remarquable de marchandises et de services médicalement nécessaires ont été dissociés, déréglementés et désassurés²⁹⁹.

Des rapports commencent à remettre en question la capacité des résidences-services à répondre aux besoins de la population. Une étude réalisée en 2004 auprès de 41 résidences-services de la Colombie-Britannique a révélé que plusieurs des nouveaux arrivants ont des besoins de soins trop élevés ou trop diversifiés pour pouvoir être hébergés dans ce type d'établissement. Ni les niveaux de dotation ni l'environnement physique n'étaient adéquats pour les personnes atteintes de démence ou en perte significative de mobilité. Les administrateurs ont rapporté que les nouveaux arrivants dans les résidences-services ont tendance à exiger rapidement un niveau plus élevé de soins³⁰⁰. En Ontario, l'été dernier, le décès d'un patient d'hôpital placé dans un centre d'accueil privé a incité le coroner en chef à rappeler aux hôpitaux que seuls les patients cliniquement stables requérant un minimum de soins et de supervision devraient être placés dans des centres d'accueil privés³⁰¹.

Une étude récente indique que les résidences-services sont une forme de déréglementation et mènent à une augmentation des coûts, à une fragmentation des services et à un alourdissement du fardeau des aidants non rémunérés. L'étude du cas de la conversion d'un établissement de SLD de l'Alberta en résidence-service a révélé une fragmentation accrue des services, une déréglementation des prix et du contrôle de la qualité, des coûts inattendus et imprévisibles, du stress pour les résidents et leurs familles, ainsi qu'un virage de la politique provinciale, qui a délaissé le modèle des prestations de santé en fonction des besoins de santé pour lui préférer un modèle de subvention en fonction des besoins financiers démontrés³⁰².

Il est vrai qu'il existe un besoin de résidences-services pour les personnes âgées, mais ce type de résidence ne saurait être un substitut pour les établissements de SLD. De même, il est vrai qu'il existe un besoin d'améliorer les établissements en harmonie avec la philosophie et les buts d'origine du modèle des résidences-services et des logements avec assistance, mais la déréglementation et la privatisation ne font qu'empêcher les progrès à cet égard. Certains aspects de la « philosophie » du modèle des résidences-services pourraient s'appliquer aux SLD en établissement : on pourrait créer un environnement plus familial, qui respecte mieux la vie privée et qui insiste davantage sur les soins sociaux et la maximisation de l'autonomie des résidents. Même parmi les établissements qui se disent résidences-services, cependant, la réalité s'avère très éloignée de la philosophie; d'ailleurs, la dénomination de résidence-service est souvent adoptée par des établissements qui ne souscrivent même pas à la philosophie de ce modèle³⁰³.

L'idéologie et les méthodes utilisées pour privatiser les soins de longue durée en établissement ressemblent à l'idéologie et aux méthodes utilisées pour privatiser les soins de santé dans d'autres cadres. Wendy Armstrong a fait cette observation à propos de la politique de

Les établissements déréglementés et privatisés portent toutes sortes de noms : résidences-services, logements avec assistance, centres d'accueil, foyers de soins personnels, foyers de soins et autres. Leurs points communs sont qu'ils ont moins de subventions gouvernementales, qu'ils sont moins réglementés et qu'ils tendent à être à but lucratif. Ils ont aussi en commun une qualité de soins inférieure et des coûts supérieurs pour les résidents.

Il est vrai qu'il existe un besoin de résidences-services pour les personnes âgées, mais ce type de résidence ne saurait être un substitut pour les établissements de SLD.

l'Alberta qui « dissocie » les services de longue durée en établissement et qui désassure de plus en plus de soins de santé : « Plus un service peut être divisé en ses composantes, plus les possibilités d'amputer l'ensemble de certains soins et de se débarrasser de certains coûts sont grandes [TRADUCTION LIBRE]³⁰⁴ ». Il en va de même pour la privatisation des services hospitaliers. Les gouvernements et les employeurs tracent une ligne de démarcation artificielle entre les services cliniques (comme les soins infirmiers et thérapeutiques) et les services de soutien (comme les services alimentaires et d'entretien); ils prétextent que les services de soutien sont plus des services de type « hôtelier » que des « soins de santé » et ils en profitent pour réduire continuellement le champ de compétence des services cliniques. Leur but est de rationaliser la sous-traitance des services de soutien et de pousser vers le bas les salaires et les avantages sociaux des employés de soutien³⁰⁵.

Privatisation de l'élaboration des politiques

Les défections d'employés du gouvernement au profit du secteur des établissements de soins de longue durée à but lucratif et inversement témoignent du fait que l'élaboration des politiques se privatise. Lorsqu'il s'agit d'élaborer des politiques, il se fait énormément de consultations entre le gouvernement et les établissements à but lucratif. Il y a aussi des consultations entre le gouvernement et les établissements de SLD sans but lucratif. Il y en a parfois entre le gouvernement et des organismes de défense des personnes âgées. Par contre, les consultations entre le gouvernement et les travailleurs de première ligne et leurs syndicats sont rares, pour ne pas dire inexistantes.

L'équité et la transparence du processus d'élaboration des politiques ont besoin d'être améliorés. Il faut que les gouvernements s'engagent à pleinement consulter les travailleurs des établissements de SLD et leurs syndicats, de même que les personnes âgées et leurs représentants. Plus particulièrement, les gouvernements devraient avoir avec tous les intervenants autant de consultations qu'avec les établissements de SLD et leurs représentants. Ces consultations devraient avoir lieu dans toute la mesure du possible dans le cadre d'un même forum, pour que tous les intervenants puissent connaître et commenter la position des autres parties.

Conclusion

Dans cette partie, nous avons démontré les conséquences dévastatrices du recours accru et sans précédent du Canada à des administrateurs et exploitants à but lucratif de soins de longue durée en établissement. Que la privatisation se présente sous la forme d'une aide au développement des infrastructures, de subventions gouvernementales aux établissements à but lucratif, de l'ouverture de résidences-services, de la sous-traitance ou sous une autre forme, il ressort clairement des études que l'accès aux soins et la qualité des soins en souffrent. Si l'on tient compte des impacts à une plus large échelle, par exemple une utilisation accrue des hôpitaux et un financement public axé sur les acquisitions d'immobilisations et les profits, les coûts pour la société sont encore plus grands. La prochaine partie traite des stratégies législatives nécessaires pour améliorer les soins de longue durée en établissement.

Législation pour protéger les personnes âgées

SOLUTION : Augmenter le financement du fédéral et établir des normes légiférées applicables aux soins de longue durée en établissement, dans le respect des critères de la *Loi canadienne sur la santé* (gestion publique, universalité, intégralité, accessibilité et transférabilité).

Le financement du gouvernement fédéral et la réglementation de l'assurance-maladie devraient être étendus aux soins de longue durée en établissement. Le gouvernement fédéral devrait augmenter de façon substantielle ses transferts aux provinces et territoires au chapitre des SLD en établissement et il devrait rendre ces transferts conditionnels à l'observation de normes légiférées. La nouvelle législation fédérale sur les SLD en établissement devrait incorporer les conditions et critères de la *Loi canadienne sur la santé*³⁰⁶, à savoir :

- gestion publique (sans but lucratif);
- universalité (pour toutes les personnes assurées selon des modalités et conditions uniformes);
- intégralité (pour tous les services médicalement nécessaires);
- accessibilité (un accès raisonnable selon des modalités et conditions uniformes, non entravé par une surfacturation ou des exigences discriminatoires);
- transférabilité (protection en dehors de la province de résidence);
- sans surfacturation ni frais d'utilisation.

Pour satisfaire à ces nouvelles normes fédérales pour les SLD en établissement, les gouvernements des provinces et des territoires devraient assurer l'ensemble des services médicalement nécessaires et réglementer d'une façon méticuleuse ce qu'incluent les frais d'hébergement. Il ne faut pas que des frais d'hébergement soient appliqués à des services médicalement nécessaires, ni que le loyer excède le prix du marché de la location, ni que les frais augmentent plus vite que l'indexation au coût de la vie applicable aux prestations de revenu des personnes âgées. Les provinces et territoires devraient aussi réglementer les frais accessoires que les établissements peuvent facturer pour des services non assurés.

Le financement du gouvernement fédéral et la réglementation de l'assurance-maladie devraient être étendus aux soins de longue durée en établissement. Le gouvernement fédéral devrait augmenter de façon substantielle ses transferts aux provinces et territoires au chapitre des SLD en établissement et il devrait rendre ces transferts conditionnels à l'observation de normes légiférées.

Les décisions quant à ce qu'ils convient d'inclure et d'exclure du régime public de SLD en établissement—contrairement à la façon dont les décisions se prennent à l'heure actuelle en ce qui concerne les services couverts par l'assurance-maladie³⁰⁷—devraient être prises en fonction des besoins démontrés, par le biais d'un processus transparent, responsable et impliquant tous les intervenants clés : autorités gouvernementales en santé, administrateurs, travailleurs, organismes de défense des résidents. Un mécanisme efficace devrait exister pour les plaintes et les appels; les activités et rapports des comités décisionnels devraient être publics et d'accès facile.

Il faut que les régimes réglementaires du fédéral et des provinces prévoient des mécanismes robustes d'exécution et de reddition de comptes : rapports publics sur le personnel de l'établissement, inspections sans préavis, protection des dénonciateurs, sanctions immédiates et progressives pour les contraventions aux normes.

Dans la mise en œuvre de ce nouvel arrangement fiscal et législatif, le gouvernement fédéral devrait tenir compte du caractère distinct du Québec. Le Québec devrait avoir primauté de compétence sur sa propre politique sociale; il devrait avoir le droit de ne pas participer au programme fédéral-provincial proposé de SLD en établissement et de recevoir le plein paiement de transfert qui y est associé. Pour le reste du Canada, la formule prendrait la forme d'une responsabilité fédérale-provinciale assortie d'un rôle de leadership du fédéral, tant pour le financement du programme de soins de longue durée en établissement que pour l'établissement et la mise en application de normes nationales.

SOLUTION : Légiférer des normes provinciales de qualité des soins applicables aux établissements de soins de longue durée, y compris en matière de minimum de dotation.

Le fédéral et les provinces devraient entreprendre conjointement une étude clinique supervisée par un organisme multilatéral afin d'évaluer les outils de calcul actuels et de déterminer le niveau de dotation et la composition du personnel requis pour répondre aux besoins des résidents. L'étude pourrait se pencher sur l'ensemble des besoins de dotation en SLD, tant sur le plan des soins directs que sur celui des services de soutien. Elle devrait tenir compte autant des indicateurs de « qualité de vie » que des indicateurs de « qualité des soins ».

Il faut que la norme de dotation adoptée :

- soit une norme minimale et non pas une moyenne;
- soit pleinement financée et prescrite par règlement;
- s'applique à des heures travaillées et non pas à des heures financées;
- soit indexée parallèlement aux besoins des résidents, selon les résultats d'évaluations effectuées à des intervalles réguliers.

L'étude conjointe commandée par le gouvernement devrait aussi étudier des modèles exemplaires en matière d'administration et de prestation de soins de longue durée en établissement. Là encore, le cadre de travail devrait tenir davantage du modèle social que du strict modèle médical. Il devrait identifier les réussites dans le seul domaine des soins de longue durée en établissement, mais aussi en coordination et en intégration avec d'autres programmes destinés aux personnes âgées. Les modèles identifiés et recommandés par l'étude devraient être promus par le gouvernement fédéral par le biais du transfert proposé pour les soins de longue durée en établissement et les gouvernements des provinces devraient faire de même à l'échelle du système.

Il faut que les régimes réglementaires du fédéral et des provinces prévoient des mécanismes robustes d'exécution et de reddition de comptes : rapports publics sur le personnel de l'établissement, inspections sans préavis, protection des dénonciateurs, sanctions immédiates et progressives pour les contraventions aux normes. Les résidents en soins de longue durée sont parmi les plus vulnérables de la société parce que leur condition physique et mentale se détériore et qu'ils sont souvent sans soutien familial pour veiller à leur bien-être. Il faut donc de bons systèmes de reddition de comptes.

Le système d'inspection et de déclaration doit comporter les éléments suivants :

- inspections au hasard sans préavis au moins une fois par année dans chaque établissement;
- équipes d'inspection composées de travailleurs de première ligne issus de différents départements, choisis par leur syndicat, ainsi que des représentants des résidents et des familles, choisis par leur conseil respectif;
- sollicitation du concours du personnel ainsi que des conseils des résidents et des familles par le biais d'un processus confidentiel dans le cadre des inspections;
- équipes d'inspection munies de pouvoirs clairs d'enquête et d'exécution de la loi, y compris pour émettre des ordonnances exécutoires de réparation et pour imposer des sanctions progressives en cas de non-conformité;
- droit d'appel (pour les représentants des syndicats et des conseils des résidents et des familles) à un arbitre neutre si l'inspection ne donne pas lieu aux ordonnances de réparation adéquates, y compris le droit pour tous les représentants de participer à tout appel du propriétaire de l'établissement;
- déclaration annuelle des résultats de l'inspection à l'intérieur de l'établissement et sur Internet, y compris quant à la nature des contraventions, des ordonnances de réparation et des mesures prises en conséquence;
- inspection régulière du niveau de dotation pour garantir la conformité au ratio légiféré d'employés par rapport aux résidents.

Les résidents en soins de longue durée sont parmi les plus vulnérables de la société parce que leur condition physique et mentale se détériore et qu'ils sont souvent sans soutien familial pour veiller à leur bien-être. Il faut de bons systèmes de reddition de comptes.

Le système de surveillance doit permettre un examen indépendant de l'ombudsman et du vérificateur général; il doit également habiliter les résidents, les familles et le personnel à toutes les étapes du processus.

Les résidents en SLD sont majoritairement des femmes à faible revenu et plusieurs n'ont ni famille ni amis pour parler en leur nom. Il est crucial que les résidents et les familles aient un moyen d'échanger sur leur vécu et de défendre leurs intérêts en tant que groupe.

Les gouvernements devraient exiger dans la loi que soient créés des conseils autonomes des résidents et des familles, habilités à prendre la défense des résidents. Les établissements devraient être tenus d'informer les résidents et les familles de l'existence et du rôle de ces conseils. Les conseils devraient avoir un droit d'accès à l'information et aux fonds publics nécessaires à l'exécution efficace de leur mission.

En plus des inspections gouvernementales, il devrait y avoir un mécanisme efficace de traitement des plaintes dans chaque province et au palier fédéral. Les résidents et les familles devraient avoir accès dès l'admission à l'information relative au mécanisme de traitement des plaintes. Les données sur les plaintes devraient faire l'objet de rapports publics.

Les résidents en établissement de soins de longue durée sont majoritairement des femmes à faible revenu et plusieurs n'ont ni famille ni amis pour parler en leur nom. Il est crucial que les résidents et les familles aient un moyen d'échanger sur leur vécu et de défendre leurs intérêts en tant que groupe.

Les travailleurs en SLD devraient être encouragés à déclarer les incidents ou les conditions qui ont un effet négatif sur les soins aux résidents. Les provinces et territoires devraient établir une protection statutaire des dénonciateurs pour empêcher les employeurs de les sanctionner, à moins d'avoir d'abord prouvé à un tribunal du travail que la sanction ou la pénalité est fondée et ne tient pas lieu de représailles à la suite de la dénonciation. La loi devrait prévoir un mécanisme de rétablissement immédiat si l'employeur impose une sanction sans en avoir d'abord prouvé le bien fondé. En l'absence de telles protections, les travailleurs ne se sentent pas à l'aise de défendre la sécurité des soins.

Dans chaque province, l'ombudsman et le vérificateur général devraient disposer de ressources suffisantes et être pleinement habilités par la loi pour surveiller de près les établissements de soins de longue durée et autres organisations de santé. La surveillance indépendante est un élément important du processus de reddition de comptes, mais cela n'empêche pas plusieurs provinces de limiter les pouvoirs de leur ombudsman et, quoi qu'il en soit, les ressources sont insuffisantes à l'échelle du pays. L'ombudsman du Nouveau-Brunswick ne peut ni recevoir les plaintes, ni procéder à une inspection sans préavis, ni faire une quelconque enquête sur un foyer de soins. Même en Ontario, où les plaintes en lien avec des hôpitaux et des établissements de SLD ont presque doublé au cours de la dernière année, l'ombudsman a déclaré qu'en matière de surveillance du gouvernement dans le dossier des établissements de soins de longue durée, il devait se contenter d'agir sur la pointe des pieds aux limites de sa juridiction³⁰⁸.

Le Canada devrait étudier le modèle qu'utilisent les programmes d'ombudsman aux États-Unis. En effet, l'*Older Americans Act* des États-Unis définit les conditions d'aide financière aux États pour les programmes d'ombudsman en SLD (POSLD). En vertu de cette loi, les POSLD de l'État ont un mandat très large de promotion de la santé, de la sécurité, du bien-être et des droits des résidents des foyers de soins et autres établissements de soins de longue durée. La plupart des lois habilitantes des États stipulent que les POSLD ont le mandat de défendre l'individu et le système, de favoriser le développement d'organisations citoyennes et de conseils de familles et de résidents, ainsi que d'organiser des activités éducatives³⁰⁹.

Le rapport au public est un autre élément crucial lorsqu'il s'agit de transparence et de reddition de comptes. Chaque établissement devrait être tenu de déclarer publiquement les renseignements qui le concernent : nombre de lits, résultats des inspections, ordonnances exécutoires signifiées, niveau de dotation (tous les types de soins, par quart de travail), composition du personnel, taux de rétention et de roulement du personnel, adaptation culturelle des soins, revenus et dépenses, frais directement facturés aux résidents. Ces renseignements devraient être affichés à l'intérieur de l'établissement ainsi que sur Internet.

Les gouvernements devraient être tenus de produire des rapports publics sur les programmes de soins de longue durée en établissement, à l'intérieur de délais prescrits et selon un format normalisé qui inclut au moins le nombre de lits par catégorie, ainsi que des données sur les revenus selon la source, les dépenses, les listes d'attente, le niveau de dotation, la composition du personnel, le type d'administration (à but lucratif ou sans but lucratif) et la planification des ressources humaines en santé. Le gouvernement fédéral devrait mettre sur pied une base de données sur les soins de longue durée en établissement, avec déclaration publique sur les programmes provinciaux et fédéraux ainsi que sur la conformité des provinces aux normes fédérales (y compris en ce qui a trait aux mesures prises pour corriger les problèmes de non-conformité).

Conclusion

NOUS NOUS PENCHONS DANS NOTRE RAPPORT sur les deux faiblesses les plus urgentes à régler dans le domaine des soins de longue durée en établissement : l'accès limité aux places en établissement et la mauvaise qualité des soins qui y sont dispensés. Nous démontrons que si l'accès est limité, c'est parce que le système est sous-financé et hautement privatisé et que la quête de profits gagne du terrain au détriment des résidents et des travailleurs. Sous l'aspect de la qualité, nous démontrons que les conditions de travail et les conditions de soins sont tissées très serrées; la réduction de la charge de travail, l'amélioration de la formation et l'aplanissement des difficultés en lien avec le climat de travail produisent de meilleurs résultats en termes de santé et de qualité de vie des résidents.

Ce rapport documente la nature à deux vitesses du système de soins de longue durée en établissement, où la qualité des soins dépend de la richesse personnelle et du réseau de soutien. Il met aussi en lumière une distinction injuste au niveau des services médicalement nécessaires, considérés comme un droit universel lorsque dispensés par un hôpital, mais comme un geste charitable lorsque dispensés par un établissement de SLD.

Notre population vieillit rapidement. Même si les soins à domicile et communautaires bénéficient d'améliorations marquées, qui s'imposent d'urgence dans les deux cas, la demande de soins de longue durée en établissement va continuer d'augmenter. Les familles ploient sous le fardeau des responsabilités qui s'accumulent et l'impact se fait sentir à travers les communautés et l'économie. L'élargissement du régime d'assurance-maladie aux soins de longue durée en établissement est une question de justice, d'équité et de bon sens économique.

Les frontières du régime d'assurance-maladie sont déphasées comparativement aux besoins et aspirations des Canadiennes et des Canadiens et l'arrivée d'une masse critique d'aînés et d'alliés va rendre ce problème incontournable. Plus notre population vieillira, plus nous serons nombreux à prendre conscience des inégalités qui s'observent entre les provinces et à l'intérieur des provinces au niveau des soins de longue durée (à domicile et en établissement) et plus l'inaction du gouvernement fédéral dans le dossier des soins aux aînés deviendra évidente et inacceptable. Les provinces aussi négligent ou rationnent et privatisent activement les soins de longue durée à leurs risques et périls. Nos leaders ont le pouvoir de corriger la

Notre population vieillit rapidement. Même si les soins à domicile et communautaires bénéficiaient d'améliorations marquées, qui s'imposent d'urgence dans les deux cas, la demande de soins de longue durée en établissement va continuer d'augmenter. Les familles ploient sous le fardeau des responsabilités qui s'accumulent et l'impact se fait sentir à travers les communautés et l'économie.

définition inutilement étroite de l'assurance-maladie. Les baby-boomers qui arrivent à l'âge de la retraite vont certainement le réclamer.

En même temps qu'ils devront éliminer les obstacles à l'accès, les gouvernements vont aussi devoir régler les problèmes de qualité des soins, qui sont devenus la marque de commerce des établissements de soins de longue durée. Cette obligation est clairement partagée avec les exploitants des établissements de SLD. Il y a au bas mot des dizaines d'années que les travailleurs de première ligne, du SCFP et d'autres syndicats, s'associent aux résidents et à leurs organisations de défense pour réclamer des progrès en ces matières; nous avons plus que hâte de voir arriver les ressources et les changements systémiques qui rendront ces progrès possibles. Dans une des nombreuses études qui arrivent à la même conclusion, les travailleurs de première ligne se sont dits surtout préoccupés par l'écart entre la qualité des soins qu'ils voulaient donner et celle qu'ils arrivaient à donner. Ils souffrent de vouloir donner les meilleurs soins possibles et de devoir en priver les résidents parce qu'ils n'arrivent pas à combler le déficit de soins qui s'aggrave en dépit de tous leurs efforts³¹⁰.

Comme la preuve établie dans ce rapport l'indique de tout son poids, l'amélioration des soins dans les établissements de SLD exige d'abord et avant tout d'augmenter le personnel et d'améliorer leurs possibilités de formation et leurs conditions de travail. La qualité des conditions de travail est étroitement liée à la qualité des soins.

Comme la preuve établie dans ce rapport l'indique de tout son poids, l'amélioration des soins dans les établissements de SLD exige d'abord et avant tout d'augmenter le personnel et d'améliorer ses possibilités de formation et ses conditions de travail. La qualité des conditions de travail est étroitement liée à la qualité des soins. La corrélation la plus évidente se situe au niveau du nombre d'employés : les études démontrent les unes après les autres qu'un personnel accru produit de meilleurs résultats de santé, soit une diminution de l'incidence des plaies de pression, des cas d'incontinence et d'autres problèmes. L'interrelation entre les conditions de travail et les conditions de soins ne se limite pas au nombre d'heures de travail. Les endroits où il fait bon travailler sont aussi des endroits où il fait bon vivre et cette affirmation a été démontrée par des études sur les effets spécifiques et marqués qui découlent des pratiques administratives, des programmes d'éducation, de l'incidence des accidents de travail et du taux de roulement du personnel sur la santé et le bien-être des résidents.

Améliorer la qualité exige aussi d'éliminer la quête de profit de l'équation des soins de longue durée en établissement. Ce faisant, les chances d'accès s'amélioreraient également. Les preuves abondent pour établir une corrélation entre l'administration à but lucratif et un niveau de dotation moins élevé, donc une moins bonne qualité des soins. Elles abondent également pour démontrer que les coûts des établissements à but lucratif sont plus élevés. Les autres formes de privatisation—sous-traitance, partenariats public-privé, résidences-services à but lucratif—entraînent les mêmes problèmes. Le mauvais score de la sous-traitance est évident aussi en ce qui concerne la dépendance excessive vis-à-vis des agences temporaires de personnel infirmier et soignant, le travail de nettoyage pour empêcher la transmission des infections associées aux soins de santé, ainsi que l'utilisation d'aliments préparés d'avance et des impacts connexes sur la nutrition et le risque de transmission de pathogènes alimentaires. Les risques sont aussi plus élevés lorsque nous laissons les gouvernements procéder, furtivement ou à grande échelle, à la relocalisation des résidents dans des résidences-services ou d'autres types d'établissements déréglementés ou privatisés.

Notre rapport présente donc les recommandations concrètes qui suivent pour répondre au double défi de l'accès et de la qualité des soins de longue durée :

- Élargir la protection de l'assurance-maladie aux soins de longue durée en établissement, avec un financement accru du fédéral conditionnel à l'observation de

normes légiférées, y compris des critères (gestion publique, universalité, intégralité, accessibilité et transférabilité) et autres conditions (sans frais d'utilisation ni surfacturation) de la *Loi canadienne sur la santé*.

- Élargir l'éventail des services de soins de longue durée en établissement, de soins à domicile et de soins communautaires de façon à satisfaire les besoins des aînés canadiens dans le cadre d'un système global et intégré.
- Établir un mode d'administration et d'exploitation sans but lucratif pour les établissements de soins de longue durée en éliminant graduellement le financement public accordé aux administrations à but lucratif et en mettant un terme à la sous-traitance.
- Légiférer des normes provinciales de qualité des soins applicables aux établissements de soins de longue durée, y compris en matière de minimum de dotation.
- Augmenter le personnel (de soins directs et de soutien) dans les établissements de soins de longue durée.
- Créer un climat de travail sain et sécuritaire qui favorise la dispensation de soins de qualité; améliorer les pratiques de gestion et organisationnelles; réduire le roulement du personnel; verser dans le secteur des soins de longue durée les mêmes salaires et les mêmes avantages que dans le secteur hospitalier; réduire les blessures au travail; éliminer la discrimination et garantir des soins culturellement appropriés.
- Soutenir la formation et le perfectionnement professionnel des travailleurs des établissements de soins de longue durée, dans un premier temps en établissant des normes provinciales applicables aux programmes de formation des préposés aux bénéficiaires et en augmentant les ressources consacrées à la formation professionnelle continue de l'ensemble du personnel.
- Faire en sorte que les régimes réglementaires du fédéral et des provinces prévoient des mécanismes robustes d'exécution et de reddition de comptes : rapports publics sur le personnel de l'établissement, inspections sans préavis, protection des dénonciateurs, sanctions immédiates et progressives pour les contraventions aux normes, examens indépendants de l'ombudsman et du vérificateur général, habilitation des résidents et des conseils de familles.

Notre but est d'arriver à faire en sorte qu'avec ces changements nécessaires et d'autres, les établissements de soins de longue durée cessent d'être des lieux redoutés et deviennent des lieux de confiance — des établissements où les travailleurs comme les résidents sont traités avec dignité et respect, dans un climat de travail et de vie sain et sécuritaire. Mieux encore, nous voulons des établissements où la possibilité de choisir, l'autonomie, l'indépendance, le plaisir, le bonheur et la fierté des résidents sont favorisés — où les cultures, croyances et langues sont respectées. Nous voulons que les aînés canadiens aient un accès égal aux soins de longue durée en établissement, sans égard à leur lieu de vie et à leur revenu; nous voulons que les soins qui leur sont dispensés soient les meilleurs possibles, dans un milieu qui favorise une bonne qualité de vie et une bonne qualité des soins.

Notre but est d'arriver à faire en sorte qu'avec ces changements nécessaires et d'autres, les établissements de soins de longue durée cessent d'être des lieux redoutés et deviennent des lieux de confiance — des établissements où les travailleurs comme les résidents sont traités avec dignité et respect, dans un climat de travail et de vie sain et sécuritaire.

Types de services en établissement

Établissements de soins de longue durée

Notre étude se concentre sur les établissements de soins de longue durée (SLD) détenteurs d'un permis du gouvernement qui assurent des soins infirmiers 24 heures par jour, principalement à des personnes âgées. Différentes expressions sont utilisées d'une province à l'autre pour désigner ces établissements (voir le tableau qui suit). Pour éviter la confusion, nous utilisons dans cette étude l'expression *établissements de soins de longue durée* pour désigner les établissements qui détiennent un permis d'exploitation du gouvernement et dont les services sont destinés aux personnes (principalement âgées) dont l'état de santé physique et/ou mentale est gravement affecté et qui ont besoin d'une supervision infirmière 24 heures par jour, de soins prolongés et de soins spécialisés.

Expressions utilisées pour désigner les établissements de soins de longue durée, selon la province	
	Désignation des établissements de SLD
Colombie-Britannique	Établissements résidentiels de soins et établissements de soins complexes. (Auparavant appelés soins de longue durée et incluant différents niveaux de soins : personnels, intermédiaires, multiples et prolongés.)
Alberta	Établissements de soins de longue durée, centres de soins infirmiers ou hôpitaux de soins prolongés.
Saskatchewan	Foyers de soins spéciaux ou centres de soins infirmiers.
Manitoba	Foyers de soins personnels. Les foyers de soins personnels sont définis comme relevant d'intérêts propriétaires (à but lucratif) ou non propriétaires (sans but lucratif). Les établissements non propriétaires sont de plus catégorisés comme étant « autonomes » ou « juxtaposés » à un autre établissement de soins.
Ontario	Établissements de soins de longue durée. Ils sont de trois types : centres de soins infirmiers (principalement à but lucratif), foyers de bienfaisance (sans but lucratif) et foyers de personnes âgées (principalement détenus et exploités par des gouvernements municipaux).
Québec	Au Québec, les établissements de SLD sont appelés « centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) » (« residential and long-term care centres » en anglais). Les établissements privés sont classés dans deux catégories, selon qu'ils sont enregistrés (privés conventionnés) ou non (privés non conventionnés).
Terre-Neuve-et-Labrador	Maisons de repos.
Nouveau-Brunswick	Maisons de repos.
Nouvelle-Écosse	Maisons de repos et foyers de personnes âgées.
Île-du-Prince-Édouard	Les établissements privés sont désignés par l'expression « maisons de repos », tandis que les établissements publics sont appelés « manoirs » ou « manoirs gouvernementaux »

Il existe des établissements de SLD à financement public, qui sont subventionnés par le gouvernement, et des établissements à financement privés, où les résidents ou les familles paient l'ensemble des coûts. Les établissements à financement public peuvent appartenir à une organisation à but lucratif ou sans but lucratif. Dans la plupart des provinces, l'admissibilité à un établissement financé par le public est déterminée par les régies régionales de la santé.

Le gouvernement réglemente les frais que les établissements peuvent facturer aux résidents ainsi que l'éventail des services qu'ils offrent.

Les établissements de SLD se distinguent des autres types de résidences pour personnes âgées surtout par le niveau de réglementation et la présence de services infirmiers 24 heures par jour.

Résidences-services

Les résidences-services se veulent une forme de logement pour les personnes dont le niveau d'incapacité est faible ou modéré et qui ont besoin d'une aide personnelle quotidienne pour vivre de façon autonome. On y obtient des services dits de soutien (c.-à-d., repas, entretien ménager, blanchisserie, activités sociales et loisirs, répondant d'urgence 24 heures par jour) et des services d'assistance personnelle réduite³¹¹ pour des « activités de la vie quotidienne », le suivi de la diète thérapeutique ou les traitements de rééducation physique. Les résidences-services ne conviennent pas aux personnes atteintes d'une déficience mentale/cognitive qui sont incapables de décider pour elles-mêmes.

Le lieu de vie du résident tient de l'appartement : on y trouve une salle de bain et une cuisinette (ou un petit frigo et un four à micro-ondes) et la porte d'entrée peut être verrouillée. Il n'y a habituellement pas de services infirmiers sur place. Selon la province, les résidents peuvent faire leur demande d'admission directement auprès de l'établissement ou par l'intermédiaire d'une régie régionale de la santé.

Les résidences-services peuvent être à financement public ou privé. Celles qui ont un financement public touchent habituellement des subventions pour assistance personnelle par le biais du système de santé, ainsi que des subventions pour logement et soutien (c.-à-d., repas, entretien ménager, blanchisserie) par l'intermédiaire du ministère provincial du logement. Les subventions varient d'une province à l'autre; en Colombie-Britannique, par exemple, les particuliers versent 70 pour cent de leur revenu après impôt à la résidence-services.

Les résidences-services subventionnées par le public peuvent appartenir à des organisations sans but lucratif ou à but lucratif. La plupart sont à but lucratif.

Des différences s'observent également au niveau de la réglementation. En Alberta, par exemple, les frais d'hébergement sont plafonnés seulement si l'exploitant touche une subvention d'investissement en vertu d'un programme provincial de logement, ou s'il a un contrat d'exploitation qui prévoit un contrôle de l'accès. Les unités des résidences-services sont réglementées par des normes d'hébergement et elles sont expressément exclues de la législation sur la protection des locataires³¹². Dans la plupart des provinces, les unités des résidences-services sont réglementées comme des appartements et assujetties à la législation sur la protection des locataires et/ou à la réglementation sur la sécurité contre les incendies.

Logements avec assistance

Les logements avec assistance sont des logements pour personnes âgées à faible revenu autonomes ou légèrement invalides, mais qui ont besoin d'assistance pour pouvoir continuer à vivre de façon autonome. La formule des logements avec assistance varie aussi d'une province à l'autre, mais elle comprend habituellement un repas par jour, des services d'entretien ménager et de blanchisserie une fois par semaine, des activités sociales et de loisirs et un répondant d'urgence 24 heures par jour. Les soins personnels ou services prescrits ne sont pas disponibles sur place, sauf si le résident obtient un soutien à domicile d'une agence externe. Les logements avec assistance peuvent prendre la forme d'un petit groupe d'appartements ou d'un imposant complexe. Là encore, l'importance des subventions varie; en Colombie-Britannique, il en coûte 50 pour cent du revenu brut du ménage pour une unité de logement avec assistance.

Les unités de logements avec assistance sont en général considérées comme des appartements aux yeux de la loi sur la protection des locataires et de la réglementation sur la sécurité contre les incendies.

IL EST PLUTÔT ARDU DE DÉFINIR LES DIFFÉRENTES CATÉGORIES D'ÉTABLISSEMENTS DE SOINS, parce que la terminologie utilisée varie à travers le Canada et qu'une même expression peut avoir une signification différente selon la province où l'on se trouve. Par exemple, dans certaines provinces, le niveau de services des logements avec assistance est beaucoup plus élevé que celui des résidences-services. Les « foyers de soins spéciaux » ont une mission totalement différente d'une province à l'autre.

Les différences de définition et de terminologie compliquent aussi la cueillette de données et le travail de comparaison. Comme l'a déjà fait valoir l'Institut canadien d'information sur la santé, l'absence de normalisation au niveau de la terminologie, des définitions et des méthodes de cueillette de données complique grandement les comparaisons d'un territoire de compétence à l'autre et même d'un établissement à l'autre dans le même territoire de compétence³¹³.

Notons enfin que les lignes de démarcation entre les trois types d'établissements se chevauchent de plus en plus. Par exemple, certaines résidences-services offrent une plus large gamme de soins personnels et infirmiers et les gouvernements retirent des fonds au budget des établissements de soins de longue durée pour les consacrer à des résidences-services et à des logements avec assistance.

Lits de SLD (publiquement financés) en 2008, selon la province et le type d'administration

	Sans but lucratif	À but lucratif	Nombre total de lits	% sans but lucratif	% à but lucratif
Colombie-Britannique ^a	17 028	7 588	24 616	69 %	31 %
Alberta ^b	10 230	4 424	14 654	45 %	30 %
Saskatchewan ^c	8 273	671	8 944	92 %	8 %
Manitoba ^d	7 280	2 553	9 833	74 %	26 %
Ontario ^e	35 748	40 210	75 958	47 %	53 %
Québec ^f	35 638	10 453	46 091	77 %	23 %
Nouveau-Brunswick ^g	4 175	216	4 391	95 %	5 %
Terre-Neuve-et-Labrador ^h	2 747	0	2 747	100 %	0 %
Nouvelle-Écosse ⁱ	4 190	1 796	5 986	70 %	30 %
Île-du-Prince-Édouard ⁱ	578	400	978	59 %	41 %
Canada	125 887	68 311	194 178	65 %	35 %

Sauf en ce qui concerne Terre-Neuve-et-Labrador, les données ci-dessus ont été recueillies par Janice Murphy, conseillère en recherche du Syndicat canadien de la fonction publique, qui a demandé aux représentants des ministères provinciaux de fournir le nombre de lits de soins de longue durée dans les établissements agréés et financés par le gouvernement (avec la répartition d'établissements à but lucratif et sans but lucratif), à l'exclusion des établissements privés et des résidences-services.

^a Le nombre de lits de la Colombie-Britannique provient du Centre canadien de politiques alternatives et est extrait du rapport *An Uncertain Future for Seniors* (Cohen *et al.*, 2009b). Ces données ont été obtenues à la suite de demandes d'accès à l'information du Syndicat des employés d'hôpitaux auprès des régies régionales de la santé en août 2008, dont les résultats ont été recoupés avec l'information sur les sites de soins de longue durée du guide de l'Association canadienne des soins de santé et avec les sites Internet des régies régionales. Les chiffres pour la régie régionale de l'île de Vancouver (Vancouver Island Health Authority, VIHA) ont été mis à jour en date de décembre 2008 d'après les données fournies par l'agence même relativement aux ouvertures et fermetures récentes d'établissements.

- ^b Les chiffres de l'Alberta sur le nombre de lits sont issus d'un échange de correspondance avec Thuy Nguyen, Questions stratégiques et soins prolongés, Santé et Bien-être Alberta. Le nombre de lits de SLD est en date du 31 mars 2008. L'information quant aux types d'administrations vient de www.ab-cca.ca/about-our-members/
- ^c Les chiffres de la Saskatchewan sur le nombre de lits viennent d'un échange de correspondance avec Gaye Holliday, conseiller en soins spéciaux à domicile, Santé Saskatchewan, le 1^{er} octobre 2008. L'information quant aux types d'administrations vient de lui également : 671 ou 7,5 pour cent des lits en établissement de soins de longue durée sont privés à but lucratif (et les privés n'offrent aucun lit de répit).
- ^d Les chiffres sur le nombre de lits du Manitoba sont en date du 31 mars 2008 et incluent une quantité limitée de lits de répit. Un établissement peut avoir au maximum deux lits de répit. Ce ne sont pas tous les établissements qui en ont. À cela s'ajoutent 150 lits provisoires sans permis qui sont en train d'être éliminés graduellement. Ces lits sans permis ne sont pas inclus dans le total de 9 833. Les renseignements sur les lits de SLD et les types d'administrations ont été fournis par Lorene Mahoney, conseillère en soins de longue durée, Santé Manitoba.
- ^e Les chiffres sur le nombre de lits de SLD en Ontario proviennent de la Division de la gestion de l'information et de l'investissement pour le système de santé, 31 juillet 2008, Direction des données sur la santé, ministère de la Santé et des Soins de longue durée.
- ^f Les chiffres sur le nombre de lits au Québec sont extraits du tableau « Capacités : Lits ou places autorisés au permis. Sommaire provincial selon les mission-classe-type » (sommaire provincial des lits autorisé par catégorie), consulté le 5 janvier 2009 à l'adresse wpp01.msss.gouv.qc.ca/appl/M02/M02SommLitsPlacesProv.asp, dernière mise à jour au 20 décembre 2008.
- ^g Les chiffres sur le nombre de lits sans but lucratif au Nouveau-Brunswick ont été fournis par Mike Léger, directeur, Services offerts dans les foyers de soins, et s'appliquent à 2008. Sur les 61 établissements sans but lucratif exploités à l'heure actuelle au Nouveau-Brunswick, 56 sont administrés par des organismes sans but lucratif et cinq le sont par les régies régionales de la santé. Le nombre de lits à but lucratif vient d'un communiqué de presse du 15 avril 2008 gouvernement du Nouveau-Brunswick et il représente une projection. À l'époque, le gouvernement du Nouveau-Brunswick venait de conclure une entente avec Shannex, une chaîne d'établissements de soins ayant son siège social en Nouvelle-Écosse, afin de construire trois nouveaux établissements de SLD en partenariat public-privé sur une période de deux ans. Joyce Alberta, conseillère des Services offerts dans les foyers et établissements de soins du Nouveau-Brunswick, a déclaré lors d'une conversation le 31 août 2009 que le premier foyer de soins Shannex, de 72 lits, est censé ouvrir en janvier 2010. Les deux autres établissements, de 72 lits chacun, devraient ouvrir en juin 2010.
- ^h Les chiffres sur le nombre de lit et la proportion de lits publics et privés ont été fournis au SCFP par le ministère de la Santé et des Services communautaires de Terre-Neuve-et-Labrador le 17 août 2009.
- ⁱ Les chiffres sur le nombre de lits de SLD en Nouvelle-Écosse viennent d'un échange de correspondance avec Annette Fougère, superviseure, Admission et placement en établissement de soins de longue durée, Soins prolongés, ministère de la Santé de la Nouvelle-Écosse. Le nombre de lits en « foyers de soins » est en date du 1^{er} août 2008. La proportion des lits à but lucratif/sans but lucratif vient d'un bulletin de Santé Nouvelle-Écosse qui identifie 70 lits de SLD avec les types d'administrations qui suivent : 20 privés à but lucratif (30 pour cent), 21 privés sans but lucratif, 22 municipaux et sept hôpitaux (70 pour cent sans but lucratif). www.careerbeacon.com/corpprof/ns_dept_of_health/nove_scotia_long_term.htm

^j Les chiffres sur le nombre de lits à l'Île-du-Prince-Édouard ont été fournis par Calvin Joudrie, directeur, Subventions en SLD. Au 19 février 2009, il y avait 578 lits publics de SLD et 400 lits permanents dans des établissements privés agréés, plus 44 lits temporaires. Si l'on tient compte de ces 44 lits temporaires, le total des lits de SLD passe à 1 022 et la part des lits à but lucratif grimpe à 43 pour cent.

Satisfaction professionnelle et roulement du personnel dans les établissements de SLD

La troisième partie du présent rapport démontre l'impact qu'un roulement élevé du personnel peut avoir sur la santé et le bien-être des résidents. Cette annexe propose un résumé de la littérature quant aux facteurs qui causent un roulement élevé du personnel dans les établissements de soins de longue durée.

Divers facteurs organisationnels comme le leadership et la charge de travail ont une influence sur l'engagement et la satisfaction professionnelle des employés, deux aspects qui influent sur la rétention du personnel³¹⁴.

- Les membres du personnel infirmier et soignant de 12 établissements de SLD de l'Ontario ont rapporté que les relations entre les superviseurs (infirmières gestionnaires et IA) et les membres du personnel soignant (préposés aux soins et IAA) ont gagné en qualité grâce à des améliorations au niveau de l'écoute, de la reconnaissance, du renforcement positif, du respect et de la confiance (« comportements touchant la communication dans le domaine de la gestion ») et grâce à des comportements démontrant une plus grande ouverture, tels qu'aider, enseigner et défendre (« comportements pratiques servant de modèles »)³¹⁵.
- Un sondage réalisé auprès des employés d'un établissement de SLD de l'Ontario sur la qualité de vie au travail a révélé que les indicateurs les plus importants de satisfaction professionnelle sur le site, qui combine un établissement de soins et un hôpital communautaire (124 lits), sont les suivants : ouverture des voies de communication entre les employés; qualité du pouvoir décisionnel; soutien social du superviseur; information du personnel par l'organisation; niveau salarial satisfaisant. Sur un autre site (389 lits), les répondants ont déclaré que les indicateurs les plus importants de satisfaction professionnelle sont la conviction que l'organisation agit conformément à son énoncé de mission, le soutien social du superviseur, une bonne latitude décisionnelle et « avoir souvent ou toujours le temps de faire le travail à faire³¹⁶ ».
- Des entrevues et analyses de données sur le roulement du personnel dans 250 établissements de SLD de 10 États américains a révélé que le taux de roulement chez les préposés aux soins était 33 pour cent plus bas dans les établissements qui consultent ces employés pour la planification des soins ou dont le personnel infirmier tient compte des suggestions des préposés, comparativement aux établissements où le personnel soignant n'est pas impliqué dans la planification des soins. Quand les préposés sont vraiment impliqués dans la planification des soins, leur taux de roulement diminue de 50 pour cent³¹⁷.

- Dans un sondage réalisé auprès des préposés de 24 établissements de SLD de l'Illinois et de l'Indiana, il s'est avéré que la satisfaction professionnelle est liée de façon significative à l'enrichissement personnel, à la sécurité d'emploi et au dépassement professionnel³¹⁸.
- Un sondage mené à l'échelle de la Louisiane auprès de 550 préposés aux soins de 70 établissements de SLD a démontré que les préposés étaient plus satisfaits et moins enclins à quitter leur emploi lorsqu'ils sont supervisés de façon juste et encouragés, qu'ils participent aux décisions qui concernent le travail, ont des possibilités d'épanouissement professionnel et évoluent dans un climat où il est possible de communiquer ouvertement³¹⁹.
- Il appert que les préposés des 50 établissements de SLD dans cinq États américains qui ont accordé une note positive à leurs superviseurs (pour la communication, la rétroaction, le soutien et d'autres mesures) sont moins susceptibles de quitter leur emploi³²⁰.
- Une étude réalisée auprès de 854 foyers de soins de six États américains a révélé une relation intéressante entre le niveau de dotation des préposés et leur taux de roulement : plus les préposés sont nombreux, moins les départs volontaires et involontaires sont fréquents dans toutes les catégories de personnel infirmier, ce qui suggère que les préposés sont essentiel aux efforts de rétention de tout l'éventail du personnel infirmier³²¹.
- Un sondage réalisé auprès de 2 900 administrateurs de foyers de soins aux États-Unis a révélé que les gestionnaires qui cherchent le consensus (c'est-à-dire qui sollicitent l'avis de leur personnel et qui agissent en conséquence) obtiennent les taux de roulement les plus bas, même lorsque tous les autres effets des conditions organisationnelles et économiques locales sont constants³²².
- Une étude impliquant 6 354 travailleurs en SLD de 76 États du Midwest américain a démontré que la qualité du climat est la variable qui prédit le mieux la satisfaction professionnelle et l'intention de rester en poste. Les indicateurs de « qualité du climat » incluent la mesure dans laquelle l'organisation récompense la qualité, offre du temps de ressourcement et de formation, facilite la collaboration et le travail d'équipe et met les suggestions en œuvre³²³.
- Dans la toute première étude américaine axée sur les conditions de travail et la satisfaction professionnelle des préposés aux soins, un sondage a été réalisé auprès de 2 252 préposés et a révélé que les plus importants indicateurs de satisfaction professionnelle concernent la charge de travail, la qualité des relations avec les superviseurs, le sentiment de respect et d'utilité, l'enrichissement apporté par le travail et l'invitation à discuter des soins des résidents avec les familles. Du côté de la charge de travail, le fait d'augmenter d'une demi-heure le nombre d'heures par journée-résident du côté des préposés est associé à une diminution de 8,5 pour cent de la probabilité d'insatisfaction professionnelle³²⁴.

:ssj/sepb491

Références citées

- Alexander, T. 2002. « The History and Evolution of Long-Term Care in Canada ». Dans Stephenson, M. et Sawyer, E. (éd.), *Continuing the Care: The Issues and Challenges for Long-Term Care*. Ottawa : Presses de l'ACS.
- Amirkhanyan, A. 2008. « Privatizing public nursing homes: Examining the effects on quality and access ». *Public Administration Review*, juillet/août: 665-680.
- Amirkhanyan, A.A., Kim, H.J. et Lambright, K.T. 2008. « Does the Public Sector Outperform the Nonprofit and For-Profit Sectors? Evidence from a National Panel Study on Nursing Home Quality and Access ». *Journal of Policy Analysis and Management*, 27(2): 326-353.
- Arling, G., Kane, R.L., Mueller, C., Bershadsky, J. et Degenholtz, H.B. 2007. « Nursing Effort and Quality of Care for Nursing Home Residents ». *Gerontologist*, 47(5): 672-682. Consulté à l'adresse <http://gerontologist.gerontologyjournals.org/cgi/content/abstract/47/5/672>
- Armstrong, P. 2007. « Relocating Care: Home Care in Ontario ». Dans Morrow, M., Hankivsky, O. et Varcoe, C. (éd.), *Women's Health in Canada: Critical Perspectives on Theory and Policy*. Toronto : Presses de l'Université de Toronto, 528-553.
- Armstrong, P. 1994. « Closer to Home: More Work for Women ». Dans Armstrong, P. et al. (éd.), *Take Care: Warning Signals for Canada's Health System*. Toronto : Garamond Press.
- Armstrong, P. et Armstrong, H. 2002. « Women, Privatization and Health Care Reform: The Ontario Case ». Dans Armstrong, P. et al. (éd.), *Exposing Privatization: Women and Health Reform in Canada*. Aurora: Garamond Press.
- Armstrong, P. et Daly, T. 2004. *Il n'y a pas assez de mains : Les conditions dans les établissements de soins de longue durée en Ontario*. Syndicat canadien de la fonction publique. Consulté le 2 février 2009 à l'adresse <http://scfp.ca/downloads/ontario/oldcupeontariosite/sectors/2004/healthcare/longtermcare-french.pdf>
- Armstrong, P., Banerjee, A., Szebehely, M., Armstrong, H., Daly, T. et Lafrance, S. 2009. *They Deserve Better: The long-term care experience in Canada and Scandinavia*. Ottawa : Centre canadien de politiques alternatives.
- Armstrong, P., Armstrong, H. et Scott-Dixon, K. 2008. *Critical to Care: The Invisible Women in Health Services*. Toronto : Presses de l'Université de Toronto.
- Armstrong, W. 2002. *Eldercare—On the Auction Block: Alberta Families Pay the Price*. Association des consommateurs du Canada, division de l'Alberta. Septembre.
- Armstrong, W. et Deber, R. 2006a. *Missing Pieces of the Shift to Home and Community Care: A Case Study of the Conversion of an Alberta Nursing Home to a Designated Assisted Living Program*. Mars. Consulté le 25 juillet 2009 à l'adresse www.continuingcarewatch.com
- Armstrong, W. et Deber, R. 2006b. *Reading the Fine Print: Focus on Long Term Care Insurance*. Mars.
- Aronson, J., Denton, M. et Zeytinoglu, I.U. 2004. « Market-modelled home care in Ontario: Deteriorating working conditions and dwindling community capacity ». *Analyse de politiques*, 30(1): 111-125.
- Aronson, J. et Neysmith, S. 1997. « The Retreat of the State and Long-Term Provision: Implications for Frail Elderly People, Unpaid Family Carers and Paid Home Care Workers ». *Studies in Political Economy*, 53 (été): 37-66.

- Baines, D. 2004. « Caring for Nothing: Work Organization and Unwaged Labour in Social Services ». *Work, Employment and Society*, 18(2): 267-95.
- Baker, David M. 2009. VPA Produits de santé, Financière Sun Life. *Long Term Care Insurance — an industry perspective*. Présentation à la conférence de l'Institut de recherche en politique publique : « 'When I'm 64...' — Defining Care Giving Policy for an Aging Canada ». Montréal, 2-3 avril 2009.
- Banerjee, A. 2008. *Pour un dialogue pancanadien sur les soins de longue durée en établissement*. Document non publié préparé pour le bureau national du Syndicat canadien de la fonction publique.
- Banerjee, A., Daly, T., Armstrong, H., Lafrance, S. et Szebehely, M. 2008. « Hors de contrôle : La violence contre le personnel de soutien des établissements de soins de longue durée ». Université York et Université Carleton. Février. Consulté le 25 septembre 2009 dans sa version anglaise à l'adresse http://www.yorku.ca/mediar/special/out_of_control___english.pdf; version française disponible à l'adresse http://cupe.ca/updir/7859OutofControl_ViolenceinLTC-fr.pdf
- Banaszak-Holl, J., Berta, W., Baum, J.A.C. et Mitchell, W. 2002. « Comparing service quality among chain and independent US nursing homes during the 1990s ». Document de travail. Consulté le 25 février 2009 à l'adresse www.caseatduke.org/documents/nh_servicequality_mitchell.pdf
- Barry, T.T., Brannon, D. et Mor, V. 2005. « Nurse aide empowerment strategies and staff stability: Effects on nursing home resident outcomes ». *Gerontologist*, 45(3): 309-317. Consulté à l'adresse <http://gerontologist.gerontologyjournals.org/cgi/content/abstract/45/3/309>
- Baumbusch, J.L. 2008. « Decommissioning citizenship: The organization of long-term residential care ». *Thèse de doctorat non publiée*. Vancouver : Université de la Colombie-Britannique.
- Ben-Ner, A. et Ren, T. 2008. « Does organization ownership matter? Structure and performance in for-profit, nonprofit and local government nursing homes ». Document d'appui de l'Industry Studies Conference. Consulté le 6 janvier 2009 à l'adresse www.legacy-irc.csom.umn.edu/RePEC/hrr/papers/0108.pdf
- Berdes, C. et Eckert, J.M. 2001. « Race relations and caregiving relationships ». *Research on Aging*, 23: 109-126.
- Berta, W., Laporte, A. et Valdmanis, V. 2005. « Observations on institutional long-term care in Ontario: 1996-2002 ». *Canadian Journal on Aging Revue canadienne du vieillissement*, 24(1): 71-84.
- Bishop, C.E., Squillace, M.R., Meagher, J., Anderson, W.L. et Wiener, J.M. 2009. « Nursing Home Work Practices and Nursing Assistants' Job Satisfaction ». *Gerontologist* (8 juin): gnp040. doi:10.1093/geront/gnp040.
- Bishop, C.E., Weinberg, D.B., Leutz, W., Dossa, A., Pfefferle, S.G. et Zinckavage, R.M. 2008. « Nursing assistants' job commitment: Effect of nursing home organizational factors and impact on resident well-being ». *Gerontologist*, 48(supp. 1): 36-45. Consulté le 19 février 2009 à l'adresse http://gerontologist.gerontologyjournals.org/cgi/reprint/48/suppl_1/36
- Boothman, S. 2007. « The Influence of Care Provide Access to Structural Empowerment on Individualized Care in Long-term Care Facilities ». Mémoire de maîtrise. Université Simon Fraser, École de gérontologie.
- Bowers, B.J., Esmond, S. et Jacobson, N. 2000. « The relationship between staffing and quality in long-term care facilities: Exploring the view of nurses aides ». *Journal of Nursing Care Quality*, 14(4): 55-64.

- Brannon, D., Barry, T., Kemper, P., Schreiner, A. et Vasey, J. 2007. « Job perceptions and intent to leave among direct care workers: Evidence from the Better Jobs Better Care demonstrations ». *Gerontologist*, 47(6): 820-829. Consulté le 18 février 2009 à <http://gerontologist.gerontologyjournals.org/cgi/reprint/47/6/820>
- Burchell, B. 2002. « The Prevalence and Redistribution of Job Insecurity and Work Intensification ». Dans Burchell, B., Lapido, D. et Wilkinson, F. (éd.), *Job Insecurity and Work Intensification*. London: Routledge.
- Cahill, S. 2002. « Long term care issues affecting gay, lesbian, bisexual and transgender elders ». *Geriatric Care Management Journal*, 12(3): 4-8.
- Carter, M.W. et Porell, F.W. 2003. « Variations in Hospitalization Rates Among Nursing Home Residents: The Role of Facility and Market Attributes ». *Gerontologist*, 43(2): 175-191. Consulté à l'adresse <http://gerontologist.gerontologyjournals.org/cgi/content/abstract/43/2/175>
- Castle, N.G. 2008. « State differences and facility differences in nursing home staff turnover ». *Journal of Applied Gerontology*, 27(5): 609-630. Consulté le 18 février 2009 à l'adresse <http://jag.sagepub.com/cgi/content/abstract/27/5/609>
- Castle, N.G., Engberg, J., Mendeloff, J. et Burns, R. 2009. « A national view of workplace injuries in nursing homes ». *Health Care Manage Rev*, 34(1): 92-103.
- Castle, N.G. et Engberg, J. 2008. « Further examination of the influence of caregiver staffing levels on nursing home quality ». *Gerontologist*, 48(4): 464-76. Consulté à l'adresse <http://gerontologist.gerontologyjournals.org/cgi/content/abstract/48/4/464>
- Castle, N., Engberg, J. et Men, A. 2008. « Nurse Aide Agency Staffing and Quality of Care in Nursing Homes ». *Medical Care Research and Review*, 65: 232.
- Chou, S.Y. 2002. « Asymmetric Information, Ownership and Quality of Care: An Empirical Analysis of Nursing Homes ». *Journal of Health Economics*, 21(2): 293-311.
- Clarfield, A.M., Ginsberg, G., Raooly, I., Levi, S., Gindin, J. et Dwolatzky, T. 2009. « For-profit and not-for-profit nursing homes in Israel: Do they differ with respect to quality of care? » *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 48: 167-172.
- Coalition canadienne de la santé. 2007. *En obtenir plus à meilleur compte – Stratégie nationale sur l'assurance-médicaments*. Septembre.
- Coalition ontarienne de la santé. 2008. *Submission to the Facilitator, Shirlee Sharkey. Review of Staffing and Care Standards for Long-Term Care Homes*. 31 janvier.
- Coalition ontarienne de la santé. 2009. « Thousands Join Rally at Ontario Legislature to Stop Hospital Cuts ». *The Pulse*, Mai.
- Coalition ontarienne de la santé. 2009. *Submission to the Ontario Ombudsman on Long Term Care Facilities: Standards, Regulation, Monitoring, Compliance, Enforcement*. Toronto : COS. 23 février.
- Cohen, M., Hall, N., Murphy, J. et Priest, A. 2009a. *Innovations in Community Care: From Pilot Project to System Change*. Vancouver : Centre canadien de politiques alternatives—Bureau de la C.-B. Avril. Consulté à l'adresse www.policyalternatives.ca/reports/2009/04/innovations
- Cohen, M., Tate, J. et Baumbusch, J. 2009b. *An Uncertain Future for Seniors: BC's Restructuring of Home and Community Health Care, 2001–2008*. Vancouver : Centre canadien de politiques alternatives—Bureau de la C.-B. Avril. Consulté à l'adresse www.policyalternatives.ca/reports/2009/04/uncertain_future/

- Cohen, M., McLaren, A., Sharman, Z. and Murray, S. 2006. *From Support to Isolation: The High Cost of BC's Declining Home Support Services*. Vancouver : Centre canadien de politiques alternatives—Bureau de la C.-B. Juin. Consulté à l'adresse www.policyalternatives.ca/reports/2006/06/ReportsStudies1380/
- Cohen, M., Murphy, J., Nutland, K. et Ostry, A. 2005. *Continuing Care Renewal or Retreat? BC Residential and Home Care Restructuring 2001–2004*. Vancouver : Centre canadien de politiques alternatives—Bureau de la C.-B. Mars. Consulté à l'adresse www.policyalternatives.ca/reports/2005/04/ReportsStudies1068/
- Cohen, M.G. et Cohen, M. 2004. *A Return to Wage Discrimination: Pay Equity Losses Through the Privatization of Health Care*. Vancouver : Centre canadien de politiques alternatives—Bureau de la C.-B. April. Consulté le 23 octobre 2008 à l'adresse www.policyalternatives.ca/documents/BC_Office_Pubs/bc_pay_equity.pdf
- Collier, E. et Harrington, C. 2008. « Staffing characteristics, turnover rates, and quality of resident care in nursing facilities ». *Research in Gerontological Nursing*, 1(3): 157-170.
- Collins, J.W., Wolf, L., Bell, J. et Evanoff, B. 2004. « An evaluation of a “best practices” musculoskeletal injury prevention program in nursing homes ». *Injury Prevention*, 10(4): 206-211. Consulté à l'adresse www.pubmedcentral.nih.gov/picrender.fcgi?artid=1730104&blobtype=pdf
- Comité sénatorial spécial sur le vieillissement. 2009. *Rapport final. Le vieillissement de la population : un phénomène à valoriser*. Avril.
- Commodore, V.R. et al. 2009. « Quality of care in for-profit and not-for-profit nursing homes: systematic review and meta-analysis ». *British Medical Journal*, 339: b2732.
- Confédération des syndicats nationaux. 2007. *Mémoire présenté lors de la consultation publique sur les conditions de vie des aîné-es*. Novembre.
- Conseil canadien de la santé. 2008. *Refaire le fondement : Mise à jour sur le renouvellement des soins de santé primaires et des soins à domicile au Canada*. Janvier.
- Coughlan, R. et Ward, L. 2007. « Experiences of recently relocated residents of a long-term care facility in Ontario: Assessing quality qualitatively ». *International Journal of Nursing Studies*, 44: 47-57.
- Cranswick, K. et Thomas, D. 2005. « Elder care and the complexities of social networks ». Statistique Canada, no 11-008 au catalogue. *Tendances sociales canadiennes*. Été : 10-15. Consulté le 28 août 2009 à l'adresse www.statcan.gc.ca/pub/11-008-x/2005001/article/7941-fra.pdf
- Das Gupta, T. 2009. *Real Nurses and Others: Racism in Nursing*. Halifax : Fernwood Publishing.
- Davies, S. 2009. *Making the Connections: Contract Cleaning and Infection Control. A Report for UNISON*. Pays de Galles : Cardiff University.
- Deber, R. 2000. *Getting What We Pay For: Myths and Realities About Financing Canada's Health Care System*. Document d'information préparé en vue du Dialogue sur la réforme de la santé. Avril.
- Denton, M., Zeytinoglu, I.U., Davies, S. et Hunter, D. 2006. « The Impact of Implementing Managed Competition on Home Care Workers' Turnover Decisions ». *Analyse de politiques*, 1(4): 106-123.
- Développement des ressources humaines Canada. 2003. *Étude nationale des ressources humaines du secteur des soins à domicile : Rapport de synthèse*. Consulté le 30 août 2009 dans sa version anglaise à l'adresse www.cha.ca/documents/pa/Home_Care_HR_Study.pdf

- Donoghue, C. et Castle, N.G. 2009. « Leadership Styles of Nursing Home Administrators and Their Association With Staff Turnover ». *Gerontologist* 49(2): 166-174. doi:10.1093/geront/gnp021
- Donoghue, C. et Castle, N.G. 2007. « Organizational and environmental effects on voluntary and involuntary turnover ». *Health Care Manage Rev*, 32(4): 360-9.
- Eaton, S.C. 2000. « Beyond 'unloving care': linking human resource management and patient care quality in nursing homes ». *International Journal of Human Resource Management*, 11(3): 591-616.
- Ejaz, F.K., Noelker, L.S., Menne, H.L. et Bagaka's, J.G. 2008. « The Impact of Stress and Support on Direct Care Workers' Job Satisfaction ». *Gerontologist*, 48: 60-70. Consulté à l'adresse http://gerontologist.gerontologyjournals.org/cgi/content/abstract/48/suppl_1/60
- Facility Bargaining Association, Comité mixte d'orientation. 2008. *Effectively Utilizing BC's Licensed Practical Nurses and Care Aides*. Consulté à l'adresse www.heu.org/~DOCUMENTS/research_reports/Effectively%20Utilizing%20LPN_Care%20Aide%20Report.pdf
- Fédération interprofessionnelle de la santé du Québec. 2007. *Argumentaire : Pour contrer la désinstitutionnalisation*. Novembre.
- Flackman, B., Sorlie, V. et Kihlgren, M. 2008. « Unmet expectations: why nursing home staff leave care work ». *International Journal of Older People Nursing*, 3(1): 55-62.
- Flecker, K. 2006a. *Address to the Policy Perspectives on Immigrant Labour Market Integration Panel at the Association of Canadian Community Colleges Conference*. 28 novembre. Congrès du travail du Canada, Service des droits de la personne et de lutte contre le racisme.
- Flecker, K. 2006b. *Entry of Temporary Foreign Workers into Canada*. Présentation aux ministres du Travail de l'Organisation des États américains. 28-29 novembre. Congrès du travail du Canada, Service des droits de la personne et de lutte contre le racisme.
- Flood, C.M., Stabile, M. et Tuohy, C. 2006. « What Is In and Out of Medicare? Who Decides? » Dans Flood, C. (éd.), *Just Medicare: What's In, What's Out, How We Decide*. Toronto : Presses de l'Université de Toronto, 15-41.
- Frazier, C. et Sherlock, L. 1994. « Staffing patterns and training for competent dementia care ». Dans Aronson, M. (éd.), *Reshaping Dementia Care: Practice and Policy in Long-Term Care*. Londres, Royaume-Uni : Sage Publications, 109-126.
- Friends of Medicare Alberta. 2009. « Big changes happening in health care ». *The Guardian*, 1(2).
- Fuller, C. 1998. *Caring for profit*. Vancouver : New Star Books.
- Galabuzi, Grace-Edward. 2001. *Canada's Creeping Economic Apartheid—The economic segregation and social marginalization of racialized groups*. Toronto : CSJ Foundation for Research and Education.
- Gittler, J. 2008. « Government Efforts to Improve Quality of Care for Nursing Home Residents and to Protect Them from Mistreatment: A Survey of Federal and State Laws ». *Research in Gerontological Nursing*, 1(4): 264-284.
- Grabowski, D., Stewart, K., Broderick, S. et Coots, L. 2008. « Predictors of Nursing Home Hospitalization: A Review of the Literature ». *Medical Care Research and Review*, 65(1).
- Grabowski, D.C. et Castle, N.G. 2004. « Nursing homes with persistent high and low quality ». *Medical Care Research and Review*. 61(1): 89-115.
- Grant, K. et al. 2004. *Caring For/Caring About: Women, Home Care and Unpaid Caregiving*. Aurora : Garamond.

- Grieshaber-Otto, J. et Sinclair, S. 2004. *Bad Medicine: Trade treaties, privatization and health care reform in Canada*. Ottawa : Centre canadien de politiques alternatives.
- Gruss, V., McCann, J., Edelman, P. et Farran, C.J. 2004. « Job Stress Among Nursing Home Certified Nursing Assistants: Comparison of Empowered and Nonempowered Work Environments ». *Alzheimer's Care Quarterly*, juillet/septembre.
- Hall, L.M., McGilton, K.S., Krejci, J., Pringle, D., Johnston, E., Fairley, L. et Brown, M. 2005. « Enhancing the quality of supportive supervisory behavior in long-term care facilities ». *The Journal of Nursing Administration*, 35(4): 181-187.
- Harrington, C. 2008a. *Nursing Home Staffing Standards in State Statutes and Regulations*. San Francisco : Université de la Californie. Consulté le 10 décembre 2008 à l'adresse www.pascenter.org/documents/Staffing_regulations_1_08.pdf
- Harrington, C. 2008b. « Public vs. Private Nursing Homes: Lessons from the US ». Présentation à la conférence, Projet sur la sécurité économique, *Reimagining Health Services: Innovations in Community Health*, Vancouver, C.-B., 6-8 novembre 2008.
- Harrington, C. 2007. *Trends in nursing home ownership and quality*. Témoignage préparé à l'intention de la US House of Representatives Committee on Ways, and Means, Subcommittee on Health. 15 novembre. Consulté le 10 décembre 2008 à l'adresse <http://waysandmeans.house.gov/hearings.asp?formmode=view&id=6624>
- Harrington, C., Carrillo, H. et Woelke Blank, B. 2008. *Nursing Facilities, Staffing, Residents and Facility Deficiencies, 2001 through 2007*. Université de la Californie. Département des sciences sociales et du comportement. Consulté le 10 décembre 2008 à l'adresse www.pascenter.org/documents/OSCAR2007.pdf
- Harrington, C., Swan, J.H. et Carrillo, H. 2007. « Nurse staffing levels and Medicaid reimbursement rates in nursing facilities ». *Health Services Research*, 23(3): 1105-1129.
- Harrington, C., O'Meara, J. et Kang, T. 2006. *Snapshot: Staffing and quality in California nursing homes*. Consulté le 18 février 2009 à l'adresse www.chcf.org/documents/hospitals/SnapshotNursingHomeStaffingQuality06.pdf
- Harrington, C., Woolhandler, S., Mullan, J., Carrillo, H. et Himmelstein, D.U. 2001. « Does investor ownership of nursing homes compromise the quality of care? » *American Journal of Public Health*, 91(9): 1452-1455.
- Harrington C., Kovner, C., Mezey, M., Kayser-Jones, J., Burger, S., Mohler, M., Burke, R. et Zimmerman, D. 2000. « Experts recommend minimum nurse staffing standards for nursing facilities in the United States ». *Gerontologist*, 40:5-16. Consulté à l'adresse <http://gerontologist.gerontologyjournals.org/cgi/content/abstract/40/1/5>
- Hawes, C. 2002. *Elder abuse in residential long-term care facilities: What is known about prevalence, causes and prevention*. Témoignage devant le Comité sénatorial des États-Unis sur la finance.
- Health Care Financing Administration. 2002. *Report to Congress: Appropriateness of Minimum Nurse Staffing Ratios in Nursing Homes: Phase II Report*. Washington : US Department of Health and Human Services. Consulté à l'adresse www.directcareclearinghouse.org/1_art_det.jsp?res_id=1260
- Health Care Financing Administration. 2000. *Report to Congress: Appropriateness of Minimum Nurse Staffing Ratios in Nursing Homes: Phase I Report*. Washington : US Department of Health and Human Services. Consulté à l'adresse www.directcareclearinghouse.org/1_art_det.jsp?res_id=3050

- Hillmer, M., Wodchis, W.P., Gill, S.S., Anderson, G.M. et Rochon, P.A. 2005. « Nursing home profit status and quality of care: Is there any evidence of an association? » *Medical Care Research and Review*, 62(2): 139-166.
- Hirst, S., Spencer, C., Beaulieu, M., Charpentier, M., Harbison, J., McDonald, L., Podnieks, E. et Howse, D. 2008. « Institutional abuse and neglect: A Canadian resource ». Préparé pour le projet : *A Way Forward: Promising Approaches to Abuse Prevention in Institutional Settings*. Université de Toronto : Institut sur l'évolution de la vie et le vieillissement. Mars. Consulté le 10 décembre 2008 à l'adresse <http://elderabuse.aging.utoronto.ca/files/National%20Snapshot%20-%20Full%20Report.pdf>
- Hirth, R.A., Banaszak-Holl, J.C. et McCarthy, J.F. 2000. « Nursing Home-to-Nursing Home Transfers: Prevalence, Time Pattern, and Resident Correlates ». *Medical Care*, 38(6): 660-9.
- Hurley, J. et Guindon, G.E. 2008. *Private Health Insurance in Canada*. Hamilton : Centre for Health Economics and Policy Analysis. Document de travail 08-04.
- Institut canadien d'information sur la santé. 2000. *Continuing Care (Long Term Care Facilities) Review of Health Information Standards*. Juillet.
- Jaffe, M., McKenna, B. et Venner, L. 2008. *Equal Pay, Privatisation and Procurement*. Liverpool : The Institute of Employment Rights. Consulté le 26 novembre 2008 à l'adresse www.ier.org.uk/node/293
- Jansen, I. et Murphy, J. 2009. « Environmental Cleaning and Healthcare-Associated Infections ». *HealthcarePapers*, 9(3): 38-43.
- Kane, R.L. 2004. « Commentary: Nursing home staffing—More is necessary but not necessarily sufficient ». *Health Services Research*, 39(2): 251-256. Consulté le 17 février 2009 à l'adresse www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=1361006
- Karsh, B., Booske, B.C. et Sainfort, F. 2005. « Job and organizational determinants of nursing home employee commitment, job satisfaction and intent to turnover ». *Ergonomics*, 48(10): 1260-1281. doi:10.1080/00140130500197195.
- Kim, H., Kovner, C., Harrington, C., Greene, W. et Mezey, M. 2009. « A Panel Data Analysis of the Relationships of Nursing Home Staffing Levels and Standards to Regulatory Deficiencies ». *Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 64B(2): 269-278.
- Kirkevold, Ø. et Engedal, K. 2006. « The quality of care in Norwegian nursing homes ». *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 20(2): 177-183.
- Kitchener, M., O'Meara, J., Brody, A., Lee, H.Y. et Harrington, C. 2008. « Shareholder value and the performance of a large nursing home chain ». *Health Services Research*, 43(3): 1062-1084.
- Konetzka, R.T., Spector, W.D. et Shaffer, T. 2004. « Effects of Nursing Home Ownership Type and Resident Payer Source on Hospitalization for Suspected Pneumonia ». *Medical Care*, 42(10): 1001-1008.
- Kushner, C., Baranek, P. et Dewar, M. 2008. *Home Care: Change We Need. Report on the Ontario Health Coalition's Home Care Hearings*. Novembre.
- Leach, B., Hallman, B., Joseph, G., Martin, N. et Marcotte, A. 2006. *The Impact of Patient Classification Systems on Women Front-Line Care Workers in Rural Nursing Homes*.
- Leon, J., Marainen, J. et Marcotte, J. 2001. *Pennsylvania's frontline workers in long term care: The provider perspective. A report to the Intergovernmental Council on Long-term Care*. Philadelphie : Polisher Research Institute du Philadelphia Geriatric Centre.

- Lopes, T. et Thomas, B. 2006. *Dancing on Live Embers: Challenging Racism in Organizations*. Toronto : Between the Lines.
- Luong, M. 2009. « Le point sur le SRG ». Statistique Canada, n° 75-001-X au catalogue. *Perspectives*, juillet.
- McGillis Hall, L., McGilton, K.S., Krejci, J., Pringle, D., Johnston, E., Fairley, L. et Brown, M. 2005. « Enhancing the quality of supportive supervisory behavior in long-term care facilities ». *JONA*, 35(4): 181-187.
- McGregor, M.J., Tate, R.B., McGrail, K.M., Ronald, L.A., Broemeling, A. et Cohen, M. 2006. « Care outcomes in long-term care facilities in British Columbia, Canada: Does Ownership Matter? » *Medical Care*, 44(10): 929-935.
- McGregor, M.J., Cohen, M., McGrail, K., Broemeling, A.M., Adler, R.N., Schulzer, M., Ronald, L., Cvitkovich, Y. et Beck, M. 2005. « Staffing levels in not-for-profit and for-profit long-term care facilities: Does type of ownership matter? » *CMAJ*, 172(5): 645-9.
- Miller, E.A. et More, V. 2008. « Balancing Regulatory Controls and Incentives: Toward Smarter and More Transparent Oversight in Long-Term Care ». *Journal of Health Politics, Policy and Law*, 33(2).
- Ministère de la Santé de la Californie. 2001. *Nursing staff requirements and the quality of nursing home care: A report to the California Legislature*.
- Ministère de la Santé de la Colombie-Britannique. 2008. *Health Care Assistant Program, Provincial Curriculum*, annexe I.
- Ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario. 2008. *Ce qu'on nous a dit : Consultation sur la qualité des soins de longue durée 2008*. Consulté le 15 décembre 2008 à l'adresse www.health.gov.on.ca/french/publicf/pubf/ministry_reportsf/quality_consultation_08f/quality_consultation_08f.pdf
- Mitchell, W., Venkatraman, A., Banaszak-Holl, J., Baum, J.A.C. et Berta, W. 2003. *The commercialization of nursing home care: Does for-profit efficiency mean lower quality or do corporations provide the best of both worlds?* Conférence de la Strategic Management Society.
- Morgan, D.G., Semchuk, K.M., Stewart, N.J. et D'Arcy, C. 2002. « Job strain among staff of rural nursing homes: A comparison of nurses, aides, and activity workers ». *The Journal of Nursing Administration*, 32(3): 152-161.
- Murphy, J.M. 2006. *Residential care quality: A review of the literature on nurse and personal care staffing and quality of care*. Préparé pour la Direction des soins infirmiers du ministère de la Santé de la Colombie-Britannique. Novembre. Consulté le 10 décembre 2008 à l'adresse www.heu.org/~DOCUMENTS/research_reports/November%202006%20CNAC%20report%20on%20residential%20care%20staffing%20and%20quality%20of%20care.pdf
- Ngo, H.V. 2000. *Cultural Competency: A Self-Assessment Guide for Human Service Organizations*. Calgary : Patrimoine canadien.
- Noel, M., Pearce, G. et Metcalf, R. 2000. « The effect of educational and staffing interventions on the CNA workforce ». *Journal of the American Medical Directors Association*, 1: 241-247.
- Nursing Council of New Zealand. 2005. *Guidelines for Cultural Safety, the Treaty of Waitangi, and Maori Health in Nursing and Midwifery Education and Practice*.
- O'Neill, C., Harrington, C., Kitchener, M. et Saliba, D. 2003. « Quality of care in Nursing Homes: An analysis of relationships among profit, quality, and ownership ». *Medical Care*, 41(12): 1318-1330.

- Office for Public Management. 2008. *Driven by Dogma? Outsourcing in the Health Service*. Étude pour le compte d'UNISON. Consulté le 11 décembre 2008 à l'adresse www.unison.org.uk/positivelypublic/news_view.asp?did=5042
- Ombudsman Ontario. 2009. *Rapport annuel 2008-2009*. 23 juillet.
- Organisation mondiale de la santé. 2002. *Ethical Choices in Long-Term Care: What Does Justice Require?* Genève : OMC.
- Organisation mondiale de la santé. 2000. *Rapport sur la santé dans le monde*. Genève : OMS.
- Organisation mondiale de la santé, Commission des déterminants sociaux de la santé. 2008. *Comblent le fossé en une génération : Instaurer l'équité en santé en agissant sur les déterminants sociaux de la santé*. Genève : OMS.
- Ostry, A. 2006. *Change and Continuity in Canada's Health Care System*. Ottawa : Presses de l'ACS.
- Pendukar, R. 2002. *Immigrants in the Labour Force: Policy, Regulation and Impact*. Montréal : Presses de l'Université McGill-Queens.
- Pitters, S. 2002. « Long-Term Care Facilities ». Dans Stephenson, M. et Sawyer, E. (éd.), *Continuing the Care: The Issues and Challenges for Long-Term Care*. Ottawa : Presses de l'ACS, 163-201.
- Pollock, A., Miller, E., Mohan, J., Price, D., Shaoul, J. et Viebrock, E. 2008. *A literature review on the structure and performance of not-for-profit health care organisations*. Londres : NHS Service Delivery and Organisation Programme. Consulté le 25 février 2009 à l'adresse www.sdo.nihr.ac.uk/files/project/106-final-report.pdf
- PriceWaterhouseCoopers. 2001. *Report of a Study to Review Levels of Service and Responses to Need in a Sample of Ontario Long Term Care Facilities and Selected Comparators*. 11 janvier.
- Ramage-Morin, P.L. 2005. « Bien vieillir en établissement de santé ». Statistique Canada, n° 82-003 au catalogue. *Supplément aux Rapports sur la santé*, 16: 47-56. Consulté le 10 décembre 2008 à l'adresse www.statcan.gc.ca/pub/82-003-s/2005000/pdf/9089-fra.pdf
- Reed, P. et Tilly, J. 2008. « Dementia Care Practice Recommendations for Nursing Homes and Assisted Living, Phase 1 ». *Alzheimer's Care Today*, 9(1): 33-41.
- Régie régionale de la santé de Chinook. 2003. *Continuing Care Strategic Service Plan — Phase II*.
- Reid, R., Haggerty, J. et McKendry, R. 2002. *Dissiper la confusion : Concepts et mesures de la continuité des soins*. Ottawa : Fondation canadienne de recherche sur les services de santé.
- Roberts, A. 2008. « Challenging borders and barriers: Cultural competence must embrace anti-oppression frameworks ». Centre de toxicomanie et de santé mentale, *CrossCurrents*, Printemps. Consulté le 2 septembre 2009 à l'adresse www.camh.net/Publications/Cross_Currents/Spring_2008/bordersandbarriers_crcuspring08.html
- Rondeau, K.V. et Wagar, T.H. 2001. « Impact of human resource management practices on nursing home performance ». *Health Services Management Research*, 14(3): 192-202.
- Rosen, J., Mittal, V., Degenholtz, H., Castle, N., Mulsant, B., Rhee, Y.J., Hulland, S., Nace, D. et Rubin, F. 2005. « Organizational change and quality improvement in nursing homes: approaching success ». *Journal of Healthcare Quality*, 27(6). Consulté le 18 février 2009 à l'adresse www.nahq.org/journal/ce/article.html?article_id=245
- Ross, M.M., Carswell, A. et Dalziel, W.B. 2002. « Quality of Workplace Environments in Long-Term Care Facilities » " *Geriatrics Today*, 5: 29-33.

- Santé et Bien-être Alberta. 2008. *Continuing Care Strategy: Aging in the Right Place*. Edmonton: Santé et Bien-être Alberta. Décembre.
- Santé Canada. 2002. *Viellir au Canada*. Rapport préparé par Santé Canada en collaboration avec le Comité interministériel sur les questions relatives au vieillissement et aux aînés. No H39-608/2002F au catalogue. Consulté le 31 août 2009 à l'adresse <http://dsp-psd.communication.gc.ca/Collection/H39-608-2002F.pdf>
- Schnelle, J.F., Simmons, S.F., Harrington, C., Cadogon, M., Garcia, E. et Bates-Jensen, B.M. 2004. « Relationship of nursing home staffing to quality of care ». *Health Services Research*, 39(2): 225-250.
- Shapiro, E. 2009. Présentation à la conférence de l'Institut de recherche en politique publique : « 'When I'm 64...' — Defining Care Giving Policy for an Aging Canada ». Montréal, 2-3 avril 2009.
- Shapiro, E. et Tate, R. 1995. « Monitoring the outcomes of quality of care in nursing homes using administrative data ». *Canadian Journal on Aging/Revue canadienne du vieillissement*, 14: 755-668.
- Sharkey, S. 2008. *Des femmes et des hommes au service des autres : Leur retentissement sur la qualité de vie et des soins dans les foyers de soins de longue durée*. Rapport de l'Examen indépendant des normes en matière de soins et de dotation en personnel pour les foyers de soins de longue durée en Ontario. Mai. Consulté le 10 décembre 2008 à l'adresse www.health.gov.on.ca/french/publicf/pubf/ministry_reportsf/staff_care_standardsf/staff_care_standardsf.pdf
- Shrybman, S. 2008. *Legal Opinion Re. Eastern Ontario Laboratory Association and Gamma-Dynacare Medical Laboratories*. Octobre. Consulté le 14 juillet 2009 à l'adresse www.ochu.on.ca/documents/OCHUOpinion_000.pdf
- Simmons, S.F. et Schnelle, J.F. 2006. « Feeding assistance needs of long-stay nursing home residents and staff time to provide care ». *Journal of the American Geriatrics Society*, 54(6): 919-24.
- Smith, P.W., Bennett, G., Bradley, S., Drinka, P., Lautenbach, E., Marx, J. et al. 2008. « SHEA/APIC Guideline: infection prevention and control in the long-term care facility ». *American Journal of Infection Control*, 36: 504-35.
- Smith, P.W. et Rusnak, P.G. 1997. « Infection Prevention and Control in the Long-Term-Care Facility ». *Infection Control and Hospital Epidemiology*, 18(12): 831-849.
- Société canadienne d'hypothèques et de logement. 2009. « Rapport sur les résidences pour personnes âgées — Faits saillants pour le Canada ». Consulté le 26 août 2009 à l'adresse www03.cmhc-schl.gc.ca/b2c/b2c/init.do?language=fr&z_category=0/0000000160
- Spector, W.D., Selden, T.M. et Cohen, J.W. 1998. « The impact of ownership type on nursing home outcomes ». *Health Economics*, 7: 639-653.
- Spencer, C., Charpentier, M., McDonald, L., Beaulieu, M., Harbison, J., Hirst, S. et Podnieks, E. 2008a. « National Snapshot: Where things currently stand ». Sommaire exécutif. Préparé pour le projet national *A Way Forward: Promising Approaches to Abuse Prevention in Institutional Settings*. Université de Toronto, Institut sur l'évolution de la vie et le vieillissement. Consulté à l'adresse http://elderabuse.aging.utoronto.ca/executive_summaries
- Spencer, C., Charpentier, M., McDonald, L., Beaulieu, M., Harbison, J., Hirst, S. et Podnieks, E. 2008b. « National Snapshot: Preventing abuse and neglect of older adults in institutions ». Préparé pour le projet national : *A Way Forward Project: Promising Approaches to Abuse*

Prevention in Institutional Settings. Université de Toronto : Institut sur l'évolution de la vie et le vieillissement. Consulté le 10 décembre 2008 à l'adresse <http://elderabuse.aging.utoronto.ca/files/National%20Snapshot%20-%20Full%20Report.pdf>

- Stadnyk, R. 2002. *The Status of Canadian Nursing Home Care: Universality, Accessibility, and Comprehensiveness*. Document produit pour le Centre d'excellence pour la santé des femmes — région de l'Atlantique. Juin.
- Staples, S. et Wodak, C. 2008. *Brief on Continuing Care for the Alberta Election 2008*. The Seniors Action Liaison Team (SALT). Février.
- Statistique Canada. 2009. *Le revenu au Canada*. N° 75-202-XWF au catalogue. 3 juin.
- Statistique Canada. 2008a. « Soins aux aînés : le point sur nos connaissances actuelles ». No 11-008-X au catalogue. *Tendances sociales canadiennes*. 21 octobre.
- Statistique Canada. 2008b. *Regard sur la démographie canadienne. Quelques aspects de la composition démographique et ethnoculturelle de la population*. N° 91-003-XWF au catalogue. 25 janvier. Consulté à l'adresse www.statcan.gc.ca/pub/91-003-x/2007001/4129904-fra.htm
- Statistique Canada. 2008c. *Peuples autochtones du Canada en 2006 : Inuits, Métis et Premières Nations, Recensement de 2006*. N° 97-558-XIF au catalogue.
- Statistique Canada. 2007a. *Portrait de la population canadienne en 2006, selon l'âge et le sexe, Recensement de 2006*. No 97-551-XIF au catalogue. Juillet.
- Statistique Canada. 2007b. *Établissements de soins pour bénéficiaires internes, Canada, 2005/2006*. N° 83-237-X au catalogue. Novembre.
- Statistique Canada. 2005. *Projections démographiques pour le Canada, les provinces et les territoires, 2005-2031*. N° 91-520-XWF au catalogue. Consulté le 3 août 2009 à l'adresse www.statcan.gc.ca/pub/91-520-x/91-520-x2005001-fra.htm
- Stevenson, D.G. 2006. « Nursing Home Consumer Complaints and Quality of Care: A National View ». *Medical Care Research and Review*, 63(3): 347-368.
- Stevenson, D.G. 2005. « Nursing Home Consumer Complaints and Their Potential Role in Assessing Quality of Care ». *Medical Care*, 43(2): 102-11.
- Stinson, J., Pollack, N. et Cohen. M. 2005. *The Pains of Health Care Privatization*. Vancouver : Centre canadien de politiques alternatives — Bureau de la C.-B. Consulté le 26 novembre 2008 à l'adresse www.policyalternatives.ca/documents/BC_Office_Pubs/bc_2005/pains_priv_summary.pdf
- Struthers, J. 1997. « Reluctant Partners: State Regulation of Private Nursing Homes in Ontario, 1941-72 ». Dans Blake, R.B., Bryden, P. et Strain, J.F. (éd.), *The Welfare State in Canada: Past, Present and Future*. Concord : Irwin Publishing, 171-192.
- Syndicat canadien de la fonction publique. 2009. *Infections associées aux soins de santé : Document d'information*. Ottawa : Service de la recherche du SFCP.
- Syndicat canadien de la fonction publique. 2008a. *À la défense de l'assurance-santé : Un guide concernant la législation et la réglementation canadiennes*. D'après une analyse juridique de Steven Shrybman. Ottawa : Service de la recherche du SFCP. Janvier.
- Syndicat canadien de la fonction publique. 2008b. *Présentation au Comité permanent de la santé (Canada) de la Chambre des communes concernant son examen du Plan décennal pour consolider les soins de santé*. Consulté le 30 juillet 2009 à l'adresse http://scfp.ca/soins-de-sante/Moist_au_comit__le_p

- Syndicat canadien de la fonction publique. 2008c. *Le climat économique pour les négociations*, Vol. 5, n° 4. Consulté le 1^{er} août 2009 à l'adresse <http://scfp.ca/economie/a494fa89c98827>
- Syndicat canadien de la fonction publique, Conseil de la santé de la Saskatchewan. 2009. *Submission Regarding Proposed Amendments to the Personal Care Homes Regulations*. Juin.
- Syndicat canadien de la fonction publique, Conseil des syndicats des foyers de soins du Nouveau-Brunswick. 2007. *Presentation to the Long Term Care Review of the Department of Family and Community Services*.
- Syndicat des employés d'hôpitaux. 2009a. « Health authority cuts will impact patient care ». Communiqué de presse. 15 juillet.
- Syndicat des employés d'hôpitaux. 2009b. *Quality of care in BC's residential care facilities: Input to the Office of the Ombudsman on Seniors' Care*. 12 janvier.
- Syndicat national des employées et employés généraux du secteur public. 2007. *Dignity Denied: Long-Term Care and Canada's Elderly*. Ottawa : SNEGSP. Février.
- Sullivan, A. 2009. « Drain of healthcare workers from the Philippines to Canada » [Podcast]. *CBC Dispatches*. 30 juin.
- Tarman, V.I. 1990. *Privatization and Health Care: The Case of Ontario Nursing Homes*. Toronto : Garamond Press.
- TCA-Canada. 2007. *Submission of the National Automobile, Aerospace, Transportation and General Workers Union of Canada (CAW-Canada) to the Standing Committee on Social Policy Regarding Bill 140: The Long-Term Care Homes Act, 2006*. Consulté le 12 novembre 2008 à l'adresse www.caw.ca/assets/pdf/CAWBill140submission.pdf
- Tilly, J. et Harvell, J. 2003. *State Experiences with Minimum Nursing Staff Ratios for Nursing Facilities: Findings from the Research to Date and a Case Study Proposal*. Washington : US Department of Health and Human Services. Consulté le 15 janvier 2009 à l'adresse <http://aspe.hhs.gov/daltcp/reports/stateexp.htm>
- Trinkoff, A.M., Johantgen, M., Muntaner, C. et Le, R. 2005. « Staffing and worker injury in nursing homes ». *American Journal of Public Health*, 95(7): 1220-1225.
- Townson, M. 2009. *Women's Poverty and the Recession*. Ottawa : Centre canadien de politiques alternatives. Septembre. Consulté le 3 septembre 2009 à l'adresse www.policyalternatives.ca/reports/2009/09/article2297/?pa=BB736455
- Turcotte, M. et Schellenberg, G. 2007. *Un portrait des aînés au Canada, 2006*. Ottawa : Statistique Canada. Février. N° 89-519-XIF au catalogue. Consulté le 28 août 2009 à l'adresse www.statcan.gc.ca/pub/89-519-x/89-519-x2006001-fra.pdf
- UNISON. 2005. *Cleaners' Voices*. 27 janvier. Consulté le 11 décembre 2008 à l'adresse www.unison.org.uk/healthcare/cleanerhospitals
- US Department of Health and Human Services Administration on Aging. 2009. *Cultural Competency*. Consulté le 13 août 2009 à l'adresse www.aoa.gov/AoARoot/AoA_Programs/Tools_Resources/diversity.aspx
- US Department of Health and Human Services Office of Minority Health. 2009. *What is Cultural Competency?* Consulté le 13 août 2009 à l'adresse www.omhrc.gov/templates/browse.aspx?lvl=2&lvlid=11
- Van Iersel, A. 2007. *Infection Control: Essential for a Healthy British Columbia. The Provincial Overview*. Victoria, C.-B. : Bureau du Vérificateur général de la Colombie-Britannique.

- Wagner, L.M. et Rust, T.B. 2008. *La sécurité dans les établissements de soins de longue durée : Élargir l'étendue de la sécurité des patients pour y inclure les soins de longue durée*. Edmonton: Institut canadien pour la sécurité des patients. Consulté le 3 septembre 2009 (seule la version anglaise est disponible) à l'adresse www.patientsafetyinstitute.ca/English/research/commissionedResearch/SafetyinLongTermCareSettings/Pages/ResearchResults.aspx
- Weatherill, S. 2009. *Rapport de l'Enquêteur indépendante sur l'écllosion de listériose de 2008*. Ottawa : Gouvernement du Canada. Juillet.
- Wiener, J.M., Squillace, M.R., Anderson, W.L. et Khatutsky, G. 2009. « Why Do They Stay? Job Tenure Among Certified Nursing Assistants in Nursing Homes ». *Gerontologist*, 49(2): 198-210. doi:10.1093/geront/gnp027.
- Wiener, J.M., Freiman, M.P. et Brown, D. 2007. *Nursing Home Care Quality: Twenty Years after the Omnibus Budget Reconciliation Act of 1987*. Kaiser Family Foundation. Décembre. Consulté le 11 février 2009 à l'adresse <http://kff.org/Medicare/upload/7717.pdf>
- Williams, A.P., Challis, D., Deber, R., Watkins, J., Kuluski, K., Lum, J.M. et Daub, S. 2009. « Balancing Institutional and Community-Based Care: Why Some Older Persons Can Age Successfully at Home While Others Require Residential Long-Term Care ». *Healthcare Quarterly*, 12(2): 95-105.
- Wilson, K. et Howard, J. 2000. *Missing Links: The Effects of Health Care Privatization on Women in Manitoba and Saskatchewan*. Centre d'excellence pour la santé des femmes — région des Prairies.
- Wodak, C. 2008. *The Promise and the Reality*. Seniors Action and Liaison Team (SALT).
- Wodak, C. 2007. « Aged care a growth industry for investors. Government funding subsidizes profits from pensions of seniors ». *Edmonton Journal*. 6 août.
- Yassi, A., Cohen, M., Cvitkovich, Y., Park, I., Ratner, P.A., Ostry, A.S., Village, J. et Pollak, N. 2004. « Factors associated with staff injuries in Intermediate Care facilities in British Columbia, Canada ». *Nursing Research*, 53(2): 1-12.
- Zimmerman, S. et al. 2003. « Assisted Living and Nursing Homes: Apples and Oranges? » *Gerontologist*, 43 (numéro spécial II): 107-117.
- Zimmerman, S., Sloane, P.D., Williams C.S., Reed, P.S., Preisser, J.S., Eckert, J.K., Boustani, M. et Dobbs, D. 2005. « Dementia care and quality of life in assisted living and nursing homes ». *Gerontologist*, 45(1): 133-46.
- Zoutman, D.E., Ford, B.D. et Gauthier, J. 2009. « A cross-Canada survey of infection prevention and control in long-term care facilities ». *American Journal of Infection Control*.
- Zoutman, D.E., Ford, B.D., Bryce, E., Gourdeau, M., Hébert, G., Henderson, E., Paton, S. et le Comité canadien d'épidémiologistes hospitaliers, Programme canadien de surveillance des infections nosocomiales, Santé Canada. 2003. « The state of infection surveillance and control in Canadian acute care hospitals ». *American Journal of Infection Control*, 31(5): 266-72.

Notes

- 1 Organisation mondiale de la santé, 2002.
- 2 D'après Statistique Canada (2007b), on dénombrait 206 170 lits approuvés en établissement de soins pour bénéficiaires internes en 2005/06. Le sondage de Statistique Canada semble englober les lits de certaines résidences-services et d'autres logements avec assistance tout en excluant certains lits rattachés à des hôpitaux. Nos recherches nous permettent d'identifier un peu moins de 200 000 lits de SLD, en excluant les lits de résidences-services et probablement certains lits rattachés à des hôpitaux (voir l'annexe B).
Armstrong *et al.* (2009) explique que Statistique Canada identifie 212 474 postes équivalents temps plein au Canada hors Québec, mais puisque de nombreux employés d'établissements de SLD travaillent à temps partiel, ce chiffre sous-estime de façon importante le nombre de travailleurs du secteur. Ailleurs dans sa Division de la statistique du travail, Statistique Canada propose un nombre beaucoup plus grand d'employés – 325 700 – pour le secteur des soins de longue durée en établissement en 2008 (Statistique Canada, 2008, tabulation spéciale à partir de l'Enquête sur la population active de 2008).
- 3 La « qualité des soins » mesure des éléments comme l'incidence des plaies de pression, des pertes de poids, des chutes et des hospitalisations. La « qualité de vie » est une notion plus large qui englobe la possibilité de choisir, l'autonomie, la possibilité de tisser des liens significatifs et d'autres éléments qui font que la vie vaut la peine d'être vécue.
- 4 L'expression « heures par journée-résident » (hpr) fait référence à la moyenne quotidienne d'heures travaillées par le personnel en question (habituellement infirmier et préposé) divisé par le nombre de résidents. Parfois, ce nombre traduit des heures « rémunérées » plutôt que des heures « travaillées », mais il tient rarement compte des heures administratives. C'est la façon la plus courante d'évaluer la proportion du personnel dans les établissements de soins de longue durée.
- 5 Dans les présentes, il conviendra dorénavant d'interpréter le mot « provinces » comme désignant à la fois les provinces et les territoires.
- 6 Syndicat canadien de la fonction publique, 2008a.
- 7 En ce qui a trait aux services complémentaires de santé, les seules obligations que la *Loi canadienne de la santé* impose aux provinces et territoire concernent la communication de renseignements [paragraphe 13(a)] et la divulgation du financement fédéral [paragraphe 13(b)]. Les renseignements, inclus dans les rapports annuels sur la *Loi*, sont incomplets et difficiles à interpréter parce que la terminologie, les définitions et les exigences de déclaration détaillée diffèrent d'une province à l'autre.
- 8 Alexander, 2002, 19. Le gouvernement fédéral subventionnait les soins aux aînés en établissement par l'intermédiaire du Régime d'assistance publique du Canada (RAPC) de 1966. La part du financement du RAPC consacrée aux soins complémentaires a beaucoup diminué lors de l'entrée en scène du Programme de services complémentaires de santé (PSCS) et le RAPC en tant que tel a été complètement éliminé en 1996.
- 9 Tarman, 1990, 35. Les lignes directrices émises par le gouvernement fédéral en 1973 identifiaient cinq niveaux de soins de santé en établissement : soins de longue durée, soins complémentaires, soins aux malades chroniques, soins de rééducation et soins de courte durée.
- 10 Deber, 2000, 25. Deber explique que, dans ses rapports de dépenses FPE, le gouvernement fédéral affectait une partie à la santé et une autre partie à l'enseignement postsecondaire, mais qu'il s'agissait d'allocations « théoriques » puisque les transferts FPE n'étaient assujettis à aucune exigence de dépense.

- 11 Alexander, 2002, 18.
- 12 Fletcher (1987), dans Alexander, 2002.
- 13 Institut canadien d'information sur la santé, 2000, 3.
- 14 Stadnyk, 2002.
- 15 Gouvernement de la Colombie-Britannique (2009), dans Cohen *et al.*, 2009b, 36.
- 16 Stadnyk, 2002, 12.
- 17 Wodak, 2007.
- 18 Pitters, 2002, 164.
- 19 Statistique Canada, 2005. L'augmentation rapide entre 2026 et 2046 est attribuée au fait que l'importante cohorte du baby-boom atteindra l'âge de 80 ans et à l'augmentation de la durée de vie moyenne (puisque'il est projeté que l'espérance de vie augmentera de sept ans en moyenne durant cet intervalle).
- 20 Pitters, 2002, 176.
- 21 En 2002, 34 pour cent des Canadiennes et des Canadiens de 86 ans ou plus habitaient dans des établissements de SLD (Pitters, 2002). Selon une autre évaluation spécifique à une province, le Québec, 28,9 pour cent des personnes âgées qui ne vivent plus à leur domicile vivent dans un établissement de SLD (CHSLD) (Confédération des syndicats nationaux, 2007).
- 22 Ostry, 2006, 219.
- 23 Ostry, 2006, 208-216. Une comparaison des lits de SLD et des lits d'hôpital de 1992 à 1998 au Manitoba révèle que 436 nouveaux lits de soins personnels ont été construits, tandis que 1 200 lits de soins de courte durée en établissement hospitalier ont été fermés (Leach, 2006).
- 24 Coalition ontarienne de la santé, 2009; Friends of Medicare Alberta, 2009; Syndicat des employés d'hôpitaux, Syndicat des employés d'hôpitaux, 2009.
- 25 Cohen *et al.*, 2009a, 40.
- 26 Conseil canadien de la santé, 2008, 28-33.
- 27 Dans son étude sur les soins à domicile, le gouvernement fédéral a constaté en 2003 que si les programmes de soins à domicile recevaient un meilleur financement, le niveau de financement ne suffisait quand même pas à satisfaire aux besoins des demandeurs de soins à domicile (Développement des ressources humaines Canada, 2003). Les écarts identifiés dans ce rapport comme dans plusieurs autres existent toujours. Le rapport final publié par le Comité sénatorial spécial sur le vieillissement en avril 2009 confirme que les soins à domicile sont inégaux et insuffisants au Canada (Comité sénatorial spécial sur le vieillissement, 2009, 54-55).
- 28 Armstrong, 1994, 95-110.
- 29 Développement des ressources humaines Canada, 2003; Kushner *et al.*, 2008; Cohen *et al.*, 2009a.
- 30 Kushner *et al.*, 2008, 41.
- 31 Cohen *et al.*, 2009b, 31.
- 32 Syndicat national des employées et employés généraux du secteur public, 2007.
- 33 Société canadienne d'hypothèques et de logement, Rapport sur les résidences pour personnes âgées – Colombie-Britannique », 2009, p. 10-11, tel que consulté le 26 août 2009 à l'adresse www03.cmhc-schl.gc.ca/b2c/b2c/init.do?language=fr&z_category=0/0000000048/0000000160
- 34 Agence du revenu du Canada, « Tableau de base 6 – Toutes les déclarations selon l'âge, le sexe, le palier de revenu total et la principale source de revenu, Colombie-Britannique,

Statistiques sur le revenu 2008 – Année d'imposition 2006 », tel que consulté le 28 août 2009 à l'adresse www.cra-arc.gc.ca/gncy/stts/gb06/pst/fnl/pdf/bc/tbl6-fra.pdf

Statistique Canada désigne les personnes qui vivent par leurs propres moyens par l'expression « personnes seules ». Les personnes seules sont définies comme étant « des personnes qui vivent seules ou avec d'autres personnes avec lesquelles elles n'ont aucun lien de parenté, par exemple un colocataire ou un pensionnaire » (Statistique Canada, 2003, « Un guide sur les enquêtes des pensions et du patrimoine de Statistique Canada », tel que consulté à l'adresse www.statcan.gc.ca/bsolc/olc-cel/olc-cel?catno=13F0026M2003001&lang=fr).

- 35 Société canadienne d'hypothèques et de logement, *supra* note 33, Rapports sur les résidences pour personnes âgées – Colombie-Britannique (p. 10-11), Alberta (p. 9), Saskatchewan (p. 9), Ontario (p. 13) et Québec (p. 18), tous consultés le 26 août 2009 à l'adresse https://www03.cmhc-schl.gc.ca/b2c/b2c/init.do?language=fr&z_category=0/0000000048/0000000160
- 36 Le montant du loyer comprend le loyer et les services obligatoires seulement. Aux fins du sondage, la SCHL a défini les services obligatoires comme étant les services que les résidents doivent payer, sans aucune option. Les frais des services de santé, de repas, d'entretien ménager ou autres services optionnels ne sont pas inclus dans le prix du loyer. Échange de courriels avec Janice Murphy de David Europe-Finner, analyste de marché, BC Market Analysis Centre, SCHL, 31 août 2009.
- 37 Statistique Canada, 2009.
- 38 Armstrong et Deber, 2006b, 5.
- 39 *Ibid.*
- 40 LIMRA International Inc., données sur les ventes d'assurances pour soins de longue durée aux particuliers canadiens, dans Baker, 2009. Hurley et Guindon (2008, 20) évaluent ce chiffre à 52 000 à la fin de 2005.
- 41 Syndicat canadien de la fonction publique, 2008b.
- 42 D'après l'Organisation mondiale de la santé, « La couverture universelle suppose que tous les habitants du pays aient accès à la même gamme de services (de bonne qualité) selon leurs besoins et leurs préférences, indépendamment de leur niveau de revenu, de leur condition sociale ou du lieu où ils habitent, et qu'ils soient en mesure d'utiliser ces services » (Commission des déterminants sociaux de la santé de l'Organisation mondiale de la santé, 2008, 8).
- 43 Organisation mondiale de la santé, 2000.
- 44 Fuller, 1998.
- 45 Coalition canadienne de la santé, 2007.
- 46 Syndicat canadien de la fonction publique, 2008b.
- 47 Williams *et al.*, 2009.
- 48 Grant (2004), dans Armstrong *et al.*, 2009.
- 49 Armstrong, 2007, 528-553.
- 50 Guberman (2004), dans Armstrong, 2007, 537.
- 51 Armstrong, 2007, 537.
- 52 Armstrong, 2007, 537-541.
- 53 Cohen *et al.*, 2009a.
- 54 Organisation mondiale de la santé, 2002.
- 55 Armstrong *et al.*, 2009.
- 56 Statistique Canada, 2007a.

- 57 Statistique Canada, 2008a. En 2005, presque 75 pour cent des personnes âgées de 90 ans et plus étaient des femmes (Turcotte et Schellenberg, 2007, 13).
- 58 Statistique Canada, 2009; Townson, 2009, 29-31.
- 59 Cranswick et Thomas, 2005. D'après l'Enquête sociale générale de 2002, les deux tiers des hommes âgés non institutionnalisés vivent avec une conjointe, mais le tiers seulement des femmes vivent avec leur conjoint. Les femmes vivent plus souvent seules (43 pour cent), les hommes moins souvent (16 pour cent) (p 13). Les aînés reçoivent plus de soins par le système officiel lorsqu'ils vieillissent parce que leur réseau social s'effrite (p. 12).
- 60 Armstrong *et al.*, 2009, 43.
- 61 Baines, 2004.
- 62 Grant *et al.*, 2004.
- 63 Statistique Canada, 2008a.
- 64 Armstrong et Deber, 2006a, 20.
- 65 C'est encore plus vrai aujourd'hui qu'il y a 30 ans, puisque les femmes sont plus nombreuses dans la population active rémunérée et que les familles sont plus dispersées géographiquement. La baisse du taux de natalité fait qu'il y a moins de soutien familiaux et sociaux à la disposition des baby-boomers qui vieillissent et ont besoin d'aide (Développement des ressources humaines Canada, 2003; Comité sénatorial spécial sur le vieillissement, 2009, 118).
- 66 Informetrica Ltd., dans Syndicat canadien de la fonction publique, 2008c.
- 67 Murphy, 2006.
- 68 Kane, 2004.
- 69 McGillis Hall *et al.*, 2005.
- 70 Murphy, 2006.
- 71 Wiener *et al.*, 2007.
- 72 Ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario, 2008, 4.
- 73 Coughlan et Ward, 2007.
- 74 Armstrong et Daly, 2004; Armstrong *et al.*, 2008.
- 75 Le « personnel infirmier » comprend les infirmières auxiliaires autorisées (IAA, parfois appelées également infirmières auxiliaires immatriculées, ou IAI) ainsi que les infirmières autorisées (IA).
- 76 Le « personnel soignant » comprend les préposés aux bénéficiaires, les préposés aux soins personnels, les aide-infirmières, les infirmières auxiliaires et d'autres titres. Aux États-Unis, le titre de poste « préposé aux soins prolongé » est courant. Aux fins du présent document, les termes « préposés aux soins » « préposés aux bénéficiaires » servent à désigner les employés préposés aux soins personnels. Ces employés font le gros du travail manuel dans les établissements de SLD.
- 77 Dewolfe et Millan (2003), dans Cohen *et al.*, 2009b.
- 78 Weatherill, 2009.
- 79 Syndicat canadien de la fonction publique, 2009.
- 80 Andersen *et al.* (2002), Archibald *et al.* (1997), Denton *et al.* (2004), Griffiths *et al.* (2008) et Hugonnet *et al.* (2007), dans Syndicat canadien de la fonction publique, 2009.
- 81 Syndicat canadien de la fonction publique, 2009.
- 82 Smith et Rusnak, 1997; Smith *et al.*, 2008.
- 83 Zoutman *et al.*, 2009; Van Iersel, 2007, 2-3, 15-16.
- 84 Armstrong et Daly, 2004; TCA-Canada, 2007.

- 85 Spencer *et al.*, 2008a, 4; Spencer *et al.*, 2008b.
- 86 Wodak, 2007.
- 87 Staples et Wodak, 2008.
- 88 D' R.J. (Dick) Raymond du Family Practice Residency Program de Prince George, Colombie-Britannique, dans Cohen *et al.*, 2009a.
- 89 Cohen *et al.*, 2009b.
- 90 Gallagher et Drance (2007), dans Cohen *et al.*, 2009b.
- 91 Coalition ontarienne de la santé, 2009, 12.
- 92 Murphy, 2006.
- 93 Horn *et al.* (2005), dans Murphy, 2006, 22.
- 94 La notion d'heure par journée-résident (hpjr) fait référence au nombre moyen d'heures travaillées par le personnel (habituellement infirmier et/ou soignant) divisé par le nombre total de résidents. Cette valeur traduit parfois des « heures rémunérées » par opposition à des « heures travaillées », mais elle tient rarement compte des heures de travail administratif. C'est la mesure utilisée le plus couramment pour évaluer la quantité de personnel dans les établissements de soins de longue durée.
- 95 Dyck (2004), dans Murphy, 2006, 23.
- 96 Bates-Jensen *et al.* (2004), dans Murphy, 2006, 25.
- 97 Arling *et al.*, 2007.
- 98 Kayser-Jones et Schell (1997), dans Murphy, 2006, 29.
- 99 Simmons et Schnelle, 2006.
- 100 Kramer et Fish (2001), dans Murphy, 2006, 23.
- 101 Schnelle *et al.* (2004), dans Murphy, 2006, 26.
- 102 Schnelle et Simmons (2001), dans Murphy, 2006, 27.
- 103 Castle et Engberg, 2008.
- 104 Kirkevold et Engedal, 2006.
- 105 Kim *et al.*, 2009.
- 106 Stevenson, 2006.
- 107 Kramer *et al.* (2000), dans Health Care Financing Administration, 2000, 9.1-9.22. Comme Kramer *et al.* le font remarquer, le personnel soignant peut jouer un rôle majeur dans la prévention des hospitalisations, en s'assurant que les résidents s'hydratent et en les aidant à s'alimenter (pour réduire le risque de déséquilibre électrolytique); en favorisant une meilleure posture lors de l'alimentation (pour éviter la pneumonie par aspiration), en gardant au chaud les résidents qui ont des maladies pulmonaires chroniques (pour éviter les infections respiratoires), en s'assurant une bonne hydratation et une bonne hygiène des résidents, y compris en leur donnant régulièrement le bain (pour prévenir les infections urinaires), en collaborant à la prévention des infections primaires et en repérant les symptômes d'infection (pour prévenir les septicémies, y compris sanguines).
- 108 Horn *et al.* (2005), dans Murphy, 2006, 22.
- 109 Hutt *et al.* (2000), dans Murphy, 2006, 21.
- 110 Rantz *et al.* (2004), dans Murphy, 2006, 27.
- 111 Kayser-Jones et Schell (1997), dans Murphy, 2006, 28. Chaque préposé a généralement charge de sept à neuf résidents le jour, de 12 à 15 résidents le soir. Toutefois, si un employé s'absente pour maladie, la charge de travail des autres est d'autant plus grande.
- 112 Wagner et Rust, 2008, 6.

- 113 *Ibid.*, 20.
- 114 Morgan *et al.*, 2002.
- 115 Armstrong et Daly, 2004.
- 116 Armstrong *et al.*, 2009, 105.
- 117 Bowers *et al.*, 2000.
- 118 Morgan *et al.*, 2002.
- 119 Reed et Tilly, 2008, 39.
- 120 Armstrong *et al.*, 2008, 88-103.
- 121 Armstrong, 2001, 136.
- 122 Ross *et al.*, 2002.
- 123 Armstrong *et al.*, 2009.
- 124 *Ibid.*
- 125 Flackman *et al.*, 2008.
- 126 Coughlan et Ward, 2007.
- 127 Howes *et al.* (2008, 7), dans Syndicat des employés d'hôpitaux, 2009b, 11.
- 128 Hawes, 2002, 7; Hirst *et al.*, 2008; Spencer *et al.*, 2008.
- 129 Howes *et al.*, (2008, 7), dans Syndicat des employés d'hôpitaux, 2009b, 11.
- 130 Spencer *et al.*, (2008), dans Syndicat des employés d'hôpitaux, 2009b, 12.
- 131 McCourt (2004, 46), dans Murphy, 2006, 30.
- 132 Armstrong *et al.*, 2009, 131-132.
- 133 Banerjee *et al.*, 2008, v.
- 134 Kramer et Fish (2001), dans Health Care Financing Administration, 2002, chapitre 2, 1-26.
- 135 Par exemple, en ce qui a trait au personnel préposé aux soins, il faut 3,1 hpjr pour améliorer le poids des résidents; 2,8 hpjr pour améliorer l'incidence des traumatismes cutanés et des plaies de pression; 2,4 hpjr pour que les résidents puissent améliorer leurs capacités fonctionnelles. Du côté du personnel infirmier autorisé, il faut 1,55 hpjr pour améliorer les capacités fonctionnelles, 0,95 hpjr pour prévenir les pertes de poids et 1,15 hpjr pour améliorer l'incidence des traumatismes cutanés.
- 136 Feuerberg (2002), dans Health Care Financing Administration, 2002, vol. 1, 1-22.
- 137 Syndicat des employés d'hôpitaux, 2009b.
- 138 Harrington *et al.*, 2000.
- 139 Schnelle *et al.*, 2004. Les foyers où le niveau de dotation est le plus élevé ont une bien meilleure performance que ceux qui ont moins de personnel pour ce qui est de 13 des 16 types de soins à donner par les préposés. En règle générale, les résidents des foyers mieux pourvus passent plus de temps hors du lit le jour, sont plus éveillés, ont plus d'aide pour s'alimenter et faire leur toilette, sont changés de position plus souvent et effectuent plus de mouvements physiques pouvant équivaloir à de l'exercice durant le jour.
- 140 Collier et Harrington, 2008, 164.
- 141 Harrington *et al.*, 2006; Harrington *et al.*, 2007.
- 142 Tilly et Harvell, 2003; Harrington, 2008a.
- 143 Harrington, 2008a, 13.
- 144 Harrington *et al.*, 2008.
- 145 Syndicat des employés d'hôpitaux, 2009b, 35.
- 146 *Ibid.*

- 147 À titre d'exemple, un rapport récent commandé par le gouvernement de l'Ontario recommande un objectif de quatre heures de soins rémunérés par résident par jour. Il s'agit d'un « objectif » seulement et il s'agit d'heures rémunérées et non pas travaillées (Sharkey, 2008).
- 148 Contrairement à ce qui se fait aux États-Unis, où le niveau de dotation est affiché sur un site Internet accessible au public, les renseignements touchant le niveau de dotation par établissement est considéré confidentiel en Ontario.
- 149 Syndicat canadien de la fonction publique, communiqué de presse, « *Liberal MPPs get cookies, long-term care residents get crumbs. More money going into long-term care isn't translating into more care* », 30 juin 2009.
- 150 Collier et Harrington, 2008.
- 151 Anderson *et al.* (2003), dans Murphy, 2006; Rosen *et al.*, 2005.
- 152 Boothman, 2007.
- 153 Yassi *et al.*, 2004.
- 154 Barry *et al.* (2005), dans Murphy, 2006, 35.
- 155 Ibid.
- 156 Anderson *et al.* (2003), dans Murphy, 2006, 34.
- 157 Ibid.
- 158 Ibid.
- 159 Zimmerman *et al.*, 2005.
- 160 Eaton, 2000.
- 161 Collier et Harrington, 2008.
- 162 Harrington *et al.*, 2006.
- 163 Donoghue et Castle, 2009.
- 164 Ministère de la Santé de la Californie, 2001, 19.
- 165 Castle (2005), dans Murphy, 2006, 36. La continuité des soins exige une bonne circulation de l'information, une aptitude aux relations interpersonnelles et une coordination des soins (Reid *et al.*, 2002). La stabilité du personnel soignant est un important aspect de la continuité (Développement des ressources humaines Canada, 2003, annexe B).
- 166 Castle et Engberg (2005), dans Murphy, 2006, 36.
- 167 Gruss *et al.*, 2004.
- 168 Cohen *et al.*, 2006.
- 169 Ramage-Morin, 2005, 52.
- 170 Gruss *et al.*, 2004.
- 171 Castle (2005), dans Murphy, 2006, 36.
- 172 Murphy, 2006.
- 173 Castle et Engberg, 2008.
- 174 Castle, 2008.
- 175 Barry *et al.*, 2005.
- 176 Horn *et al.* (2004), dans Murphy, 2006, 37.
- 177 Rondeau et Wagar, 2001.
- 178 Bishop *et al.*, 2008.
- 179 Armstrong *et al.*, 2008, 42.
- 180 Squillace *et al.* (2009), dans Wiener *et al.*, 2009.

- 181 Howes (2005), dans Wiener *et al.*, 2009.
- 182 Bishop *et al.*, 2009.
- 183 Association des comptables généraux accrédités du Canada (2005), dans Leach *et al.*, 2006, 23; Armstrong *et al.*, 2008, 41; Armstrong *et al.* (2009, 84) ont révélé que le Canada affiche un niveau élevé de travail involontaire à temps partiel comparativement aux pays nordiques.
- 184 Armstrong et Daly, 2004.
- 185 Aronson et Neysmith, 1997; Kushner *et al.*, 2008, 151.
- 186 Yassi *et al.* (2003), dans Murphy, 2006, 42.
- 187 Trinkoff *et al.*, 2005.
- 188 Yassi *et al.* (2003), dans Murphy, 2006, 42.
- 189 Collins *et al.*, 2004.
- 190 Centres de santé des travailleurs(es) de l'Ontario Inc. (1998), dans Armstrong et Armstrong (2002).
- 191 Stone et Gershon (2006), dans Castle *et al.*, 2009.
- 192 Pendukar, 2002; Statistique Canada, 2008b.
- 193 Statistique Canada, 2008c, 14; Santé Canada, 2002, 6.
- 194 Das Gupta, 2009, 81. Les rapports d'étude de Das Gupta se penchent sur la profession infirmière. Sachant que la main-d'œuvre racialisée est surreprésentée dans les emplois faiblement rémunérés (Galabuzi, 2001), nous pouvons nous attendre à ce que la ségrégation raciale dans la main-d'œuvre en soins de longue durée soit encore plus prononcée chez les préposés aux soins et le personnel de soutien.
- 195 Flecker, 2006b; Flecker, 2006a, 9; Sullivan, 2009.
- 196 Das Gupta, 2009, 10.
- 197 Ejaz *et al.*, 2008. Dans cette étude, les employés étaient en majorité issus de minorités racialisées et 70 pour cent ont déclaré avoir entendu les résidents et les clients formuler des commentaires racistes. Une autre étude (Berdes et Eckert, 2001) a démontré que les employés de soins directs sont plus susceptibles de fermer les yeux sur les commentaires racistes des résidents parce qu'ils pensent que ces derniers sont trop diminués mentalement pour être racistes de façon vraiment malveillante. Il est vrai cependant que le personnel se fait souvent dire que la violence est à accepter comme faisant « tout simplement partie du travail » (voir Banerjee *et al.*, 2008.).
- 198 L'expression « sécurité culturelle » par contraste à l'expression « sensibilité culturelle » reconnaît le déséquilibre du pouvoir socioéconomique qui est enraciné dans les institutions et les relations sociales (Nursing Council of New Zealand, 2005, 4). Culture se dit de l'identification, de la langue, des pensées, du mode de communication, des actions, des coutumes, des croyances, des valeurs et des institutions qui sont souvent spécifiques à des groupes ethniques, raciaux, religieux, géographiques ou sociaux (US Department of Health and Human Services Administration on Aging, 2009).
- 199 US Department of Health and Human Services Office of Minority Health, 2009; voir également Roberts, 2008.
- 200 Sur le changement organisationnel antiracisme, voir Lopes et Thomas, 2006. Sur l'atteinte de la compétence culturelle dans les organisations de services aux humains, voir Ngo, 2000.
- 201 Cahill, 2002.
- 202 Rosen *et al.*, 2005.
- 203 Leon *et al.*, 2001; Noel *et al.*, 2000.
- 204 Frazier et Sherlock, 1994.

- 205 Morgan *et al.*, 2002.
- 206 Les programmes privés de formation des préposés aux soins représentent 60 pour cent des diplômés et 67 pour cent de tous les collèges de formation offrant le programme de préposés aux bénéficiaires en Colombie-Britannique; 55 pour cent des collèges en Alberta; et 73 pour cent des collèges en Ontario. Échange de courriels avec Marcy Cohen, directrice de la Recherche, Syndicat des employés d'hôpitaux, 31 août 2009.
- 207 Syndicat des employés d'hôpitaux, 2009b, 18-19.
- 208 Comité mixte d'orientation de la Facility Bargaining Association, 2008.
- 209 Ministère de la Santé de la Colombie-Britannique, 2008.
- 210 Cohen *et al.*, 2009b, 27.
- 211 Wodak, 2008.
- 212 Coalition ontarienne de la santé, 2008.
- 213 Cohen *et al.*, 2009b.
- 214 Échange de courriels avec Corey Vermey, représentant national, Travailleurs canadiens de l'automobile, 10 août 2009.
- 215 D. McHardie, « Watchdogs keying in on nursing homes », *New Brunswick Telegraph-Journal*, 8 septembre 2008, A3.
- 216 Fédération interprofessionnelle de la santé du Québec, 2007.
- 217 Confédération des syndicats nationaux, 2007.
- 218 Armstrong et Deber, 2006a.
- 219 Le plan stratégique des soins continus de 10 ans de la région du Chinook en Alberta réclame une réduction de 80 pour cent du nombre de lits de SLD traditionnels (en hôpitaux auxiliaires et en résidences pour personnes âgées) et le remplacement de ces espaces par des logements avec assistance et des programmes de services améliorés dans des habitats collectifs privés et des foyers publics (Régie régionale de la santé de Chinook, 2003, 90).
- 220 Syndicat canadien de la fonction publique (1999), dans Wilson et Howard, 2000. Le chiffre de croissance de 28 pour cent concerne le nombre de lits.
- 221 Syndicat canadien de la fonction publique, Conseil de la santé de la Saskatchewan, 2009. Le nombre d'établissements de soins personnels a augmenté de 8,2 pour cent de 1996 à 2009. La croissance la plus marquée depuis 2002 se retrouve au rayon des établissements de soins personnels de plus de 40 lits.
- 222 Syndicat canadien de la fonction publique, Conseil des syndicats des foyers de soins du Nouveau-Brunswick, 2007, 8.
- 223 Dans la vaste majorité de ces études, les chercheurs ont tenu compte des différences au niveau des résidents et des caractéristiques de l'établissement, comme l'acuité des résidents et la taille de l'établissement.
- 224 Ouslander *et al.*, (2000), dans Grabowski *et al.*, 2008.
- 225 Shapiro et Tate, 1995.
- 226 McGregor *et al.*, 2006.
- 227 *Ibid.*
- 228 Commodore *et al.*, 2009. Les résultats mixtes de 37 des études pourraient, d'après les hypothèses des chercheurs, s'expliquer par la différence de type d'administration; par exemple, les foyers sans but lucratif administrés par des entreprises à but lucratif peuvent fonctionner différemment des foyers qui ont une gestion à l'interne, et les entreprises qui appartiennent à des investisseurs peuvent avoir des motivations, des styles de gestion et des comportements organisationnels différents des entreprises qui appartiennent à des propriétaires uniques.

- 229 Konetzka *et al.*, 2004.
- 230 Carter *et al.*, 2003.
- 231 Amirkhanyan *et al.*, 2008.
- 232 C. Duhigg, « At Many Homes, More Profit and Less Nursing », *New York Times*, 23 septembre 2007, consulté le 27 janvier 2009 à l'adresse www.nytimes.com/2007/09/23/business/23nursing.html
- 233 Grabowski et Castle, 2004.
- 234 Spector *et al.*, 1998.
- 235 Harrington, 2007, 13; Mitchell *et al.*, 2003.
- 236 Harrington *et al.*, 2001.
- 237 *Ibid.*
- 238 O'Neill *et al.*, 2003.
- 239 Amirkhanyan, 2008.
- 240 Duhigg, *supra*, note 232.
- 241 Ben-Ner et Ren, 2008.
- 242 Hillmer *et al.*, 2005.
- 243 Stevenson, 2006. Pendant la période de cinq ans, 302 351 plaintes ont été déposées contre 19 893 établissements. Les résidents ou des membres de leur famille ont déposé 39 pour cent des plaintes, le personnel 23 pour cent, 16 pour cent étaient anonymes, 16 pour cent étaient le fait d'autres personnes, et le Protecteur du citoyen en a enregistré 6 pour cent.
- 244 McGregor (2008), dans Cohen *et al.*, 2009b.
- 245 Clarfield *et al.*, 2009.
- 246 Harrington, 2007, 13; Mitchell *et al.*, 2003.
- 247 Berta *et al.*, 2005.
- 248 McGregor *et al.*, 2005.
- 249 *Ibid.*, 647.
- 250 O'Neill *et al.*, 2003.
- 251 Harrington *et al.*, 2001.
- 252 Harrington, 2008b.
- 253 Harrington, 2007; Banaszak-Holl *et al.*, 2002.
- 254 Harrington et Carrillo (2007), dans Harrington, 2007, 4.
- 255 Ministère de la santé de l'Ontario, cité dans Struthers, 1997.
- 256 Échange de courriels avec Shalom Schachter, agent au Service de la recherche, Syndicat canadien de la fonction publique, 22 juillet 2009.
- 257 Chou, 2002.
- 258 Hirth *et al.*, 2000.
- 259 Stevenson, 2005.
- 260 Hoovers, *Industry Overview : Nursing Homes and Assisted Living*, consulté à l'adresse [www.hoovers.com/nursing-homes-and-assisted-living/ - ID__48 - /free-ind-fr-profile-basic.xhtml](http://www.hoovers.com/nursing-homes-and-assisted-living/-ID__48-/free-ind-fr-profile-basic.xhtml)
- 261 Street Authority, « Revenue Per Employee », consulté à l'adresse www.streetauthority.com/terms/r/revenue-per-employee.asp
- 262 L'expression « frais d'utilisateur » s'entend des frais facturés directement aux résidents – en d'autres mots, des frais qui ne sont pas couverts par des subventions gouvernementales.
- 263 Baumbusch, 2008.

- 264 B. Clarke, « Private-care home is costing more, seniors say; Residents of new 'P3' facility say they are paying more than at public home, despite health authority's assurances to the contrary », *The Globe and Mail*, 10 décembre 2008, page S1, section : British Columbia News.
- 265 Santé et Bien-être Alberta, 2008.
- 266 Clarke, *supra*, note 264.
- 267 En Colombie-Britannique, les soins directs aux résidents sont sous-traités dans 39 établissements (14 pour cent de tous les établissements), et les services de soutien sont sous-traités dans 107 établissements (37 pour cent). (Cohen *et al.*, 2009b).
- 268 Stinson *et al.*, 2005; Jaffe *et al.*, 2008; Cohen et Cohen, 2004; UNISON, 2005; Office for Public Management, 2008; Davies, 2005; Aronson *et al.*, 2004; Aronson *et al.*, 2006; Burchell, 2002.
- 269 Syndicat des employés d'hôpitaux, 2009b, 24.
- 270 Assemblée législative de la Colombie-Britannique (2007), dans Syndicat des employés d'hôpitaux, 2009b, 25.
- 271 Syndicat des employés d'hôpitaux, 2009b, 25.
- 272 Zoutman *et al.*, 2003.
- 273 Van Iersel, 2007.
- 274 Jansen et Murphy, 2009.
- 275 Stinson *et al.*, 2005.
- 276 Davies, 2009.
- 277 Vérificateur général de l'Écosse (2003), dans Syndicat canadien de la fonction publique, 2009.
- 278 Davies, 2009.
- 279 Weatherill, 2009, 44.
- 280 Échange de courriels avec Shalom Schachter, *supra*, note 256.
- 281 Le personnel d'agence est à l'emploi des entrepreneurs privés dont les services sont retenus à contrat pour combler les postes vacants sur une base temporaire.
- 282 Castle *et al.*, 2008
- 283 Harrington, 2007.
- 284 Miller et More, 2008.
- 285 *Ibid.*
- 286 Harrington, 2007.
- 287 Kitchener *et al.*, 2008; Harrington, 2007.
- 288 CBC.CA News (nouvelles du réseau anglais de Radio-Canada). « Advocates demand inquiry into Ontario's costly handling of Royal Crest nursing-home failure », 23 mars 2009.
- 289 Amirkhanyan, 2008.
- 290 Grieshaber-Otto et Sinclair, 2004; Shrybman, 2008.
- 291 Coalition ontarienne de la santé, 2009, 4.
- 292 *Ibid.*
- 293 Cabinet du premier ministre de l'Ontario, « Le premier ministre nomme la nouvelle secrétaire du Conseil des ministres », communiqué de presse, 6 décembre 2007, consulté le 14 août 2009 à l'adresse www.premier.gov.on.ca/news/event.php?ItemID=3673&Lang=FR
- 294 Miller et More, 2008, 258.
- 295 Cohen *et al.*, 2005; Fédération interprofessionnelle de la santé du Québec, 2007.
- 296 Cohen *et al.*, 2009b; Armstrong et Deber, 2006a.
- 297 Shapiro, 2009, 7.

- 298 Armstrong et Deber, 2006a.
- 299 *Ibid.*
- 300 Araki (2004), dans Cohen *et al.*, 2009b.
- 301 Lettre du coroner en chef de l'Ontario Andrew L. McCallum à Greg Shaw, vice-président de l'Association des hôpitaux de l'Ontario, 25 juin 2009.
- 302 Armstrong et Deber, 2006a.
- 303 Hawes *et al.* (1999), dans Zimmerman, 2003.
- 304 Armstrong, 2002.
- 305 Jansen et Murphy, 2009.
- 306 Syndicat canadien de la fonction publique, 2008a.
- 307 Flood *et al.*, 2006.
- 308 André Marin, cité par Karen Howlett, « Ombudsman reports mixed results on closed-door meetings », *The Globe and Mail*, 23 juin 2009. Son enquête avait deux objectifs : « déterminer l'efficacité de la surveillance du Ministère sur ces établissements pour s'assurer qu'ils se conforment aux exigences de la loi et aux normes des politiques, et voir si les normes ministérielles sont irréalistes, futiles ou onéreuses au point de nuire à une bonne surveillance de conformité ainsi qu'à la prestation des soins aux patients » (Ombudsman Ontario, 2009, 39).
- 309 Gittler, 2008.
- 310 Armstrong et Daly, 2004, 14.
- 311 En Colombie-Britannique, par exemple, l'accès aux résidences-services est limité aux personnes qui ont besoin d'au moins un, mais d'au plus deux des six types de services d'aide personnelle offerts : activités de la vie quotidienne; entreposage central, distribution, administration ou surveillance de la médication; surveillance ou gestion des liquidités, ressources ou propriétés du résident; surveillance de l'alimentation ou de la diète thérapeutique; programme structuré de thérapie comportementale; rééducation psychosociale ou rééducation physique intensive.
- 312 Échange de courriels avec Wendy Armstrong, chercheure en soins de santé, 1^{er} septembre 2009.
- 313 Institut canadien d'information sur la santé, 2000, 3.
- 314 Karsh *et al.*, 2005.
- 315 Hall *et al.*, 2005.
- 316 Krueger *et al.* (2002), dans Murphy, 2006, 42-43.
- 317 Banaszak-Holl et Hines (1996), dans Murphy, 2006, 39.
- 318 Atchison (1998), dans Murphy, 2006, 43.
- 319 Parsons *et al.* (2003), dans Murphy, 2006, 43.
- 320 Brannon *et al.*, 2007.
- 321 Donoghue et Castle, 2007.
- 322 Donoghue et Castle, 2009.
- 323 Karsh *et al.*, 2005, 1276.
- 324 Bishop *et al.*, 2009.

SCFP

scfp.ca/tournee-soins-de-longue-duree