

# Effectifs des foyers de soins de longue durée

Groupe consultatif pour l'étude sur les effectifs  
des foyers de soins de longue durée  
et ministère des Soins de longue durée  
30 juillet 2020

[ontario.ca/soinsdelongueduree](https://ontario.ca/soinsdelongueduree)

# Table des matières

Table des matières.....	1
Sommaire décisionnel.....	2
Introduction .....	6
Aperçu du système de soins de longue durée .....	8
Pressions exercées par la COVID-19 .....	18
Opinions et commentaires recueillis .....	20
Défis sectoriels .....	20
Perspectives sur les obstacles au changement.....	26
Principales conclusions et recommandations du groupe consultatif.....	29
La dotation en personnel dans le secteur des soins de longue durée est en crise et doit être traitée de toute urgence.....	29
Nous devons faire des foyers de soins de longue durée un meilleur endroit où vivre et travailler.....	29
Les démarches de dotation en personnel doivent prendre en compte la diversité du secteur et des résidents qui vivent dans des établissements de soins de longue durée et y répondre.....	30
Domaines d'action prioritaires .....	30
1. Le nombre de travailleurs du secteur des soins de longue durée doit augmenter et des fonds supplémentaires seront nécessaires pour atteindre cet objectif.....	31
2. La culture des soins de longue durée doit changer, tant sur le plan du système que sur celui des foyers individuels .....	34
3. La charge de travail et les conditions de travail doivent être modifiées de manière à retenir le personnel et à améliorer les conditions de travail .....	37
4. L'excellence en matière de soins de longue durée exige un leadership efficace et un accès à une expertise spécialisée .....	41
5. Attirer et préparer les bonnes personnes pour un emploi en soins de longue durée, et offrir des occasions d'apprentissage et d'accroissement des connaissances .....	43
Conclusion.....	49
Annexes.....	50
A : Définitions des termes utilisés dans le secteur des soins de longue durée .....	50
B : Approche de l'étude sur les effectifs .....	52
C : Membres du groupe consultatif .....	54
D : Organisations mobilisées par le groupe consultatif .....	55
E : Tendances internationales.....	56
F : Liste des références.....	58

## Sommaire décisionnel

La dotation est essentielle pour répondre aux besoins de tous les résidents des foyers de soins de longue durée de l'Ontario. L'étude sur les effectifs des foyers de soins de longue durée répond à la recommandation no 85 du rapport publié par la juge Gillese sur [l'Enquête publique sur la sécurité des résidents des foyers de soins de longue durée](#). Reconnaisant le rôle essentiel de la dotation en personnel dans le système, le ministère des Soins de longue durée (le ministère) a élargi la portée de l'étude afin d'inclure tout le personnel des soins de longue durée et de prendre en compte les facteurs clés en matière de recrutement et de la conservation des effectifs.

Le Ministère a lancé l'étude sur les effectifs en février 2020 afin de fournir des conseils stratégiques sur la dotation dans le secteur des soins de longue durée à l'échelle de la province. Pour veiller à ce que les besoins et les préoccupations de tous les groupes touchés soient pris en compte, le ministère s'est fié à l'expérience et à l'expertise d'un groupe consultatif externe composé de préposés et de préposées, d'universitaires, de décideurs et de représentants des résidents et des familles. Un éventail de partenaires des soins de longue durée, notamment des syndicats et des associations de préposés et de préposées, ont participé à ce processus.

Cette étude contribuera à l'élaboration d'une stratégie de dotation globale pour le secteur des soins de longue durée. Elle recommandera des niveaux et modèles de dotation potentiels et fournira des conseils sur la composition des compétences, la culture du secteur, les conditions de travail, ainsi que l'éducation et la formation. Ces conseils visent à améliorer la qualité de vie des résidents, à répondre à l'augmentation de la gravité de l'état des résidents et à appuyer l'expansion prévue du système de soins de longue durée.

### Aperçu du système

Les foyers de soins de longue durée emploient plus de 100 000 personnes en Ontario. Ils desservent une clientèle de plus en plus complexe sur le plan médical d'environ 78 000 résidents.

Tous les foyers de soins de longue durée de l'Ontario doivent avoir une combinaison de personnel offrant un niveau approprié de soins et de services. Parmi les exigences de la *Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée* figurent divers rôles de dotation précis, y compris des administrateurs, des préposés et des préposées aux services de soutien à la personne, du personnel infirmier autorisé et des professionnels paramédicaux.

L'étude sur les effectifs présente un aperçu des salaires, de l'éducation, de la durée d'emploi et du roulement des personnes qui travaillent dans le secteur des soins de longue durée. Voici quelques-unes des statistiques clés sur le secteur des soins de longue durée qui figurent dans cette étude :

- 58 pour cent des employés sont des préposés et des préposées aux services de soutien à la personne (PSSP), suivis des infirmiers autorisés et des infirmières autorisées (IA) à 25 pour cent
- Environ 40 pour cent des IA sont des infirmiers auxiliaires autorisés et infirmières auxiliaires autorisées (IAA), tandis que 63 pour cent des infirmiers praticiens et des infirmières praticiennes travaillent à plein temps.
- Environ 25 pour cent des PSSP qui ont deux ans ou plus d'expérience quittent le secteur chaque année.

## Pressions exercées par la COVID-19

De nombreux problèmes récurrents auxquels font face le personnel des soins de longue durée et le secteur ont été exacerbés par la pandémie de COVID-19. Au plus fort de la pandémie, plusieurs foyers de soins de longue durée de la province ont signalé des pénuries critiques de personnel, ce qui a eu une incidence sur la qualité des soins fournis aux résidents et la sécurité des employés.

## Défis pour le secteur et obstacles au changement

Bien que la demande en soins de longue durée et que la gravité de l'état des résidents s'accroissent d'année en année, les niveaux de dotation et l'accès à la formation n'ont pas augmenté au même rythme. Au fil du temps, la demande imposée au personnel des soins de longue durée alourdit souvent sa charge de travail. Cela peut accroître le risque de blessures chez les travailleurs, entraîner une diminution de l'attention et du temps consacré par résident et générer du stress en milieu de travail. Des problèmes comme les conditions de travail et la perception négative du public ont également contribué aux pénuries de personnel dans le secteur.

Bien que le cadre législatif et réglementaire de la province soit conçu pour garantir que les résidents des centres de soins de longue durée vivent dans un environnement sécuritaire et pour imposer des responsabilités aux centres de soins de longue durée, plusieurs exploitants et associations ont signalé que ce cadre peut être un obstacle à l'exploration de solutions potentielles aux problèmes et aux pénuries de personnel.

Dans l'ensemble du secteur, les partenaires en soins de longue durée ont déterminé que la culture actuelle est fortement fondée sur la conformité, ce qui peut créer un environnement punitif pour le personnel. Il a également été mentionné que le modèle de financement actuel des foyers de soins de longue durée est trop complexe et nécessite un volume élevé de documents à remplir, accaparant le personnel et l'empêchant de passer du temps de qualité avec les résidents.

## Principales conclusions et recommandations

Les conclusions du groupe consultatif pour l'étude sur les effectifs des foyers de soins de longue durée soulignent la nature complexe et systémique des problèmes de dotation. Le groupe consultatif encourage le Ministère à prioriser son projet d'élaboration d'une stratégie globale de dotation. Des mesures doivent être prises pour :

- Résoudre de toute urgence la crise de dotation du secteur des soins de longue durée;
- Faire des foyers de soins de longue durée un meilleur endroit où vivre et travailler;
- Mettre en œuvre des approches en matière de dotation qui tiennent compte de la complexité du secteur et des divers besoins des résidents.

Le groupe consultatif a formulé des recommandations classées selon cinq domaines prioritaires pour améliorer la dotation dans l'ensemble du secteur :

### **1. Le nombre de travailleurs du secteur des soins de longue durée doit augmenter et des fonds supplémentaires seront nécessaires pour atteindre cet objectif.**

- Investissements dans les effectifs
- Une moyenne quotidienne minimale de quatre heures de soins directs par résident

- Lignes directrices permettant d'améliorer les ratios de dotation en personnel et les combinaisons des compétences pour les PSSP, le personnel infirmier et les professionnels paramédicaux, avec certaines latitudes afin de pouvoir tenir compte de circonstances particulières
- 2. La culture des soins de longue durée doit changer, tant sur le plan du système que sur celui des foyers individuels**
- Modernisation de la réglementation
  - Une approche d'amélioration de la qualité en matière de surveillance du secteur
  - Mesures de rendement renouvelées
  - Philosophie de soins solide et uniforme
  - Reconnaissance du rôle essentiel des PSSP
  - Milieu de travail en équipe respectueux
- 3. La charge de travail et les conditions de travail doivent être améliorées, pour retenir le personnel et rendre les prestations de soins plus efficaces.**
- Indemnisation
  - Emplois à temps plein et à temps partiel
  - Protection contre les risques physiques, mentaux et émotionnels
  - Consignation au dossier et documentation
  - Gestion des médicaments
- 4. L'excellence en matière de soins de longue durée exige un leadership efficace et un accès à une expertise spécialisée**
- Clarification du rôle et de la responsabilité du directeur médical
  - Utilisation accrue des services de personnel infirmier praticien
  - Accès garanti à une expertise confirmée en prévention et contrôle des infections (PCI)
  - Accès aux spécialistes
- 5. Attirer et préparer les bonnes personnes pour un emploi en soins de longue durée, et leur donner des occasions d'apprendre et de grandir**
- Attirer les personnes avec les bons attributs personnels grâce aux mesures suivantes :
    - Amélioration de la perception du public
    - Renforcement des relations avec les écoles secondaires
    - Soutien accru pour les nouveaux diplômés
    - Élargir le bassin de main-d'œuvre
  - Harmonisation du nombre de diplômés avec les besoins dans le secteur entier des soins de santé
  - Prise en compte des exigences en matière d'études pour le secteur des soins de longue durée grâce aux mesures suivantes :

- Augmentation des stages en lieu de travail pour les étudiants
- Promotion des préceptorats
- Soutien au personnel pour se tenir à jour, acquérir de nouvelles compétences et développer une expertise spécialisée, notamment grâce aux mesures suivantes :
  - Formation continue
  - Microcertification et mobilité verticale

## Introduction

Le système de soins de longue durée existe pour répondre aux besoins en soins avancés de la population de l'Ontario. Les foyers de soins de longue durée sont le domicile de leurs résidents : les résidents peuvent y vivre dans la dignité, la sécurité et le confort, et leurs besoins physiques, psychologiques, sociaux, spirituels et culturels y sont satisfaits adéquatement.<sup>1</sup> Lorsqu'ils sont optimaux, les foyers de soins de longue durée de l'Ontario offrent un sens de la communauté et de camaraderie aux résidents, ainsi qu'une grande satisfaction au travail pour le personnel.

Un large éventail d'organisations ont exprimé leurs préoccupations au sujet des défis de dotation en personnel dans le secteur des soins de longue durée. Il est essentiel de répondre à ces préoccupations pour mettre en place un système modernisé qui offre des soins sécuritaires, de qualité et axés sur les résidents, et qui peut répondre à la demande croissante d'une population vieillissante.

En juin 2019, la juge Eileen E. Gillese a publié le rapport de l'[Enquête publique sur la sécurité des résidents des foyers de soins de longue durée](#) (l'enquête Gillese). L'enquête Gillese a été mise sur pied pour examiner les infractions d'une infirmière autorisée en soins de longue durée. Le mandat de l'enquête Gillese était de comprendre les événements qui ont mené aux infractions, ainsi que les circonstances et les facteurs contributifs. Dix-huit des quatre-vingt-onze recommandations qui en ont découlé portaient directement sur la dotation en personnel dans le secteur des soins de longue durée.

Ces recommandations comprennent des améliorations possibles de la formation du personnel (p. ex., personnel infirmier autorisé, directeurs médicaux et directrices médicales, personnel contractuel et à temps plein et direction), de la gestion des ressources humaines, des changements de financement au sein du système et des changements globaux de la culture. La recommandation 85 demandait au Ministère de mener une étude sur la dotation en personnel afin de déterminer les niveaux adéquats de personnel autorisé dans les foyers de soins de longue durée.

**Recommandation 85 :** Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée devrait mener une étude afin de déterminer le nombre adéquat de membres du personnel autorisé dans les foyers de soins de longue durée pour les quarts de jour, de soir et de nuit. Le ministre de la Santé et des Soins de longue durée devrait déposer l'étude à l'Assemblée législative d'ici le 31 juillet 2020. Si l'étude montre qu'il faut plus de personnel pour assurer la sécurité des résidents, les foyers de soins de longue durée devraient recevoir un niveau de financement global plus élevé, les fonds supplémentaires devant être inclus dans l'enveloppe des soins infirmiers et personnels.

Pour donner suite à cette recommandation, le ministère des Soins de longue durée a lancé une étude sur les effectifs des foyers de soins de longue durée au début de 2020, avec l'appui d'un [groupe consultatif](#) externe. On a demandé à ce groupe de répondre directement à la recommandation 85 et de solliciter des commentaires plus généraux sur un plus large éventail de questions relatives aux effectifs des foyers de soins de longue durée. L'étude a été lancée dans le but de conseiller le sous-ministre sur d'éventuels modèles d'effectifs de foyers de soins de longue durée pour soutenir la sécurité des résidents, la qualité des soins et les facteurs critiques associés à l'amélioration du recrutement et de la conservation des effectifs des foyers de soins de longue durée. Le groupe consultatif a collaboré avec divers partenaires du secteur des soins de longue durée (p. ex., associations, exploitants, syndicats) pour mieux comprendre l'éventail des points de vue sur les problèmes d'effectifs auxquels fait face le secteur.

Au cours de l'étude sur les effectifs, la province a déclaré l'état d'urgence en raison de la pandémie de COVID-19. Les bénéficiaires de soins de longue durée, qui sont plus âgés et plus fragiles que la

---

<sup>1</sup> Comme il est indiqué dans la *Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée*

population générale, et qui ont des besoins médicaux plus complexes, ont été touchés par la COVID-19. Une forte concentration d'éclosions (c'est-à-dire un seul cas de COVID-19 confirmé en laboratoire, que ce soit un résident ou un employé) et de décès ont eu lieu dans les foyers de soins de longue durée de l'Ontario.<sup>2,3</sup> En 2020 juillet, 21,5 pour cent des cas confirmés de COVID-19 en Ontario étaient des résidents et des membres du personnel de foyers de soins de longue durée, et 63,7 pour cent des décès liés à la COVID-19 en Ontario étaient des résidents et des membres du personnel de foyers de soins de longue durée.<sup>4</sup>

L'incidence de la COVID-19 sur les foyers de soins de longue durée de l'Ontario a varié considérablement d'un bout à l'autre de la province. En juillet 2020, 52 pour cent des foyers de soins de longue durée ont déclaré avoir eu un ou plusieurs cas de COVID-19 parmi leurs résidents et leurs membres du personnel. Bien que tous les membres du personnel, les résidents et les familles aient été directement touchés par la pandémie, la plupart des foyers, malgré les difficultés, ont bien réussi à surmonter la pandémie en évitant toute propagation importante de la maladie ou en évitant la maladie tout court. Malheureusement, de toute évidence, d'autres foyers ont eu de la difficulté à contenir la propagation de la maladie, ce qui a entraîné un plus grand nombre de cas et des pertes de vie parmi les résidents et les membres du personnel.

Les problèmes d'effectifs ont sans doute été exacerbés dans toute la province depuis le début de la pandémie de COVID-19, en mars 2020. Lorsque cela cadre avec l'objet de l'étude, le présent rapport comprend quelques observations initiales au sujet de l'incidence de la pandémie sur les effectifs des foyers de soins de longue durée. Le gouvernement a annoncé la mise sur pied d'une enquête indépendante sur les soins de longue durée afin de mieux comprendre les répercussions et les réponses à la COVID-19.

En plus des principales conclusions et recommandations du groupe consultatif, cette étude sur les effectifs documente la situation actuelle relative aux effectifs dans le système de soins de longue durée de l'Ontario, y compris les perspectives des organismes de soins de longue durée. Cette étude vise à éclairer une stratégie de dotation globale pour le secteur des soins de longue durée.

Dans l'ensemble, cette étude aidera le ministère des Soins de longue durée à relever les défis en matière de dotation, à moderniser le secteur et à transformer les foyers de soins de longue durée en foyers axés sur les résidents pour certains membres de la population de l'Ontario parmi les plus vulnérables.

---

<sup>2</sup> Selon la définition de la Directive no 3 émise par le médecin hygiéniste en chef à l'intention des foyers de soins de longue durée

<sup>3</sup> Une éclosion s'entend d'un seul cas de COVID-19 confirmé en laboratoire chez un résident ou un membre du personnel, selon la définition du Bureau du médecin hygiéniste en chef.

<sup>4</sup> Résumé épidémiologique de l'activité de la COVID-19 en Ontario. Accessible à l'adresse suivante : <https://files.ontario.ca/moh-covid-19-report-fr-2020-07-14.pdf>

## Aperçu du système de soins de longue durée

En vertu de la *Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée* (LTCHA) et du Règlement 79/10 (le règlement), tous les foyers de soins de longue durée de l'Ontario sont tenus de fournir aux résidents des soins et des services qui répondent aux besoins évalués des résidents. Cela comprend le respect des exigences particulières en matière de dotation, notamment les suivantes :

- *Administrateur ou administratrice* : Chaque foyer doit être dirigé par un administrateur ou une administratrice qui est responsable de sa gestion globale.
- *Directeur ou directrice des soins infirmiers et des soins personnels (DSISP)* : Chaque foyer doit disposer d'un DSISP, qui doit être un infirmier autorisé ou une infirmière autorisée. Il supervise et dirige le personnel infirmier et le personnel des soins personnels du foyer, en plus de fournir des soins.
- *Directeur médical ou directrice médicale* : Chaque foyer doit avoir un directeur médical ou une directrice médicale, qui évalue et traite les pratiques médicales, les procédures cliniques et les soins prodigués aux résidents. Ce poste doit être occupé par un médecin, et il ne peut s'agir d'un titulaire de permis ni d'une personne ayant une participation majoritaire dans le permis ou d'un membre du conseil d'administration d'un titulaire de permis d'entreprise.
- *Médecin traitant ou infirmier autorisé ou infirmière autorisée de la catégorie supérieure (IACS)* : Chaque foyer doit s'assurer qu'un médecin ou un IACS effectue un examen physique de chaque résident à son admission et, par la suite, un examen physique annuel. Le médecin traitant ou infirmier autorisé ou infirmière autorisée de la catégorie supérieure (IACS) doit fournir un rapport écrit des résultats.
- *Infirmier autorisé ou infirmière autorisée* : Chaque foyer doit compter au moins un infirmier autorisé ou une infirmière autorisée en service et sur place en tout temps, sous réserve des dispositions du Règlement. Cette personne doit être à la fois un membre du personnel du titulaire de permis et un membre du personnel infirmier permanent du foyer.

La LTCHA exige que tout le personnel, y compris les administrateurs ou administratrices, les préposés ou préposées aux services de soutien à la personne, le personnel infirmier autorisé et les autres professionnels de la santé, possède les compétences et les qualifications nécessaires pour s'acquitter de leurs tâches et possèdent les qualifications décrites dans la LTCHA et le Règlement. La loi et le règlement ne contiennent aucune exigence concernant la proportion du personnel ou le nombre d'heures de soins directs prodigués aux résidents. Ces données sont déterminées par des plans de dotation annuels élaborés par les foyers, en fonction des besoins des résidents en matière de soins.

Les foyers de soins de longue durée emploient plus de 100 000 personnes à l'échelle de la province, sans compter les fournisseurs de services du personnel qui se rendent dans un foyer pour fournir des services spéciaux, comme des techniciens ou techniciennes en radiologie et des optométristes.<sup>5</sup> En 2018, les foyers ont déclaré plus de 56 000 postes équivalents temps plein (ETP) fournissant des soins directs aux

---

<sup>5</sup> Statistiques fournies par la Division de la planification de la capacité et de l'analytique du ministère de la Santé et des Soins de longue durée. Le rapport sur la dotation des foyers de soins de longue durée (2018) a établi un effectif fondé sur 602 des 626 foyers qui ont répondu au rapport. Cela représente environ 83 000 employés et employées, excluant certains groupes, y compris les préposés ou préposées au nettoyage et les cuisiniers. Si ces derniers étaient inclus, il s'agirait de plus de 100 000 personnes.

résidents dans l'ensemble du secteur, comparativement à 43 023 ETP en 2009.<sup>6</sup> Le nombre de lits a augmenté de 2 799 au cours de la même période, ce qui représente une augmentation d'environ 4 pour cent.

Le personnel sur place comprend le personnel affecté aux soins cliniques, à la prestation de soins, à l'administration, à l'entretien ménager, à la préparation des aliments, aux installations, à l'entretien et aux loisirs. Le personnel des soins de longue durée qui occupe des postes cliniques et non cliniques prodigue des soins directs aux résidents.

La plus grande part des employés en soins de longue durée sont :

1. les préposés et préposées aux services de soutien à la personne (58 pour cent)
2. le personnel infirmier autorisé (y compris les infirmiers auxiliaires autorisés et infirmières auxiliaires autorisées, les infirmiers autorisés et infirmières autorisées et les infirmiers praticiens et infirmières praticiennes) (25 pour cent) et
3. les professionnels paramédicaux et le personnel de soutien aux programmes (comme les assistants et assistantes aux activités, les diététistes, les ergothérapeutes et les physiothérapeutes, ainsi que les travailleurs sociaux et travailleuses sociales) (12 pour cent).

Les **préposés et préposées aux services de soutien à la personne (PSSP)** constituent la plus importante proportion d'employés dans le secteur des soins de longue durée. Chaque année, les foyers de soins de longue durée de l'Ontario présentent des rapports sur la dotation en personnel au ministère. Ces renseignements servent à produire le Rapport sur la dotation en personnel des foyers de soins de longue durée.<sup>7</sup> Selon le dernier rapport disponible (2018), 41 pour cent des PSSP travaillent à temps plein, 48 pour cent travaillent à temps partiel et 10,7 pour cent sont des travailleurs occasionnels.<sup>8,9</sup> Environ la moitié de ces employés préféreraient travailler plus d'heures, et 7 pour cent préféreraient travailler moins d'heures, tandis que 43 pour cent sont satisfaits du nombre d'heures qu'ils travaillent.<sup>10</sup>

---

<sup>6</sup> Statistiques fournies par la Division des opérations relatives aux soins de longue durée, ministère des Soins de longue durée. Le rapport de 2009 sur la dotation des foyers de longue durée a été établi à partir des réponses de 550 foyers, et le rapport de 2018 à partir des réponses de 602 des 626 foyers.

<sup>7</sup> Le rapport sur la dotation en personnel des foyers de soins de longue durée est produit par la participation volontaire à un sondage sur la dotation en personnel. Dans le dernier ensemble de données complet (2018), 602 des 626 foyers de soins de longue durée ont soumis des données.

<sup>8</sup> Dans le cadre du rapport sur la dotation en personnel des foyers de soins de longue durée, un employé ou une employée à temps plein est une personne qui travaille régulièrement 75 heures ou plus sur une période de deux semaines.

<sup>9</sup> Le rapport sur la dotation en personnel des foyers de soins de longue durée ne mesure pas les services achetés, comme le personnel provenant d'agences.

<sup>10</sup> Zeytinoglu, I.U., Denton, M., Brookman, C. et coll. (2017). « Health and safety matters! Associations between organizational practices and personal support workers' life and work stress in Ontario, Canada. » BMC Health Serv Res 17, 427. <https://doi.org/10.1186/s12913-017-2355-4> <https://doi.org/10.1186/s12913-017-2355-4>

## Les PSSP dans le secteur des soins de santé

En 2018, 100 000 PSSP étaient employés en Ontario dans tous les secteurs de la santé.<sup>11</sup>

50 000 de ces employés et employées travaillent dans le domaine des soins de longue durée, où ils partagent l'équivalent de 32 700 ETP.



Les femmes représentent 90 pour cent de l'effectif des PSSP dans le secteur des soins de santé.

50 pour cent de la main-d'œuvre des PSSP dans le secteur des soins de santé est âgée entre 35 et 54 ans.

**Entre 35 et 54 ans**

25 pour cent des autres PSSP sont âgés de 55 ans ou plus.

**41 %**

41 pour cent de la main-d'œuvre des PSSP dans le secteur des soins de santé sont des membres d'une minorité visible.

Le ministère des Soins de longue durée comprend que le nombre de postes de formation n'a pas diminué, mais qu'il y a plutôt eu une baisse de l'intérêt des étudiants et étudiantes pour les programmes de formation des PSSP.<sup>12</sup>



2015-2016

Plus de 8 000 étudiants et étudiantes se sont inscrits à des programmes de formation de PSSP (p. ex., programmes publics, programmes privés et conseils de l'éducation).



2018-2019

Environ 6 500 étudiants et étudiantes se sont inscrits à des programmes de formation de PSSP.

Environ 25 pour cent des PSSP qui ont deux ans ou plus d'expérience quittent le secteur des soins de longue durée chaque année.



Selon Professions Santé Ontario, 50 pour cent des PSSP travaillant dans le secteur des soins de santé restent en poste pendant moins de 5 ans, et 43 pour cent quittent le secteur en raison de l'épuisement professionnel attribuable au manque de personnel. [traduction libre]<sup>13</sup>

Environ 40 pour cent des PSSP ont quitté le secteur des soins de santé après avoir obtenu leur diplôme ou dans l'année suivant leur formation.

La durée moyenne de l'emploi d'un ou une PSSP (tous secteurs confondus) a chuté de 10 mois pour atteindre de 85 à 90 mois entre 2015 et 2017.

Le roulement est le plus élevé pour les postes à temps partiel et occasionnels occupés principalement par des PSSP débutants.

En plus des soins de longue durée, les préposés et préposées aux services de soutien à la personne travaillent dans le secteur hospitalier ainsi que dans le secteur des soins à domicile et des soins communautaires. La rémunération varie selon le secteur et le type de foyer de soins de longue durée.<sup>14, 15, 16</sup>

<sup>11</sup> Statistiques fournies par la Division de la planification de la capacité et de l'analytique, ministère de la Santé et ministère des Soins de longue durée.

<sup>12</sup> Ibidem.

<sup>13</sup> Lakusta, W. (2018). « Employer Perspectives on Personal Support Worker Recruitment and Retention. » ProfessionsSantéOntario.

<sup>14</sup> Données sur la fourchette de salaire horaire et le salaire horaire moyen : les données sur le secteur hospitalier proviennent de l'Ontario Hospital Association, les données sur la rémunération du secteur des soins à domicile et des soins communautaires proviennent de la base de données des conventions collectives de l'Ontario de 2019, et les données sur le secteur des soins de longue durée (moyenne) proviennent du rapport sur la dotation en personnel des foyers de soins de longue durée de 2018.

<sup>15</sup> Les données sur la fourchette de salaire horaire et le salaire horaire moyen des foyers de soins de longue durée à but lucratif, sans but lucratif et municipaux proviennent du rapport sur la dotation en personnel des foyers de soins de longue durée et représentent les salaires horaires du foyer compris entre le 10<sup>e</sup> et le 90<sup>e</sup> centile.

### Salaire moyen des PSSP dans tous les secteurs

Secteur	Fourchette de salaire horaire	Salaire horaire moyen
Secteur hospitalier	S. O.	23,78 \$
	22,51 \$ à 23,31 \$	22,91 \$
Soins à domicile et soins communautaires	16,78 \$ à 17,82 \$	17,30 \$
Soins de longue durée (moy.)	20,43 \$ à 27,23 \$	22,69 \$
	20,64 \$ à 22,25 \$	21,41 \$
Soins de longue durée à but lucratif	20,43 \$ à 26,48 \$	22,27 \$
	19,52 \$ à 21,15 \$	20,33 \$
Soins de longue durée sans but lucratif	20,43 \$ à 27,23 \$	22,75 \$
	19,86 \$ à 21,69 \$	20,78 \$
Soins de longue durée municipaux <sup>17</sup>	21,90 \$ à 27,22 \$	25,01 \$
	23,58 \$ à 24,99 \$	24,28 \$

**Remarque :** La variabilité des salaires moyens ci-dessus est attribuable aux différentes sources de données. Voir les notes en bas de page pour plus de détails.

- Données sur le secteur hospitalier : Ontario Hospital Association (en blanc) et conventions collectives détenues dans la base de données des conventions collectives du ministère du Travail (en bleu).
- Données sur le secteur des soins de longue durée : données fournies de façon volontaire par les foyers de soins de longue durée dans le cadre du Rapport annuel sur la dotation en personnel des foyers de soins de longue durée (en blanc) et conventions collectives détenues dans la base de données du ministère du Travail (en bleu).

<sup>16</sup> Les données sur la fourchette de salaire horaire et le salaire horaire moyen des foyers de soins de longue durée à but lucratif, sans but lucratif et municipaux (en bleu) proviennent de la base de données des conventions collectives du ministère du Travail en date du 2 août 2019. Le salaire horaire « moyen » est obtenu en effectuant la moyenne des salaires horaires minimum et maximum fournis dans la « fourchette de salaire horaire » et ne représente pas le salaire moyen réel du personnel dans chaque secteur.

<sup>17</sup> Les foyers de soins de longue durée gérés par la municipalité ont des conventions salariales semblables à celles des autres employés municipaux, de sorte que la rémunération du personnel des foyers municipaux a tendance à être plus élevée que celle des autres foyers. Les foyers de soins de longue durée gérés par la municipalité reçoivent également des fonds supplémentaires de la municipalité.

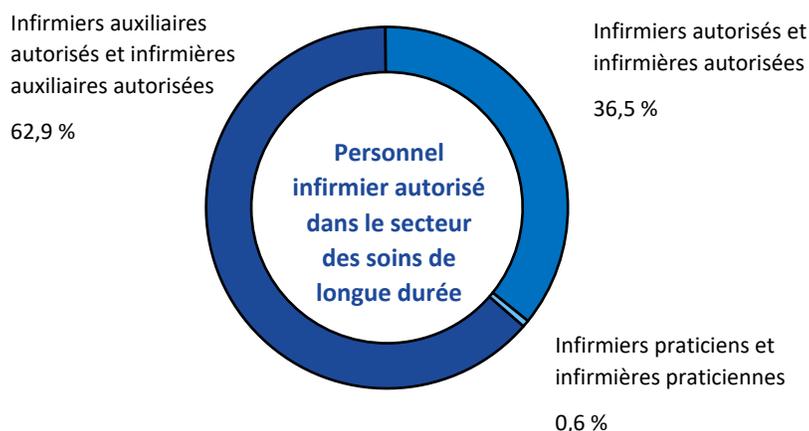
Le **personnel infirmier autorisé** est le deuxième groupe d'employés en importance dans le secteur des soins de longue durée :

- 63 pour cent des infirmiers praticiens et infirmières praticiennes (IP), 40 pour cent des infirmiers autorisés et infirmières autorisées (IA) et 39 pour cent des infirmiers auxiliaires autorisés et infirmières auxiliaires autorisées (IAA) travaillent à temps plein;
- 35 pour cent des IP, 41 pour cent des IA et 45 pour cent des IAA travaillent à temps partiel;
- 2 pour cent des IP, 19 pour cent des IA et 16 pour cent des IAA travaillent « occasionnellement ». <sup>18</sup>

Environ 30 pour cent des IA et des IAA qui travaillent dans le secteur des soins de longue durée occupent deux emplois ou plus. <sup>19</sup>

### Personnel infirmier autorisé dans le secteur des soins de longue durée

En 2018, 23 701 IAA, IA et IP travaillaient dans le secteur des soins de longue durée. <sup>20</sup>



Entre 2013 et 2018, les niveaux d'emploi des IA dans tous les secteurs sont demeurés les mêmes, tandis que les niveaux d'IAA ont augmenté de 15,1 pour cent et ceux des IP, de 130,6 pour cent. Le nombre de membres du personnel infirmier autorisé de toutes les classes de soins infirmiers a augmenté de 9,5 pour cent. <sup>21</sup>

Le nombre de membres du personnel infirmier autorisé dans le secteur des soins de longue durée a augmenté de 9,6 pour cent depuis 2013.

**9,6 %**

Toutefois, la proportion d'IA a diminué au cours de la même période, tandis que la proportion d'IAA et de PSSP a augmenté.

L'âge moyen du personnel infirmier autorisé en soins de longue durée est de 42,4 ans.

**42,4  
ans**

**76,1 %**

76,1 pour cent des professionnels autorisés de soins de longue durée ont déclaré préférer le travail à temps plein.

<sup>18</sup> Statistiques fournies par la Division de la planification de la capacité et de l'analytique du ministère de la Santé et des Soins de longue durée. Ces données sont fondées sur le nombre d'employés et ne tiennent pas compte des services achetés (p. ex., le personnel provenant d'agences).

<sup>19</sup> Ibidem.

<sup>20</sup> Ibidem.

<sup>21</sup> Ibidem.

Comme c'est le cas pour les PSSP, les salaires des infirmiers et infirmières varient selon les secteurs. Ci-dessous est exposé le salaire horaire moyen par secteur et par catégories de poste.<sup>22</sup>

**Salaires moyens des infirmiers et infirmières dans tous les secteurs<sup>23,24</sup>**

Secteur	Infirmiers praticiens et infirmières praticiennes		Infirmiers autorisés et infirmières autorisées		Infirmiers auxiliaires autorisés et infirmières auxiliaires autorisées	
	Fourchette de salaire horaire	Salaire horaire moyen	Fourchette de salaire horaire	Salaire horaire moyen	Fourchette de salaire horaire	Salaire horaire moyen
Secteur hospitalier	S. O.	56,47 \$	S. O.	46,75 \$	S. O.	30,67 \$
	51,88 \$ à 60,12 \$	56,00 \$	33,48 \$ à 47,46 \$	40,47 \$	29,08 \$ à 30,91 \$	29,99 \$
Soins à domicile et soins communautaires	47,04 \$ à 54,54 \$	50,79 \$	34,90 \$ à 39,05 \$	36,98 \$	23,76 \$ à 26,51 \$	25,14 \$
Soins de longue durée (moy.)	44,41 \$ à 70,02 \$	57,36 \$	38,52 \$ à 49,75 \$	44,14 \$	25,49 \$ à 34,25 \$	29,40 \$
	53,47 \$ à 63,65 \$	58,56 \$	30,64 \$ à 45,45 \$	38,05 \$	26,04 \$ à 28,36 \$	27,02 \$
SLD à but lucratif	47,42 \$ à 67,78 \$	57,17 \$	38,53 \$ à 49,75 \$	43,71 \$	25,50 \$ à 33,67 \$	27,60 \$
	S. O.	S. O.	30,02 \$ à 45,14 \$	37,58 \$	23,48 \$ à 26,29 \$	24,88 \$
SLD sans but lucratif	46,07 \$ à 70,02 \$	58,05 \$	38,52 \$ à 49,74 \$	43,91 \$	25,49 \$ à 34,25 \$	28,46 \$
	S. O.	S. O.	31,12 \$ à 45,15 \$	38,13 \$	25,13 \$ à 27,26 \$	26,19 \$
SLD municipaux	44,41 \$ à 67,08 \$	56,56 \$	38,70 \$ à 49,49 \$	45,38 \$	27,00 \$ à 34,17 \$	30,56 \$
	53,47 \$ à 63,65 \$	58,56 \$	33,13 \$ à 47,40 \$	40,27 \$	28,91 \$ à 30,81 \$	29,86 \$

**Remarque :** La variabilité des salaires moyens ci-dessus est attribuable aux différentes sources de données. Voir les notes en bas de page pour plus de détails.

<sup>22</sup> Les données sur les salaires sont tirées du Rapport sur la dotation en personnel des foyers de soins de longue durée, les données sur le secteur hospitalier proviennent de l'Ontario Hospital Association, et les données sur la rémunération du secteur des soins à domicile et des soins communautaires proviennent de la base de données des conventions collectives de l'Ontario.

<sup>23</sup> Les données sur la fourchette de salaire horaire et le salaire horaire moyen pour les foyers de soins de longue durée à but lucratif, sans but lucratif et municipaux (en blanc) proviennent du Rapport sur la dotation en personnel des foyers de soins de longue durée et représentent les salaires horaires du foyer compris entre le 10e et le 90e centile.

<sup>24</sup> Les données sur la fourchette de salaire horaire et le salaire horaire moyen pour les foyers de soins de longue durée à but lucratif, sans but lucratif et municipaux (en bleu) sont fournies par la Division de la planification de la capacité et de l'analytique du ministère de la Santé et des Soins de longue durée; les valeurs sont tirées de la base de données des conventions collectives du ministère du Travail en date du 2 août 2019.

Le salaire horaire « moyen » est obtenu en effectuant la moyenne des salaires horaires minimum et maximum fournis dans la « fourchette de salaire horaire » et ne représente pas le salaire moyen réel du personnel dans chaque secteur.

- Données sur le secteur hospitalier : Ontario Hospital Association (en blanc) et conventions collectives détenues dans la base de données des conventions collectives du ministère du Travail (en bleu).
- Données sur le secteur des soins de longue durée : données fournies de façon volontaire par les foyers de soins de longue durée dans le cadre du Rapport annuel sur la dotation en personnel des foyers de soins de longue durée (en blanc) et conventions collectives détenues dans la base de données du ministère du Travail (en bleu).

### Professionnels paramédicaux et personnel de soutien aux programmes

En 2018, 9 700 professionnels paramédicaux et membres du personnel de soutien aux programmes ont travaillé dans le secteur des soins de longue durée.<sup>25</sup> Ce groupe d’employés comprend notamment :



Diététistes



Aides soignants et aides soignantes



Physiothérapeutes



Personnel administratif



Travailleurs sociaux et travailleuses sociales

- Ergothérapeute
- Coordonnateur de l’instrument d’évaluation des résidents
- Physiothérapeute
- Responsable clinique
- Professionnel ou professionnelle en prévention des infections
- Coordonnateur ou coordonnatrice des bénévoles
- Diététiste
- Travailleur social ou travailleuse sociale
- Directeur ou directrice des activités
- Aide en réadaptation/aide en thérapie
- Secrétaire/secrétaire-réceptionniste
- Préposé ou préposée aux soins/aide sanitaire
- Assistant ou assistante aux activités
- Autre (coordonnateur ou coordonnatrice des services aux résidents, formateur ou formatrice du personnel, soins palliatifs, soutien administratif en soins infirmiers)



<sup>25</sup> Statistiques fournies par la Division de la planification de la capacité et de l’analytique, ministère de la Santé et ministère des Soins de longue durée.

La proportion de chaque groupe d'employés et employées varie d'un foyer de soins de longue durée à l'autre en raison d'un éventail de facteurs comme les besoins des résidents, la disponibilité du personnel, le recrutement et le maintien de l'emploi, la taille et la structure du foyer et le pouvoir discrétionnaire de la direction locale.

Voici un graphique des 10 principaux types d'emploi dans le secteur des soins de longue durée et de leur proportion moyenne dans la province.<sup>26</sup>

La composition de ces groupes peut varier légèrement selon le type de foyer. Pour les 10 principales classifications d'emploi, les foyers ont en grande partie la même composition de personnel. Il existe toutefois de légères variations. Par exemple, les foyers comptant moins de 64 lits ont généralement moins de PSSP et plus d'IA et d'aides soignants et aides soignantes par résident que les foyers plus grands.

La majeure partie du financement du ministère des Soins de longue durée vise les soins et le logement. Ce financement est organisé au moyen de quatre enveloppes de niveaux de soins : Soins infirmiers et soins à la personne, services et soutien aux programmes; aliments crus et autres mesures d'adaptation. Les fonds fournis par les enveloppes SIP et SPS peuvent seulement être utilisés pour financer les salaires, les avantages sociaux, l'équipement et les fournitures propres aux personnels remplissant les fonctions définies par ces enveloppes (c'est-à-dire le personnel infirmier et le personnel du programme). Le gouvernement provincial fournit de 60 à 70 pour cent du financement des foyers, et le reste provient de sources comme la quote-part des résidents, les collectes de fonds et les administrations municipales.<sup>27</sup> La façon dont les foyers peuvent dépenser ces fonds est dictée par les critères d'admissibilité, mais celle-ci peut varier dans une certaine mesure.

Par exemple, les dépenses totales en rémunération représentent environ 71,3 pour cent des dépenses totales dans les foyers à but lucratif, 73,3 pour cent dans foyers sans but lucratif et 81 pour cent dans les foyers de bienfaisance.<sup>28</sup> Cette variation peut être attribuable aux différentes sources de financement, comme le financement des administrations municipales et la collecte de fonds, et à la façon dont ces fonds sont répartis dans chaque foyer.

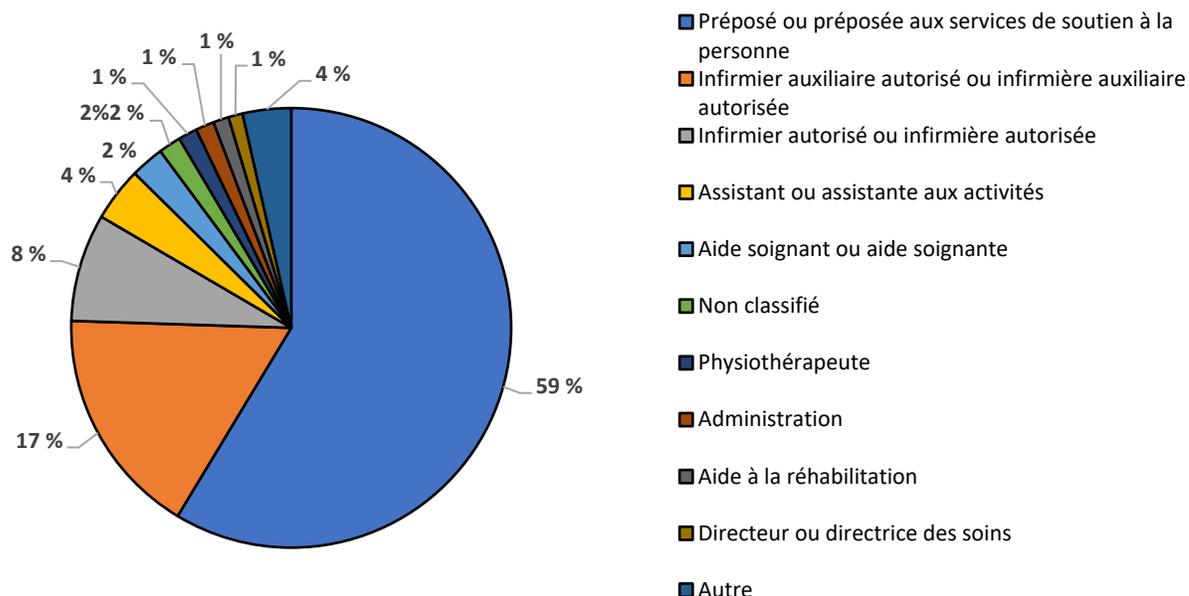
---

<sup>26</sup> La catégorie « autre » est incluse pour désigner les classifications d'emploi qui ne faisaient pas partie des 10 principales catégories, alors que « non classifié » fait référence aux emplois qui n'ont pas leur propre classification dans le rapport sur la dotation en personnel des foyers de soins de longue durée.

<sup>27</sup> Pour l'ensemble des foyers, la quote-part des résidents représente une part importante du financement qui ne provient pas du gouvernement provincial (les fonds générés par la quote-part des résidents sont estimés à 1,6 milliard de dollars pour la période 2019-2020). Les collectes de fonds sont principalement utilisées par les foyers sans but lucratif, tandis que le financement municipal est destiné aux foyers exploités par les municipalités.

<sup>28</sup> Statistiques fournies par la Division des opérations relatives aux soins de longue durée, ministère des Soins de longue durée.

### Proportion moyenne du personnel affecté aux foyers en 2018<sup>29</sup>



En 2018, les foyers ont déclaré une moyenne de 3,73 heures directes de soins quotidiens par résident, fondée sur les heures rémunérées. Cela se répartit en moyenne comme suit : deux heures et 18 minutes pour les PSSP, une heure et 2 minutes pour les IA ou les IPA, et 24 minutes pour les professionnels paramédicaux et le personnel de soutien aux programmes. Le tableau ci-dessous montre comment les heures de soins rémunérés du personnel soignant par résident ont augmenté de 15 pour cent entre 2009 et 2018.<sup>30</sup>

Les **heures travaillées** représentent les heures que consacre le personnel à l'exécution de son mandat de service, c.-à-d. lorsque le personnel est présent et disponible pour travailler. Les heures travaillées comprennent les heures normales de travail, les jours fériés travaillés, les heures de remplacement et de relève pour les vacances et les jours de maladie, les heures supplémentaires et les heures de rappel au travail payées et accumulées, ainsi que la participation aux réunions des comités et aux formations parallèles.

Les **heures rémunérées** comprennent toutes les heures travaillées, en plus des vacances, des jours fériés et des avantages

Il est difficile de comparer avec exactitude l'Ontario avec d'autres provinces et territoires du Canada compte tenu des différences de mesure. En ce qui concerne les heures de soins rémunérés par résident, l'Alberta signale avoir fourni 3,6 heures de soins infirmiers et de soutien à la personne, en plus de 0,4 heure de la part de fournisseurs de soins paramédicaux.<sup>31</sup> La Colombie-Britannique fournit

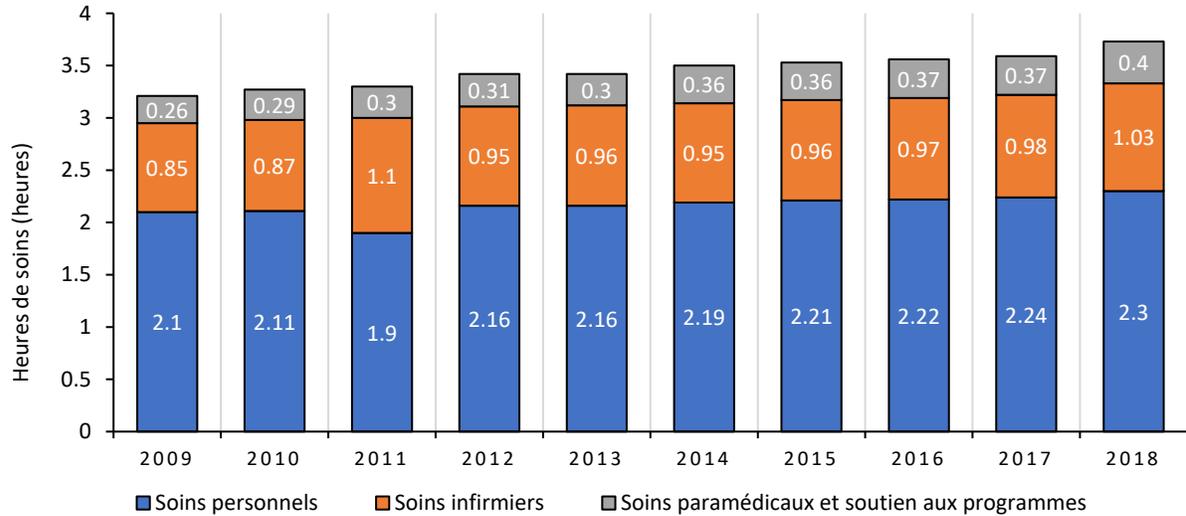
<sup>29</sup> Statistiques fournies par la Division de la planification de la capacité et de l'analytique du ministère de la Santé et des Soins de longue durée. Cet effectif est fondé sur 602 des 626 foyers qui ont répondu au rapport sur la dotation en personnel des foyers de soins de longue durée en 2018.

<sup>30</sup> Statistiques fournies par la Division des opérations relatives aux soins de longue durée, ministère des Soins de longue durée.

<sup>31</sup> Rapport du vérificateur général de l'Alberta. (2014). « Health and Alberta Health Services – Seniors Care in Long-term Care Facilities Follow-up. »

3,6 heures de *travail*, avec des soins directs supplémentaires de la part de fournisseurs de soins paramédicaux.<sup>32</sup>

### Heures directes de soins quotidiens par résident payées en Ontario<sup>33</sup>



Dans certains foyers, les familles embauchent du personnel supplémentaire pour s’occuper de leurs proches. En dehors des employés rémunérés, les soins sont également prodigués par la famille et des bénévoles. En 2018, environ 3,6 millions de Canadiens ont déclaré s’occuper de leurs parents ou de leurs beaux-parents, et un autre million, habituellement des Canadiens plus âgés, soutenait un conjoint ou un partenaire.<sup>34</sup> On estime que ces aidants naturels contribuent chaque année entre 26 et 72 milliards de dollars à notre société.<sup>35</sup> Treize pour cent de ces aidants naturels ont fourni des soins à un être cher dans un établissement ou un centre, comme des foyers de soins de longue durée.<sup>36</sup>

Ces aidants naturels passent beaucoup de temps dans le foyer de soins de longue durée et continuent de s’occuper intensément de leurs proches. On a constaté qu’un peu plus de 20 pour cent des aidants naturels qui aidaient une personne dans un établissement de soins donnaient plus de 10 heures de soins par semaine, avec plus d’heures de soins lorsqu’un résident était plus âgé et avait des problèmes de santé plus graves comme la démence.<sup>37</sup> Les soins qu’ils prodiguent comprennent l’alimentation, la toilette et le lavage, l’exercice, le soutien social et émotionnel, l’aide à la mémoire et la mobilisation.<sup>38</sup>

<sup>32</sup> Gouvernement Ministère de la santé de la Colombie-Britannique : ministère de la Santé. (2017). « Residential Care Staffing Review ».

<sup>33</sup> Rapport sur la dotation en personnel des foyers de soins de longue durée, 2018.

<sup>34</sup> Statistique Canada. Accessible à l’adresse suivante : <https://www150.statcan.gc.ca/n1/daily-quotidien/200108/dq200108a-fra.htm>

<sup>35</sup> The Change Foundation calculé. Calculé en utilisant le salaire minimum actuel en Ontario (14 \$/h) et en multipliant le nombre moyen d’heures de soins par semaine (11-30) par le nombre d’aidants naturels en Ontario

<sup>36</sup> The Change Foundation. 2019. « Spotlight on Ontario’s Caregivers ».

<sup>37</sup> Turcotte, M. et Sawaya, C. (2015). Soins aux aînés : Différences par selon le type de logement (No 75-006-X au catalogue). Ottawa : Statistique Canada

<sup>38</sup> RGP of Ontario, Provincial Geriatrics Leadership Office, & Canadian Geriatrics Society. 2020. « Family Presence in Older Adult Care: A Statement Regarding Family Caregivers and the Provision of Essential Care ».

Les exploitants, les résidents et les familles considèrent les aidants naturels comme des membres importants de l'équipe de soins.

## Pressions exercées par la COVID-19

Détermination de la pénurie critique fondée sur les éléments suivants :

- Épuisement ou non de toutes les options de dotation disponibles pour le foyer
- Taille du foyer (et par conséquent, risque lié à la prévention et au contrôle des infections [IPAC])
- Nombre d'employés et d'employées en congé et de postes vacants, particulièrement dans des fonctions clés comme ceux de directeur ou directrice des soins, d'infirmières et d'infirmiers autorisés (IA) et de préposés aux services de soutien à la personne (PSSP)
- Incidence sur les soins aux résidents
- Déclin de l'instantanéité des effectifs

Les problèmes auxquels font face le personnel des soins de longue durée et le secteur dans son ensemble ont été exacerbés par la pandémie de COVID-19. Cela est particulièrement vrai pour les foyers qui ont connu une écloison (c'est-à-dire un seul cas de COVID-19 confirmé en laboratoire, que ce soit un résident ou un employé).<sup>39</sup> À la mi-juillet 2020, 52 pour cent des foyers de soins de longue durée en Ontario n'avaient pas eu de cas de COVID-19, tandis que des écloisions avaient été déclarées dans les autres 48 pour cent.

En raison de ces écloisions et d'autres problèmes liés à COVID-19, le secteur a atteint un sommet de 38 foyers signalant des pénuries critiques de personnel. La plus grande proportion du déficit de quarts de travail a été observée chez les PSSP, un foyer ayant déclaré jusqu'à 60 quarts de travail vacants par jour. D'autres pénuries ont été signalées dans d'autres

catégories d'effectifs. Par exemple, un foyer de 128 lits a déclaré qu'il lui manquait 10 IA par jour.<sup>40</sup> On a demandé aux grands organismes exploitant plusieurs foyers et à un certain nombre d'autres foyers qui éprouvaient des problèmes de dotation de préparer des plans de « retour au travail » afin d'exposer la façon dont les exploitants gèrent ces pénuries. Sans aucun ordre particulier, les raisons suivantes figuraient parmi les plus souvent citées par les employeurs pour expliquer l'absentéisme du personnel, quelle que soit l'étendue de l'écloison :<sup>41</sup>

- L'employé a contracté la COVID-19 ou a un résultat positif au dépistage non confirmé en laboratoire.
- Peur de contracter la COVID-19 au foyer
- Obligation pour le personnel de travailler dans un seul foyer à compter du 22 avril 2020
- Information erronée sur la façon dont la COVID-19 se propage
- Préoccupations au sujet de l'accessibilité à de l'équipement de protection individuelle (ÉPI) adéquat
- Rapidité et disponibilité des tests
- Facteurs personnels comme l'état d'infection du personnel, la vulnérabilité des membres de la famille, l'accès aux services de garde d'enfant, la prestation canadienne d'urgence, l'épuisement professionnel
- Retraite anticipée (possiblement pour éviter de contracter la COVID-19)

<sup>39</sup> Selon la définition de la Directive no 3 émise par le médecin hygiéniste en chef à l'intention des foyers de soins de longue durée.

<sup>40</sup> Statistiques fournies par la Division des opérations, ministère des Soins de longue durée.

<sup>41</sup> Selon les déclarations des exploitants.

- L'organisme ne veut pas doter en personnel certains foyers, ou le personnel de l'organisme ne retourne pas au travail

En réponse aux graves répercussions de la COVID-19, le gouvernement a adopté plusieurs mesures de dotation temporaire, notamment des décrets d'urgence et des modifications réglementaires, qui ont mis en contact les organismes de soins de longue durée avec les établissements de soins actifs et qui ont fait appel aux Forces armées canadiennes pour aider les foyers les plus à risque. Voici d'autres mesures de dotation :

- Accroissement de la souplesse en matière de dotation grâce aux décrets d'urgence et aux modifications réglementaires temporaires :
  - Cette **souplesse accrue en matière de dotation** a permis aux exploitants de régler plus facilement les problèmes liés à la couverture des IA pendant la nuit, a ouvert la porte au recrutement d'étudiants et d'étudiantes et de bénévoles et a permis de faire appel à de nouveaux modèles de cohortes de personnel, tout en veillant au maintien de la sécurité.
- Décret d'urgence limitant le nombre de lieux de travail :
  - Le fait de limiter le **travail du personnel des soins de longue durée à un seul lieu** (foyer de soins de longue durée ou autre établissement de soins de santé) a eu dans certains cas une incidence sur les niveaux de dotation.
- Lancement du **Le portail de jumelage des ressources humaines**:
  - Le [portail de jumelage des ressources humaines](#) a été lancé le 7 avril 2020 pour permettre aux fournisseurs de soins de santé bénévoles de combler les déficits de ressources humaines dans l'ensemble du système de santé. Sur les **1 427** demandes de personnel, **49,4 pour cent** ont été présentées par des foyers de soins de longue durée (705 demandes), et **84,6** pour cent de ces demandes ont été approuvées (en date du 6 juillet).
- Décret d'urgence visant à verser une **rémunération** supplémentaire aux travailleurs et travailleuses de première ligne pendant la pandémie, y compris le personnel clinique et de soutien des soins de longue durée :
  - L'augmentation de 4 \$ l'heure vise à fournir un soutien accru au personnel de première ligne, à encourager le personnel à continuer de travailler pendant la pandémie de COVID-19 et à attirer de nouveaux employés et employées afin de maintenir des niveaux de dotation et des opérations sécuritaires dans les foyers de soins de longue durée. La rémunération supplémentaire pendant la pandémie est disponible pour 16 semaines, du 24 avril au 13 août 2020.

## Opinions et commentaires recueillis

Dès le départ, la qualité de vie des résidents a été reconnue comme un objectif primordial et un principe directeur de l'étude sur la dotation. Il s'agissait d'un élément clé des discussions entre les membres du Groupe consultatif et avec presque tous les organismes de soins de longue durée consultés (p. ex., exploitants, associations professionnelles, syndicats, porte-parole des résidents et des familles et associations sectorielles, comme AdvantAge Ontario et l'Ontario Long-Term Care Association).

Au cours de ces conversations, il était évident que les membres du personnel sont engagés envers leur travail et veulent fournir des soins de grande qualité axés sur ceux-ci; cependant, les circonstances actuelles (p. ex., pénuries de personnel, lacunes en matière d'éducation et de formation, et augmentation de la gravité de l'état des résidents) peuvent les empêcher d'atteindre leurs buts.

Cette section présente les commentaires des organismes mentionnés plus haut et du groupe consultatif sur les problèmes de dotation dans le secteur des soins de longue durée, y compris les obstacles au progrès. Il importe de souligner que tous les foyers ne font pas face aux mêmes obstacles et que les problèmes de dotation ne sont pas signalés uniformément dans l'ensemble du secteur. Voici un résumé des principales préoccupations soulevées.

### Défis sectoriels

#### Réagir à l'accroissement de la gravité de l'état des résidents

Le secteur des soins de longue durée existe pour répondre 24 heures sur 24 aux besoins des Ontariennes et des Ontariens qui ont besoin d'une aide fréquente pour les activités de la vie quotidienne, ainsi que de soins sur place et de supervision médicale qui ne peuvent plus être fournis à domicile. En moyenne, les résidents des foyers de soins de longue durée sont âgés de 84 ans.<sup>42</sup> Quarante-vingt-un pour cent des résidents souffrent d'une déficience cognitive quelconque et, souvent, ont des problèmes médicaux avancés et chroniques et comptent sur de multiples pharmacothérapies pour les gérer.<sup>43</sup> La demande pour de tels services est élevée. À mesure que la population de l'Ontario vieillit, la demande de services de soins de longue durée et les besoins des résidents de foyers de soins de longue durée continueront d'augmenter.

La liste d'attente actuelle des soins de longue durée contient plus de 38 000 personnes. En général, la priorité est accordée à ceux et celles dont les besoins sont les plus aigus.<sup>44</sup> Le temps d'attente moyen est actuellement de 152 jours et, dans l'intervalle, les besoins des demandeurs peuvent continuer d'augmenter. Ainsi, les résidents des foyers de soins de longue durée sont de plus en plus malades, souvent en fin de vie, souffrent de maladies plus graves et ont besoin de soins plus intensifs que dans d'autres types d'établissements.

---

<sup>42</sup> Statistiques fournies par la Division de la planification de la capacité et de l'analytique, ministère de la Santé et ministère des Soins de longue durée.

<sup>43</sup> Rapport sur la dotation dans les foyers de soins de longue durée, 2018

<sup>44</sup> L'ordre de priorité des cas sur une liste d'attente peut évoluer en raison de l'ajout de nouvelles personnes qui ont plus besoin de soins et qui, par conséquent, se voient accorder la plus haute priorité. De plus, les besoins d'une personne peuvent changer, entraînant ainsi une révision de l'ordre de priorité.

Cette augmentation de la gravité de l'état des résidents peut se mesurer de deux façons :

- Indice de la charge de cas (ICC) : L'ICC est une mesure des ressources moyennes requises pour répondre aux besoins des résidents dans la province ou à domicile. De 2004 à 2009, la valeur de l'ICC à l'échelle provinciale s'est accrue de 12,2 pour cent, et de 7,6 pour cent entre 2009 et 2018.<sup>45,46</sup>
- Méthode d'attribution du niveau de priorité : (MAPLe) est une mesure utilisée par les coordonnateurs des soins pour classer les demandeurs de soins de longue durée dans la catégorie des bénéficiaires éventuels de soins de longue durée selon leurs besoins (faibles, modérés, élevés ou très élevés), leur état de santé, leur niveau de déficience cognitive, leur comportement et leurs fonctions vitales, avant leur admission dans un foyer de soins de longue durée. Le nombre de demandeurs ayant des besoins élevés ou très élevés selon la méthode MAPLe était de 82 pour cent en 2012, et a atteint 85 pour cent en 2018 et 87 pour cent en 2019.<sup>47</sup>

La **mesure de la charge de cas** et d'autres méthodologies sont utilisées pour déterminer le niveau de ressources nécessaires pour prendre soin d'une population donnée. L'**indice de la charge de cas** est calculé en additionnant divers facteurs, y compris la gravité des diagnostics médicaux, par résident, et en divisant le résultat par le nombre total de résidents. Ce résultat est ensuite pondéré pour l'ensemble de la province.

La méthodologie **MAPLe** divise les résidents en fonction du risque de résultats négatifs. Elle fait appel à une échelle d'un à cinq, commençant par l'autonomie et se terminant par la présence de déficiences liées aux activités de la vie quotidienne, à des troubles cognitifs, à des errances ou à des problèmes de comportement. La recherche a démontré que les personnes dont le niveau de priorité est le plus élevé sont près de neuf fois plus susceptibles d'être admises dans un établissement de soins de longue durée que les clients dont le niveau de priorité est plus faible. La méthodologie MAPLe rend compte également du stress chez les aidants.

L'investissement annuel dans l'enveloppe SIP ajustée en fonction de la gravité de l'état des résidents a augmenté en moyenne de 2,5 pour cent par année (passant de 82,43 \$ par jour en 2009-2010 à 102,34 \$ en 2019-2020, soit une augmentation d'environ 4,53 \$ compte tenu de l'inflation).<sup>48</sup> De même, le financement fourni dans l'enveloppe SPS (y compris la physiothérapie) a augmenté en moyenne de 4,4 pour cent par année (passant de 8,11 \$ par jour en 2009-2010 à 12,06 \$ en 2019-2020). Une augmentation de 2,44 \$ en termes réels).<sup>49</sup>

Au cours de la même période, le financement total des soins de longue durée en ce qui a trait à la dotation et d'autres priorités a augmenté de 33,4 pour cent, passant de 3,26 milliards de dollars en 2009-2010 à 4,35 milliards de dollars en 2019-2020.<sup>50</sup> Compte tenu de l'inflation, il s'agit d'une hausse de 481 millions de dollars, ou 11 pour cent.

## Pénuries de personnel

Les niveaux de dotation en personnel n'ont pas suivi l'accélération de la demande de soins de longue durée. L'Institut canadien d'information sur la santé a documenté le déclin des effectifs infirmiers tout

<sup>45</sup> Statistique Canada, Établissements de soins pour bénéficiaires internes, tableau 5.7

<sup>46</sup> Statistiques fournies par la Division de la planification de la capacité et de l'analytique, ministère de la Santé et des Soins de longue durée : « LTC Homes Case Mix Index 2009-2012. Assessment Fiscal SR Ltd.; LTC Home Level Master Sheet 2015-16, 2017-18, 2018-19 »

<sup>47</sup> Statistiques fournies par la Division de la planification de la capacité et de l'analytique, ministère de la Santé et des Soins de longue durée.

<sup>48</sup> Toutes les données sur l'inflation sont fondées sur l'outil d'inflation de la Banque du Canada.

<sup>49</sup> Statistiques fournies par la Division des opérations, ministère des Soins de longue durée.

<sup>50</sup> Ibidem.

comme les associations d'infirmières et d'infirmiers de l'Ontario.<sup>51,52,53</sup> Des pénuries ont également été observées du côté des PSSP. Par exemple, environ 6 500 PSSP ont obtenu leur diplôme après avoir suivi un programme de formation des PSSP de l'Ontario en 2018-2019, et chaque année, environ 40 pour cent des diplômés et diplômées quittent leur emploi dans l'année suivant l'obtention de leur diplôme. De plus, on estime que près de 25 pour cent des PSSP qui travaillent et qui ont deux ans ou plus d'expérience quittent la profession chaque année.<sup>54</sup>

Lors de tables rondes, les exploitants de foyers de soins de longue durée ont déclaré ce qui suit :

---

*... les foyers peuvent enregistrer l'absence de 5 à 10 PSSP par période de 24 heures. Certains foyers souffrent de pénuries de 20 à 50 PSSP [selon les commentaires émis lors de la réunion]. Même si la situation est pire dans le Nord de l'Ontario et dans les régions rurales, la crise sévit même dans les grandes villes du Sud de l'Ontario. Dans une municipalité rurale près de London, un foyer de soins de longue durée a déclaré qu'il pouvait compter sur un effectif complet seulement 8 jours sur 365.<sup>55</sup>*

---

En raison de ces pénuries, il est courant que le personnel manque de temps pour fournir des soins holistiques de grande qualité aux résidents. Par exemple :<sup>56</sup>

- Les préposés et préposées ont déclaré qu'ils avaient négligé certains services, comme donner le bain, fournir les soins personnels et faire la toilette, entre autres fonctions de soins de base. On a attribué cela à des soins directs insuffisants par résident, par jour. D'après les informations reçues, les PSSP sont souvent bousculés et ils prennent donc des raccourcis pour optimiser le temps dont ils disposent. Par conséquent, on peut constater une augmentation des chutes, des infections, des erreurs, des plaintes, des conflits ainsi que des dépressions plus graves chez les résidents.
- Selon un syndicat, les deux tiers des PSSP et du personnel infirmier sondés ont déclaré qu'ils devaient dire à un résident qu'ils n'avaient pas le temps de l'amener aux toilettes et que le résident devrait alors attendre.

Les préposés et préposées, les associations professionnelles, les syndicats et les représentants et représentantes du secteur s'entendaient généralement pour dire que, pour atténuer ces situations, il faut absolument augmenter le nombre d'heures de soins directs par résident, par jour.

Voici d'autres facteurs qui contribuent à la pénurie de personnel :

- **Conditions de travail et d'emploi difficiles pour le personnel :**

---

<sup>51</sup> ICIS. 2017. Le personnel infirmier réglementé, 2016: Rapport. Accessible à l'adresse suivante :

<https://www.cihi.ca/sites/default/files/document/regulated-nurses-2016-report-fr-web.pdf>

<sup>52</sup> Grinspun, Doris. 2006. « Nursing Shortage a formidable but workable challenge. » Accessible à l'adresse suivante (en anglais seulement) : [https://rnao.ca/sites/rnao-ca/files/Pages\\_from\\_July-Aug-ED\\_Dispatch\\_0.pdf](https://rnao.ca/sites/rnao-ca/files/Pages_from_July-Aug-ED_Dispatch_0.pdf)

<sup>53</sup> Association des infirmières et infirmiers de l'Ontario. 2016. « ONA continues to fight for RN jobs. » Accessible à l'adresse suivante : [https://www.ona.org/wp-content/uploads/ona\\_feature\\_stoptheregisterednursecuts\\_201609.pdf](https://www.ona.org/wp-content/uploads/ona_feature_stoptheregisterednursecuts_201609.pdf)

<sup>54</sup> Statistiques fournies par la Division de la planification de la capacité et de l'analytique, ministère de la Santé et ministère des Soins de longue durée.

<sup>55</sup> Unifor (2019). « Caring in Crisis: Ontario's Long-Term Care PSW Shortage. » Ontario Health Coalition

<sup>56</sup> Ibidem.

Le secteur des soins de santé se classe au deuxième rang pour les blessures entraînant des pertes de temps en Ontario, et les travailleurs et travailleuses de soins de longue durée sont parmi les plus à risque de blessures physiques dans le secteur.<sup>57,58</sup> Depuis 2015, la Commission de la sécurité professionnelle et de l'assurance contre les accidents du travail a signalé 3 822 blessures ne nécessitant pas de congé et 1 747 blessures exigeant un congé parmi les employés et employés des soins de longue durée. Ces blessures représentent 27 pour cent du total des blessures entraînant une perte de temps dans le secteur des soins de santé. Parmi les causes les plus courantes de blessures nécessitant un congé, citons les troubles musculo-squelettiques (38 pour cent), l'exposition à des contaminants ou à des produits chimiques (31 pour cent), les glissades, les trébuchements et les chutes (11 pour cent) et la violence en milieu de travail (9 pour cent).<sup>59,60</sup>

En outre, le personnel des soins de longue durée fait souvent face à des conditions de travail éprouvantes émotionnellement et mentalement.

Les facteurs suivants peuvent avoir une incidence négative sur la santé mentale et le bien-être émotionnel :

- Culture d'entreprise : Certaines associations professionnelles et certains exploitants signalent un manque de respect interprofessionnel et des tensions entre le personnel réglementé et non réglementé.
- Comportement des résidents : 81 pour cent des résidents des foyers de soins de longue durée ont une forme ou une autre de déficience cognitive, et près du tiers d'entre eux présentent une déficience cognitive grave.<sup>61</sup> Jusqu'à 86 pour cent des personnes ayant reçu un diagnostic de démence manifestent des comportements réactifs à mesure que la maladie progresse.<sup>62</sup> Le personnel peut se sentir insuffisamment préparé ou appuyé pour prendre soin de ces résidents.
- Soins en fin de vie : La plupart des résidents atteignent la fin de leur vie en soins de longue durée. Il se peut que le personnel ne soit pas bien préparé à fournir des soins palliatifs ou à travailler dans un milieu en fin de vie. Cela peut aussi avoir un effet émotionnel sur les membres du personnel qui pleurent la mort de ceux dont ils ont pris soin.
- Mauvais traitements de la part des résidents : On rapporte que le personnel est parfois victime de violence et de racisme de la part de certains résidents. Par exemple, le fait d'entendre des remarques racistes et ethniques en milieu de travail, en particulier de la part des résidents, a été largement rapporté par les PSSP.<sup>63</sup> Bien que ces comportements ne

---

<sup>57</sup> Comprend les soins de longue durée, les maisons de retraite, les hôpitaux, les services de soins infirmiers, les résidences de groupe et autres établissements subventionnés, les cliniques de traitement et les services spécialisés ainsi que les bureaux et les organismes professionnels.

<sup>58</sup> Ministère du Travail, de la Formation et du Développement des compétences, Plan sectoriel des soins de santé 2017-2018.

<sup>59</sup> Les troubles musculo-squelettiques sont des blessures et des troubles qui affectent le mécanisme de mouvement du corps humain. Les troubles musculo-squelettiques courants comprennent le tunnel carpien et la tendinite.

<sup>60</sup> Entrepôt de l'information de l'organisation de la WSIB – Schéma d'analyse des coûts des réclamations et schéma des dépenses des entreprises. Aperçu des données de décembre 2016 pour toutes les années.

<sup>61</sup> Statistiques fournies par la Division de la planification de la capacité et de l'analytique, ministère de la Santé et ministère des Soins de longue durée.

(rapport sur la dotation en personnel des foyers de soins de longue durée)

<sup>62</sup> Talerico, K., Evans, L. et Strumpf, N. 2002. « *The Gerontologist: Mental Health Correlates of Aggression in Nursing Home Residents with Dementia.* »

<sup>63</sup> Ejaz, Farida et Rentsch, Julie et Noelker, Linda et Castora-Binkley, Melissa. (2011). « Racism Reported by Direct Care Workers in Long-Term Care Settings. » *Race and Social Problems.* 3. p. 92-98. 10.1007/s12552-011-9045-3.

soient pas toujours intentionnellement blessants, ils peuvent être difficiles pour le personnel.

Le manque de postes à temps plein pour les membres du personnel qui le souhaitent est un autre problème. Les membres du personnel doivent souvent occuper plusieurs emplois à temps partiel pour obtenir un salaire décent.<sup>64,65</sup> Les conflits d'horaire et les temps d'arrêt insuffisants peuvent constituer un défi pour ces employés. Selon l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE), les contrats de travail temporaires, dans l'ensemble des pays membres de l'OCDE, représentent près de 20 pour cent de l'emploi dans les soins de longue durée. Cela représente 25 pour cent de plus que le taux moyen dans tous les secteurs. Comparativement, les hôpitaux ont recours au contrat de travail temporaire 11 pour cent du temps. On peut aussi embaucher du personnel par l'entremise d'organismes pour combler les lacunes; cependant, il s'agit d'une proportion beaucoup plus faible du personnel des soins de longue durée.

- **Écarts entre l'expérience scolaire et le milieu de travail :**

Certaines organisations signalent une disparité entre l'expérience scolaire des PSSP et la réalité du milieu de travail des soins de longue durée. Bien que les pédagogues enseignent dans un milieu idéal, le rythme et la nature du travail dans les soins de longue durée peuvent être plus difficiles que ce à quoi les étudiants et étudiantes sont préparés en formation.<sup>66</sup> Cette situation est en partie attribuable à la complexité croissante des besoins des résidents et à la pénurie de personnel.

Les PSSP peuvent aussi se voir confier des responsabilités qui ne relèvent pas de leur domaine d'études en raison du manque de personnel pendant le quart de travail. De plus, il y a peu de couvertures de quart de travail disponibles offrant des possibilités de formation permanente permettant d'améliorer leurs compétences et de répondre aux besoins des résidents en matière de soins.<sup>67</sup>

Les nouveaux diplômés des programmes de PSSP constatent que la plus grande lacune est la préparation à la vitesse à laquelle les tâches doivent être accomplies. Le transfert des tâches, le travail en manque de personnel et d'autres pressions peuvent rendre difficile l'utilisation des concepts et des techniques apprises en classe.<sup>68</sup> Les programmes de soins infirmiers autorisés et de soins infirmiers auxiliaires autorisés n'incluent pas tous une formation et des placements spécialisés dans les soins de longue durée. Même si les soins aux adultes âgés et la prestation de soins gériatriques font partie des exigences d'entrée à la profession, la formation et les stages peuvent ne pas être adaptés aux soins requis dans les foyers de soins de longue durée.

De plus, le personnel infirmier qui travaille en soins de longue durée participe à des activités de leadership pour soutenir les résidents, les familles et les équipes. Toutefois, le personnel infirmier

---

<sup>64</sup> Entendu par des organismes de soins de longue durée et confirmé par les membres du groupe consultatif.

<sup>65</sup> [https://www.ontariolivingwage.ca/living\\_wage\\_by\\_region](https://www.ontariolivingwage.ca/living_wage_by_region)

<sup>66</sup> D'après les présentations des préposés et de l'Ontario Personal Support Workers Association, et la discussion du groupe consultatif

<sup>67</sup> Collins, K., Hogan, T. et Piwkowski, M. « Drifting off Course : Examining Role Drift Among Personal Support Workers in Ontario. »

<sup>68</sup> Cette expression est couramment utilisée pour décrire un quart de travail où il manque de personnel. Le personnel signale souvent qu'il travaille « en manque » lorsque certains employés ou certaines employées dont le quart de travail est prévu ne sont pas en mesure de se présenter au travail ou de terminer leur quart de travail.

récemment diplômé qui possède une expérience débutante en leadership peut ne pas être entièrement prêt à répondre aux demandes des résidents, de la direction et du secteur.

On a formulé plusieurs recommandations à cet égard dans le rapport Gillese. Pensons notamment à l'amélioration de la formation en soins infirmiers avant et pendant l'emploi, comme les soins prodigués aux personnes âgées, la gestion des risques pour les patients et la prestation d'un plus grand nombre de placements en soins de longue durée.

Une formation appropriée est également nécessaire pour répondre aux besoins des résidents en matière de qualité de vie. Par exemple, bien que certains foyers de soins de longue durée autochtones offrent de la formation culturelle sur place, il est possible d'améliorer la formation sur le savoir-faire culturel dans un contexte d'éducation afin de préparer le personnel avant son entrée sur le marché du travail. Le personnel peut aussi manquer de formation sur les principes fondamentaux de la médecine gériatrique ou sur les spécialités nécessaires pour répondre à des besoins médicaux de plus en plus complexes.

- **Offre de main-d'œuvre**

La demande actuelle de postes clés, comme les PSSP et le personnel infirmier autorisé, dépasse l'offre. Avant la pandémie de COVID-19, les analyses du gouvernement de l'Ontario indiquaient une faible croissance de l'offre de personnel infirmier autorisé. Les modèles précédents du gouvernement ont prévu que le système pourrait avoir besoin d'un personnel infirmier autorisé plus important pour répondre à la demande du marché du travail et aux besoins de la population. Une analyse plus poussée est maintenant nécessaire pour comprendre l'incidence de la COVID-19 sur la demande en infirmières et infirmiers autorisés dans l'ensemble des secteurs de la santé, y compris celui des soins de longue durée.

Les exploitants en soins de longue durée ont mis en évidence les problèmes de recrutement, certains ont dit que lorsque des postes sont affichés, très peu de candidats postulent, et souvent certains d'entre eux ne sont pas qualifiés. Cette situation pourrait ne pas être propre au secteur des soins de longue durée, car il existe actuellement un problème généralisé en matière d'offre de candidats et de candidates. Cependant, il a été clairement établi qu'il s'agit d'un défi récurrent dans le secteur des soins de longue durée.

Cela survient à un moment où la population de l'Ontario vieillit. Au sein de la population ontarienne, la croissance du nombre de personnes âgées de plus de 65 ans a dépassé celle des personnes en âge de travailler. Cela s'est traduit par un déséquilibre dans le secteur des soins, particulièrement dans celui des soins de longue durée. L'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE) estime que d'ici 2040, le Canada aura besoin d'une augmentation de 80 pour cent du personnel de la santé (dans tous les secteurs) pour maintenir le ratio actuel du personnel de la santé par rapport aux personnes de 65 ans ou plus.<sup>69</sup>

Comme les soins de longue durée connaissent déjà une pénurie qui met en péril les soins prodigués aux résidents, il faut améliorer considérablement le recrutement et le maintien en poste de la main-d'œuvre pour corriger cette lacune, en plus d'augmenter le bassin global de candidats qualifiés du secteur de l'éducation.

- **Image publique négative**

---

<sup>69</sup> Études de l'OCDE sur les politiques de santé, 2020. « Who Cares? Attracting and Retaining Care Workers for the Elderly. »

Les soins de longue durée sont parfois perçus comme un choix de carrière moins désirable que les soins actifs. Cette perception peut être liée à des facteurs comme la dévalorisation sociale des aînés et des soins aux aînés, l'accent mis par les médias sur les problèmes dans les soins de longue durée plutôt que sur les réussites, et des enjeux de longue date dans la culture du secteur des soins de santé, qui accorde plus de respect et de valeur aux milieux hospitaliers.

On a aussi le sentiment que le travail en soins de longue durée est mal rémunéré, difficile physiquement et sous-évalué comparativement à d'autres secteurs de la santé comme le secteur hospitalier. On pense aussi que le secteur des soins de longue durée offre un travail occasionnel chronique sans avantages sociaux.<sup>70</sup> On parle souvent des soins de longue durée comme s'il s'agissait d'un « emploi sans avenir » qui offre peu de possibilités de promotion ou de récompense.

La prolifération de ces perceptions peut avoir une incidence négative sur l'attrait du secteur et dissuader les gens d'envisager une carrière en soins de longue durée.

En conclusion, le taux de croissance des besoins des résidents a dépassé les niveaux de dotation, de scolarité et de formation ainsi que le financement. Pourtant, les employés des soins de longue durée sont souvent passionnés par leur travail et se soucient profondément du bien-être des résidents.

Le cadre de la dotation actuel ne favorise pas la prestation uniforme de soins de grande qualité aux résidents en soins de longue durée. Au fil du temps, les conditions de travail du personnel des soins de longue durée sont devenues difficiles; les employés disent être débordés, manquer de soutien et se faire demander de faire « plus avec moins » chaque jour. Beaucoup d'employés des soins de longue durée sont frustrés de ne pas pouvoir fournir systématiquement les soins de grande qualité que les résidents méritent.

Le secteur de soins de longue durée étant appelé à prendre beaucoup d'expansion pour répondre à la demande croissante, l'approche actuelle en matière de dotation n'est pas adéquate.

## **Perspectives sur les obstacles au changement**

Les partenaires des soins de longue durée mentionnent souvent que le cadre législatif et réglementaire, les inspections et le modèle de financement constituent des obstacles provinciaux interreliés qui ont une incidence sur la dotation en personnel de soins de longue durée.

### **Spécificité du cadre législatif et réglementaire**

La législation et les réglementations constituent le cadre pour protéger les droits des résidents et améliorer la qualité de leurs soins. Toutefois, les préposés et les associations l'ont critiqué parce qu'il était trop normatif et trop sévère. En particulier, les études requises dans ce cadre peuvent constituer un obstacle à l'exploration de solutions possibles aux problèmes de dotation. On estime notamment que la réglementation actuelle n'encourage pas l'utilisation de rôles non traditionnels comme les travailleurs et travailleuses de soutien au développement et les assistants et assistantes PSSP, ce qui pourrait alléger la charge de travail des PSSP et du personnel infirmier. De plus, la réglementation ne suit pas nécessairement l'évolution du champ d'exercice du personnel infirmier.

Les préposés et préposées ainsi que les associations citent également des exigences qui, selon eux, ne correspondent pas à d'autres domaines du continuum de soins, particulièrement en ce qui concerne les exigences en matière d'études requises pour accomplir certaines tâches ou pourvoir certains postes.

---

<sup>70</sup> Unifor. 2019. « *Caring in Crisis: Ontario's Long-Term Care PSW Shortage.* » Ontario Health Coalition

En général, on reproche au cadre législatif et réglementaire d'être trop normatif et limitatif dans la façon dont le personnel des soins de longue durée peut répondre aux divers besoins et désirs des résidents.

### **Culture de conformité**

Le Programme d'inspection de la qualité des foyers de soins de longue durée (PIQFSLD) protège le bien-être des résidents en procédant continuellement à l'examen des plaintes et des incidents dans les foyers. Le programme veille à ce que chaque foyer soit inspecté au moins une fois par année pour s'assurer qu'il est conforme à la législation et à la réglementation. Dans l'ensemble du secteur, les partenaires en soins de longue durée considèrent que la culture actuelle de la conformité des soins de longue durée est punitive et qu'elle est fortement axée sur des facteurs moins susceptibles d'avoir une incidence sur la sécurité des résidents. Par exemple, la réglementation comporte des exigences normatives concernant l'heure des repas, ce que les préposés et préposées ainsi que les associations de soins de longue durée ont critiqué.<sup>71</sup>

La juge Eileen E. Gillese a recommandé que les foyers de soins de longue durée favorisent une « culture d'équité, une culture où l'erreur humaine est traitée avec franchise plutôt que de façon punitive ».<sup>72</sup> Comme l'ont signalé des préposés et préposées, des associations et des syndicats, la conséquence d'une culture axée sur la conformité peut être une trop grande concentration du personnel sur les tâches réglementées, au détriment de résultats positifs pour les résidents. Cela nuit également à leurs droits, à leur sécurité ou à leur qualité de vie.

Les associations professionnelles soulignent qu'en mettant l'accent sur la conformité et l'évitement des ordres de conformité, qui sont rendus publics, on peut créer un sentiment de peur chez les dirigeants et le personnel des foyers de soins de longue durée. Les fournisseurs de soins de santé ont souvent peur de faire des erreurs et peuvent ne pas se sentir à l'aise de signaler des incidents à des collègues ou à la direction.

### **Modèle de financement**

Les exploitants et exploitantes ont indiqué qu'ils trouvent le modèle de financement complexe et qu'il a fait l'objet de critiques dans les consultations et les présentations au gouvernement.

À l'heure actuelle, la majeure partie du financement provient des allocations selon le niveau de soins. Comme il a été mentionné précédemment, les fonds pour les niveaux de soins sont répartis entre quatre enveloppes budgétaires : les soins infirmiers et les soins personnels, les services de programme et de soutien, les aliments crus et d'autres services. Les fonds de chaque enveloppe budgétaire ne peuvent être dépensés que pour des éléments jugés admissibles par le Ministère. Certains partenaires des soins de longue durée, comme les préposés et préposées ainsi que les associations, signalent que la sous-catégorisation actuelle des enveloppes budgétaires ne permet pas aux foyers d'embaucher le type et le nombre d'employés qu'ils préfèrent ni d'offrir une rémunération adéquate. Les enveloppes budgétaires des niveaux de soins ont également été élargies pour permettre aux préposés de dépenser des fonds pour un plus large éventail d'éléments, sans qu'un financement supplémentaire y soit rattaché. Cela signifie que le même financement peut être utilisé pour une gamme plus vaste de mesures de soutien pour les résidents, sans augmenter le niveau global de soutien.

---

<sup>71</sup> La réglementation prescrit un nombre minimum de repas et une fenêtre pour chaque heure de repas.

<sup>72</sup> Rapport Gillese, recommandation 78.

Certaines composantes du financement des foyers sont ajustées en fonction des besoins des résidents. L'ICC, qui représente l'intensité moyenne des ressources nécessaires pour s'occuper de tous les résidents d'un foyer au cours d'une année donnée, est utilisé pour ajuster le calcul de l'enveloppe budgétaire des soins infirmiers et des soins personnels (SIP) pour chaque foyer de soins de longue durée.

Certains organismes de soins de longue durée affirment que la méthodologie actuelle de documentation et de saisie des demandes de financement supplémentaire en fonction des besoins est onéreuse, prend du temps et ne reflète pas les besoins en temps réel, étant donné que les décisions financières sont souvent fondées sur les données provenant des deux années précédentes. Dans ces circonstances, un financement supplémentaire pour la dotation en personnel afin de soutenir les résidents exigeant une acuité accrue des soins peut être reçu après le départ du résident.

Les résultats sur la santé des résidents peuvent être améliorés grâce à des soins de haute qualité, mais on a l'impression que le modèle de financement décourage ces efforts. L'indice de la charge de cas accorde la priorité au financement en fonction du besoin de ressources. Si les résultats sur la santé dans un foyer s'améliorent, l'indice de la charge de cas peut montrer un besoin de ressources plus faible dans ce foyer qu'ailleurs dans la province. Par conséquent, le financement pour le foyer pourrait diminuer l'année suivante. Cela pourrait involontairement dissuader les foyers de faire de leur mieux.<sup>73</sup>

La perception d'un effet dissuasif demeure malgré les mécanismes de stabilisation instaurés par le Ministère, comme le plafond de 5 pour cent sur la variation sur 12 mois dans l'indice de la charge de cas (plus ou moins), de sorte que le financement ne peut pas changer radicalement. En plus de ce plafond, 40 pour cent du financement n'est pas rajusté en fonction de l'indice de la charge de cas, de sorte qu'il demeure stable au fil du temps.

---

<sup>73</sup> Comme l'ont signalé certains exploitants et associations d'établissements de soins de longue durée.

## **Principales conclusions et recommandations du groupe consultatif**

Nous reconnaissons que les problèmes de dotation en personnel dans les soins de longue durée sont complexes et de nature systémique. Les solutions ne sont pas faciles et une approche à plusieurs volets qui aborde simultanément divers enjeux sous-jacents sera la plus fructueuse. Le Ministère se doit d'établir l'ordre de priorité de ses plans visant à élaborer une stratégie globale de dotation, en même temps que d'autres aspects du secteur. Compte tenu de la gravité des problèmes de dotation en personnel dans le secteur, il faut prendre des mesures immédiates et à plus long terme.

Les questions relatives aux effectifs des foyers de soins de longue durée doivent être prises en compte dans le contexte du continuum plus large des soins et de la mobilité de la main-d'œuvre dans l'ensemble du système de santé et au-delà. Il faut veiller à ce que les mesures visant à améliorer la dotation dans le secteur des soins de longue durée n'aient pas de conséquences imprévues sur d'autres secteurs, comme celui des soins à domicile et en milieu communautaire.

### **La dotation en personnel dans le secteur des soins de longue durée est en crise et doit être traitée de toute urgence**

Ce ne sont pas tous les foyers de soins de longue durée qui connaissent une pénurie de personnel, mais tous éprouvent des difficultés. Cette situation existait bien avant l'écllosion de COVID-19, bien que la pandémie ait davantage mis en évidence ces problèmes. De nombreux rapports ont fait état des difficultés rencontrées pour attirer et maintenir en poste le personnel, particulièrement pour les postes de préposés aux services de soutien à la personne (PSSP) et d'infirmières et infirmiers autorisés (IA). Les défis de dotation en personnel, y compris les conditions de travail difficiles, ont été soulignés par la juge Eileen E. Gillese dans le rapport Enquête publique sur la sécurité des résidents des foyers de soins de longue durée (l'enquête Gillese).

Il serait inexact de dire que tous les foyers de soins de longue durée connaissent une pénurie de personnel. Mais si l'on considère le secteur dans son ensemble, le terme « pénurie » est approprié. Des changements s'imposent de toute urgence, non seulement pour répondre aux problèmes actuels, mais également en vue de la création prévue de nouveaux lits de soins de longue durée. Il est nécessaire d'agir immédiatement pour stabiliser et augmenter les effectifs, mais aussi pour appuyer une réforme à long terme.

### **Nous devons faire des foyers de soins de longue durée un meilleur endroit où vivre et travailler.**

Le secteur des soins de longue durée a pour but de répondre aux besoins des résidents, dont la grande majorité est des personnes âgées, fragiles et aux prises avec des problèmes de santé complexes, et de les aider à atteindre une qualité de vie élevée.

De nombreux foyers sont des communautés chaleureuses et bienveillantes qui offrent d'excellents soins à leurs résidents, et la plupart des membres du personnel sont hautement qualifiés et motivés, et font des carrières enrichissantes et épanouissantes.

Des bénévoles et des membres de la famille incroyables constituent également une partie importante de la communauté des soins de longue durée, en apportant leur soutien aux résidents et au personnel et en fournissant souvent des soins directs aux résidents. Bon nombre des foyers touchés par les

éclosions de COVID-19 ont fourni des soins exceptionnels permettant de gérer l'éclosion et prévenir une propagation importante de la maladie.

Néanmoins, il est également évident que les expériences vécues par les résidents ne sont pas uniformes dans l'ensemble du secteur, et que de nombreux employés dévoués et qualifiés sont confrontés à des conditions de travail difficiles. Collectivement, nous pouvons et devons faire mieux pour créer les conditions dans lesquelles le personnel est en mesure de fournir la qualité de soins voulue et où il y a une plus grande cohérence dans les soins. Nous devons travailler ensemble pour créer le type de secteur des soins de longue durée que veulent et méritent les résidents et les familles de l'Ontario.

### **Les démarches de dotation en personnel doivent prendre en compte la diversité du secteur et des résidents qui vivent dans des établissements de soins de longue durée et y répondre.**

Les 626 foyers de soins de longue durée de l'Ontario desservent une population fragile, ayant des problèmes médicaux de plus en plus complexes. Ces quelque 78 000 résidents forment un groupe diversifié de personnes ayant des intérêts et des aspirations distinctifs. Ils sont d'origines, de cultures et d'orientations sexuelles différentes. Soixante-neuf pour cent des résidents sont des femmes.<sup>74</sup> S'ils ont tous des besoins médicaux qui les obligent à vivre dans un établissement de soins de longue durée, chaque résident présente une combinaison unique de besoins médicaux ou de troubles cognitifs, de même que sa propre personnalité, ses besoins, ses intérêts et ses objectifs personnels.

Les foyers de soins de longue durée sont assez variés, allant de petits foyers de moins de 20 lits à de grands foyers de plus de 300 lits. Les foyers ont été construits selon diverses normes au fil du temps. Si certains foyers ont des chambres avec trois ou quatre résidents, d'autres ont exclusivement des chambres à deux lits et privées. Les foyers se trouvent dans les communautés urbaines et rurales de l'Ontario, y compris dans le nord de l'Ontario et dans d'autres communautés isolées. Ils sont détenus et exploités par des organismes, à but lucratif et sans but lucratif, grands et petits, ainsi que par des municipalités. Certains foyers répondent aux besoins des Premières Nations et des collectivités ethnoculturelles particulières.<sup>75</sup>

Compte tenu de cette diversité, la réforme des soins de longue durée, y compris la réforme de la dotation, ne saurait avoir une démarche « universelle ». Il nous faut trouver un équilibre entre l'établissement des bases de référence ou des normes nécessaires pour promouvoir les résultats souhaités et offrir la souplesse nécessaire pour répondre aux différences légitimes et appropriées dans les besoins, et soutenir l'innovation continue.

### **Domaines d'action prioritaires**

L'étude elle-même a une vaste portée, illustrant un large éventail de questions complexes et interdépendantes. En raison du peu de temps dont nous disposons, il est impossible d'aborder toutes les questions soulevées dans une seule étude. Par conséquent, nous avons cerné cinq priorités clés nécessitant des mesures immédiates.

---

<sup>74</sup> Statistiques fournies par la Division de la planification de la capacité et de l'analytique, ministère de la Santé et des Soins de longue durée.

<sup>75</sup> Les Premières Nations peuvent établir des foyers de soins de longue durée sous réserve de l'approbation du ministre en vertu de la *Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée*.

- 1. Le nombre de travailleurs du secteur des soins de longue durée doit augmenter et des fonds supplémentaires seront nécessaires pour atteindre cet objectif.**
- 2. La culture des soins de longue durée doit changer, tant sur le plan du système que sur celui des foyers individuels.**
- 3. La charge de travail et les conditions de travail doivent être améliorées, pour retenir le personnel et rendre les prestations de soins plus efficaces.**
- 4. L'excellence en soins de longue durée exige un leadership efficace et l'accès à des compétences spécialisées.**
- 5. Attirer et préparer les bonnes personnes pour un emploi en soins de longue durée, et leur donner des occasions d'apprendre et de grandir**

### **1. Le nombre de travailleurs du secteur des soins de longue durée doit augmenter et des fonds supplémentaires seront nécessaires pour atteindre cet objectif.**

La qualité des soins et la qualité de vie des bénéficiaires des soins de longue durée sont considérablement touchées par la main-d'œuvre de ce secteur, qui est actuellement beaucoup trop dispersée. La gravité de l'état des résidents s'est accrue de 20 pour cent entre 2004 et 2018, selon les données liées à l'indice de la charge des cas, tandis que la demande de soins de longue durée a également augmenté. La dotation n'a pas suivi la progression des besoins médicaux des résidents de plus en plus fragiles et âgés, ni en nombre d'employés ni en compétences spécialisées.

Le niveau actuel de soins ne peut pas assurer de manière constante une qualité de vie élevée ou des soins pour tous les résidents. Les membres du personnel sont exaspérés parce qu'ils ne peuvent pas fournir les soins dont les résidents ont besoin et sont souvent bousculés. Cela peut également entraîner une prévalence plus élevée d'incidents et de blessures en milieu de travail, et créer une charge de travail ingérable pour le personnel, ce qui entraîne l'épuisement professionnel et un roulement élevé. La priorité donnée aux tâches administratives réduit également le temps consacré aux soins directs.

Les soins de longue durée ne peuvent devenir un meilleur endroit où travailler et vivre sans augmentation des effectifs. Il est important de noter que l'augmentation des effectifs ne peut être réalisée que s'il existe un plus grand nombre d'employés potentiels intéressés et qualifiés, prêts à poursuivre une carrière dans les soins de longue durée. La mise en œuvre de ces recommandations prioritaires devrait faciliter le recrutement et la rétention du personnel dans le secteur des soins de longue durée.

#### **● Investissements dans les effectifs**

Il est impossible de remédier aux pénuries de personnel dans les soins de longue durée sans un financement supplémentaire. Le gouvernement peut être assuré que tout investissement accru ira directement à la dotation en personnel en plaçant ce financement dans les enveloppes réservées au personnel de soutien (p. ex., les enveloppes budgétaires SIP et SPS). Si les foyers ne dépensent pas les fonds fournis par ces enveloppes pour le personnel, ils seront récupérés.

#### **● Une moyenne quotidienne minimale de quatre heures de soins directs par résident**

Les exploitants, les associations professionnelles, les syndicats et les représentants et représentantes du secteur s'entendent généralement pour dire que le nombre d'heures par jour consacrées aux soins directs par résident doit augmenter pour alléger les pressions exercées sur le personnel et soutenir la qualité de vie des résidents.

Nous exhortons le Ministère à avancer le plus rapidement possible vers une moyenne quotidienne minimale de quatre heures de soins directs par résident. La réalisation de cet objectif nécessitera un soutien financier, en plus d'un plus grand bassin de personnel formé. Ce nombre devrait être fondé sur les heures travaillées plutôt que sur les heures rémunérées.

La mesure actuelle des heures de soins directs en Ontario comprend les PSSP, les infirmières et infirmiers et les autres professionnels de la santé. Compte tenu de la gravité croissante de l'état des résidents, certains pensent que cette moyenne quotidienne minimale de quatre heures devrait être fournie aux résidents par les PSSP et le personnel infirmier, les autres professionnels paramédicaux étant comptabilisés comme des heures de soins directs supplémentaires.

- **Ratios de dotation en personnel et combinaison des compétences**

Nous avons été informés des avantages de la diversité des compétences du personnel des soins de longue durée, y compris le personnel autorisé, les PSSP et d'autres professionnels comme les physiothérapeutes, les ergothérapeutes et les travailleuses et travailleurs sociaux, entre autres. Nous reconnaissons qu'il existe des divergences d'opinions sur les ratios de dotation en personnel et la combinaison de compétences optimales. Certains partenaires en soins de longue durée recommandent d'augmenter le ratio du personnel infirmier pour répondre aux besoins liés à la gravité accrue de l'état, pour remplacer certains PSSP, tandis que d'autres recommandent que les niveaux de PSSP soient maintenus ou augmentés afin de reconnaître leur rôle dans le soutien d'un éventail de besoins physiques et émotionnels quotidiens.

Nous croyons que tous les professionnels des soins de longue durée possèdent les compétences nécessaires pour répondre aux besoins des résidents en matière de soins, et que la combinaison appropriée peut dépendre des particularités de la communauté et du foyer – pourvu que le nombre total d'heures de soins directs soit augmenté. La capacité d'un groupe d'employés à fournir des soins de qualité ne dépend pas seulement du nombre et des types d'employés, mais aussi de la combinaison des compétences et de l'expertise qu'ils apportent et de la façon dont ils travaillent ensemble comme équipe pluridisciplinaire sous un leadership clinique efficace.

Les résidents bénéficieraient d'une plus grande participation des professionnels paramédicaux et d'autres professionnels comme les ergothérapeutes, les physiothérapeutes, les travailleurs sociaux et les ludothérapeutes au sein des équipes du personnel. L'accès accru à ces professionnels aurait pour effet d'accroître la force et la mobilité, de réduire les déplacements et les chutes, d'améliorer la qualité du sommeil et de promouvoir l'indépendance et la qualité de vie des résidents. L'amélioration des résultats médicaux, la réduction de la consommation de médicaments et la diminution des comportements réactifs peuvent également être associées à une participation accrue de ce personnel professionnel.

Compte tenu de ces éléments, *nous ne recommandons pas de réglementer une composition particulière du personnel ou des ratios employés-résidents*. Nous recommandons plutôt que le Ministère établisse des lignes directrices en matière de dotation en personnel afin de prévoir un certain degré de flexibilité pour tenir compte des facteurs suivants :

- Population des résidents : Dans un foyer où les degrés de déficience cognitive sont plus élevés, les résidents peuvent avoir besoin de plus de PSSP et de ludothérapeutes. Par ailleurs, dans un foyer où les besoins médicaux sont plus élevés, il pourrait être nécessaire d'avoir plus de personnel autorisé. Quoi qu'il en soit, tous les domaines d'un foyer ont besoin de personnel suffisant pour s'occuper de la complexité et de la vulnérabilité médicale de leurs résidents, ainsi que de leurs besoins sociaux et émotionnels.
- Disponibilité du personnel : Dans les cas où il est difficile de recruter des PSSP, l'impossibilité de respecter un ratio de dotation cible peut être résolue pendant un certain temps par la participation de différents membres du personnel ayant la formation pertinente.
- Défis liés aux quarts de travail : Les ratios peuvent varier de manière appropriée à différents moments de la journée. S'il existe un consensus sur le fait que les ratios peuvent être plus faibles au cours des quarts de nuit, on s'inquiète du fait que ces niveaux sont souvent trop bas.
- Gestion de la charge de travail : La délégation des tâches et les adaptations à la charge de travail de membres spécifiques du personnel peuvent permettre à certains d'entre eux d'accroître la quantité de soins directs qu'ils peuvent fournir. Par exemple, si certains fardeaux administratifs actuels des membres du personnel peuvent être réduits, ils seront en mesure de fournir plus d'heures de soins directs. Les approches de soins en équipe peuvent aussi avoir une incidence sur la composition du personnel.
- « Travailler à court de ressources » : Les employés signalent souvent qu'ils « travaillent à court de ressources » lorsque certains employés dont le quart de travail est prévu ne sont pas en mesure de se présenter au travail ou de terminer leur quart de travail. Il n'existe pas de preuves sur la prévalence de ce phénomène et de la mesure dans laquelle l'absentéisme doit être pris en compte dans la détermination des niveaux de dotation.

Compte tenu de toutes ces considérations, nous recommandons ce qui suit :

1. Une ligne directrice d'un PSSP pour huit résidents doit être adoptée pour les quarts de jour et de soir. Compte tenu des considérations susmentionnées, ce ratio ne serait pas réglementé. Le gouvernement doit travailler à l'élaboration d'une ligne directrice visant un PSSP pour six résidents. Les quarts de nuit peuvent permettre un ratio plus élevé, mais nous sommes préoccupés par le fait que les ratios typiques actuels pour les soins de nuit, parfois aussi élevés qu'un seul PSSP pour 32 résidents, mette en danger les résidents et le personnel. Le Ministère doit déterminer un ratio plus approprié pour le quart de nuit et travailler en ce sens.
2. L'exigence actuelle selon laquelle au moins une infirmière autorisée ou un infirmier autorisé doit être présent et en service en tout temps doit être maintenue. Toutefois, l'exigence devrait être mise à jour pour tenir compte de la taille du foyer, car une seule personne ne suffit pas pour répondre aux besoins des résidents dans les foyers de grande envergure.
3. Il faut qu'il y ait suffisamment de membres du personnel infirmier autorisé pour assurer une meilleure supervision clinique et apporter plus de compétences à l'équipe de soins, ainsi que pour améliorer les soins directs. Les foyers doivent tenir compte de la combinaison de compétences spécialisées parmi les membres du personnel autorisé, comme les spécialistes en gériatrie ou en traitement des plaies.
4. Les autres professionnels de la santé doivent bénéficier d'un meilleur accès et être considérés comme membres à part entière de l'équipe. Garantir l'accès des résidents à

l'expertise de ces professionnels est un objectif important de la médecine gériatrique et constitue une approche de soins axée sur les personnes âgées.

## **2. La culture des soins de longue durée doit changer, tant sur le plan du système que sur celui des foyers individuels**

La culture actuelle dans le secteur des soins de longue durée dans son ensemble a été décrite comme étant orientée vers la conformité réglementaire. La conséquence, comme l'ont signalé les partenaires en soins de longue durée, est que le personnel se concentre trop sur les tâches réglementées, parfois au détriment des résultats positifs pour les résidents. Une telle culture incite les fournisseurs de soins de santé à avoir peur de signaler des incidents ou des erreurs, par crainte d'être dénoncés pour non-conformité.

Afin de mieux répondre aux besoins des résidents et de bâtir une main-d'œuvre à haut rendement, la culture du secteur des soins de longue durée doit changer. Il faut adopter une approche d'amélioration continue de la qualité qui place les résidents au centre des soins. Ce type d'approche favoriserait le changement de culture susceptible d'aider le personnel à se sentir respecté et à éprouver plus de satisfaction au travail.

Certains foyers de soins de longue durée s'efforcent déjà de mettre l'accent sur l'amélioration de la qualité. Pour parvenir à une approche plus cohérente de l'amélioration de la qualité, il faudra agir et faire preuve de leadership au niveau du système et à l'échelle des foyers.

Voici les possibilités offertes par le système pour soutenir une culture d'excellence :

- **Modernisation de la réglementation**

L'objectif de la loi, de la réglementation et des politiques est de garantir que tous les foyers répondent à des normes minimales. Ils créent les normes, les procédures et les exigences pour les opérations et fournissent les mécanismes de surveillance et de correction si nécessaire. Un régime de réglementation joue un rôle important pour assurer la sécurité des résidents, tout en donnant aux résidents et à leurs familles l'assurance que les foyers de soins de longue durée et le secteur exercent leurs activités dans l'intérêt fondamental de la population de l'Ontario.

Toutefois, le régime actuel n'atteint pas toujours le résultat escompté et a fait l'objet de nombreuses critiques. Il s'agit d'un facteur important dans la culture actuelle des soins de longue durée en Ontario.

Nous recommandons que le ministère revoie le cadre réglementaire pour s'assurer qu'il est conforme à l'objectif pour des soins véritablement centrés sur les résidents et qu'il l'appuie. Le cadre réglementaire peut établir des exigences minimales tout en préconisant l'amélioration continue du secteur. Non seulement une telle démarche peut contribuer au changement de culture, mais elle peut aussi contribuer à accroître l'attrait du secteur comme plan de carrière.

- **Une approche d'amélioration de la qualité en matière de surveillance du secteur**

Une surveillance efficace est essentielle pour assurer le respect des normes minimales de soins. Toutefois, nous n'avons cessé d'entendre que l'approche adoptée ces dernières années a contribué à créer un sentiment de peur et à mettre l'accent mis sur la conformité, parfois au détriment des résultats pour les résidents.

L'adoption d'un modèle d'amélioration de la qualité, où la conformité est perçue comme faisant partie d'un cheminement vers l'amélioration continue des soins, pourrait améliorer la culture dans le secteur. Il est important de noter que ce type d'approche ne fait pas abstraction de l'importance de la conformité ni de la capacité de la province à prendre des mesures correctives, au besoin. Au contraire, elle positionne la conformité comme un élément d'un modèle plus vaste axé sur l'atteinte de l'excellence dans les foyers, tout en plaçant les résidents au centre des soins.

Nous recommandons que le Ministère adopte une approche d'amélioration de la qualité en matière de surveillance du secteur et que les protocoles d'inspection soient examinés dans ce contexte. Les inspecteurs doivent être en mesure de cerner les problèmes, d'agir en qualité de personnes-ressources et de travailler avec les exploitants pour déterminer les stratégies d'amélioration appropriées pour l'avenir.

- **Mesures de rendement renouvelées**

Mesurer ce qui compte est essentiel dans tout modèle d'amélioration de la qualité, et il existe de nombreux exemples du secteur des soins de longue durée et des soins de santé au sens large qu'il convient d'examiner et de renforcer.

Pour comprendre le rendement du secteur des soins de longue durée, il est essentiel de mesurer la qualité de vie des résidents. Pourtant, à l'heure actuelle, on ne recourt pas à une approche normalisée. Les foyers sont tenus de mener des sondages annuels sur la satisfaction des patients. Toutefois, ces sondages ne sont pas normalisés, et les données ne sont pas mises en commun pour aider les foyers à comprendre comment leurs résultats se comparent et où ils peuvent apporter des améliorations par rapport à leurs pairs.

Le secteur des soins de longue durée peut tirer parti de certaines mesures normalisées. Par exemple, certains organismes de soins de longue durée utilisent les mesures de la qualité de vie d'interRAI et se comparent à l'échelle internationale en collaboration avec l'initiative LEAP pour la qualité des soins aux aînés (Seniors Quality Leap Initiative).<sup>76</sup> Ces indicateurs fondés sur des données probantes peuvent être utilisés pour fournir une analyse comparative précise des foyers de soins de longue durée de l'Ontario. De plus, l'amélioration de la qualité de vie a été incluse dans les plans d'amélioration de la qualité de Qualité des services de santé Ontario pour les foyers de soins de longue durée, et l'expérience des résidents a récemment été ajoutée.

En outre, la qualité des soins cliniques pourrait faire l'objet d'une mesure de rendement. Les évaluations actuelles sont fortement fondées sur les résultats cliniques et pourraient être élargies pour inclure des mesures de la santé mentale et du bien-être.

Pour terminer, il convient de tenir compte de la présentation de rapports par le personnel. Le rapport sur la dotation en personnel des foyers de soins de longue durée est actuellement un sondage annuel facultatif mené par le ministère des Soins de longue durée et n'inclut pas la satisfaction du personnel comme mesure du rendement. Étant donné que la culture du milieu de travail est essentielle à la qualité des soins et à la qualité de vie des résidents, ainsi qu'au recrutement et au maintien en poste, la satisfaction du personnel devrait également être mesurée.

Nous recommandons au Ministère de revoir les mesures de rendement du secteur afin de prendre en considération :

---

<sup>76</sup> Pour en savoir plus, consultez le site <https://www.seniorsqualityleapinitiative.com/index.php> (en anglais).

1. Une approche normalisée, où les données peuvent être partagées entre les foyers de soins de longue durée et le gouvernement.
2. L'intégration des mesures de la qualité de vie, de la qualité des soins et de la satisfaction au travail afin de promouvoir un modèle d'amélioration de la qualité et de comprendre l'incidence des nouvelles politiques.

Plusieurs possibilités sont ouvertes pour améliorer la culture des soins dans les foyers, notamment :

- **Philosophie de soins solide et uniforme**

L'objectif global du secteur des soins de longue durée devrait être de créer un environnement axé sur les soins aux résidents. Cette philosophie de soins devrait permettre au personnel de se concentrer sur les besoins individuels des résidents et de fournir des soins appropriés et respectueux pour répondre aux besoins physiques, psychologiques, sociaux, spirituels et culturels des résidents, comme le décrit la Déclaration des droits des résidents de la *Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée* (LTCHA). De plus, la philosophie de soins doit témoigner d'une compréhension profonde des besoins particuliers de la population âgée desservie par le secteur.

Le personnel doit comprendre la philosophie de soins, la façon dont son travail cadre avec cette philosophie et la manière dont il collabore avec les autres pour proposer une approche holistique des soins.

Dans certains cas, les foyers ont mis en œuvre des modèles de soins relationnels ou émotionnels, comme le modèle Butterfly (papillon), le projet Eden Alternative, le programme P.I.E.C.E.S., et la méthode Approches douces et persuasives (ADP). Ces modèles mettent l'accent sur les avantages de répondre aux besoins émotionnels des résidents et de créer un milieu de vie plus enrichissant qui ressemble davantage à la vie à la maison. À ce titre, ils incarnent une philosophie de soins solide fondée sur les soins émotionnels et l'établissement de relations.

Les foyers qui mettent en place des modèles de soins émotionnels mentionnent des améliorations du bien-être et de la qualité de vie des résidents, une réduction du nombre de chutes et de l'utilisation de médicaments antipsychotiques, ainsi qu'une mobilisation accrue du personnel et la réduction du taux de roulement, de l'absentéisme et de la maladie chez le personnel.<sup>77</sup> Les exploitants ont signalé que leur personnel demande souvent de travailler dans des foyers qui ont mis en œuvre des modèles de soins émotionnels, car ils s'y sentent mieux soutenus, ils mentionnent que la collaboration au sein de l'équipe est plus élevée et qu'ils ont plus de temps à passer avec les résidents.<sup>78</sup>

- **Reconnaissance du rôle essentiel des préposés aux services de soutien à la personne**

En 2018, les préposés aux services de soutien à la personne (PSSP) représentaient 58,5 pour cent du personnel des foyers de soins de longue durée et fournissaient en moyenne 2,3 heures des 3,73 heures de soins directs fournis chaque jour aux résidents.<sup>79</sup> Ils constituent le groupe de travailleurs le plus important du secteur et ce sont eux qui passent le plus de temps avec les

---

<sup>77</sup> Soins de longue durée – Région de Peel, mémoire présenté au Groupe consultatif pour l'étude sur les effectifs des foyers de soins de longue durée 2020

<sup>78</sup> Ibidem.

<sup>79</sup> Statistiques fournies par la Division de la planification de la capacité et de l'analytique, ministère de la Santé et ministère des Soins de longue durée (Rapport sur la dotation des foyers de soins de longue durée, 2018).

résidents. Les associations, les préposés et préposées du secteur des soins de longue durée, les partenaires du marché de travail, ainsi que les résidents des foyers et leur famille, désignent souvent les PSSP comme « l'épine dorsale » du secteur des soins de longue durée.

Le travail qu'ils accomplissent est physiquement et émotionnellement éprouvant, et la situation est exacerbée par les graves pénuries de PSSP dans de nombreux foyers de soins de longue durée. Les PSSP mentionnent qu'ils ont besoin de soutien, car ils souhaitent être en mesure d'offrir aux résidents les soins holistiques de qualité qu'ils méritent.

Bien qu'ils soient essentiels au succès du secteur des soins de longue durée, les PSSP ne sont souvent pas reconnus comme des membres à part entière de l'équipe. Afin de mieux reconnaître leur rôle essentiel, les foyers devraient intégrer pleinement les préposés aux services de soutien à la personne à l'équipe de soins et davantage tenir compte de leur point de vue et de leurs connaissances des résidents dans la planification des soins et les études de cas en groupe. Les foyers devraient également explorer les occasions où les PSSP pourraient démontrer leur leadership, dans des rôles de mentor et de précepteurs auprès des nouveaux PSSP, dans l'éducation et la vérification, par le soutien par les pairs et en leur confiant des postes de « chef d'équipe » qui fourniraient des conseils aux équipes des PSSP.

Tout au long de la présente étude, un certain nombre de nos recommandations visent à faire reconnaître et à appuyer le rôle essentiel des PSSP. Toutefois, il faudrait envisager d'autres façons de professionnaliser davantage le rôle des PSSP dans le secteur des soins de longue durée.

- **Milieu de travail en équipe respectueux**

Chaque membre du personnel et spécialiste peut jouer son propre rôle dans le foyer relativement à la prestation des soins, directe ou indirecte. Un milieu de travail idéal repose sur une approche fondée sur le travail d'équipe, où la valeur de chaque membre est reconnue, respectée et valorisée, où il y a toujours place à l'amélioration au chapitre des relations entre les membres du personnel et de la qualité des soins prodigués.

Plutôt que d'évoluer dans un milieu professionnel cloisonné, les membres du personnel pourront travailler ensemble au sein d'équipes interfonctionnelles – en mettant à profit les compétences et l'expertise de chacun pour soutenir les résidents. Cette stratégie créera un environnement où les membres du personnel travailleront dans toute la mesure de leur champ d'exercices et reconnaîtront mutuellement l'opinion et la contribution de leurs collègues.

### **3. La charge de travail et les conditions de travail doivent être modifiées de manière à retenir le personnel et à améliorer les conditions de travail**

Les piètres conditions de travail sont un facteur clé de l'insatisfaction du personnel, de son taux de roulement et de la perception générale négative à l'égard des soins de longue durée comme choix de carrière. Les membres du personnel disent se sentir épuisés, dépassés et non reconnus. Le secteur continuera probablement de faire face à des pénuries si la situation ne s'améliore pas.

Nos recommandations au sujet des niveaux généraux de dotation et les heures de soins directs par résident devraient aider à répondre à certaines préoccupations concernant la charge de travail. De plus, nous insistons sur les enjeux suivants :

- **Indemnisation**

Certaines organisations, y compris les syndicats, insistent sur le fait que la rémunération (le salaire et les avantages sociaux) est un facteur important pour améliorer les conditions de travail, particulièrement pour les PSSP. Dans certains cas, le personnel à temps plein accepte du travail supplémentaire à temps partiel ou occasionnel.

En Ontario, les contrats d'emploi dans les foyers de soins de longue durée offrent en moyenne des salaires caractéristiques semblables, ou inférieurs à ceux versés dans le secteur des soins actifs, et plus élevés que ceux offerts dans le secteur des soins à domicile et en milieu communautaire. Le manque de parité des salaires et des avantages sociaux dans l'ensemble du milieu de la prestation des soins peut contribuer aux problèmes de main-d'œuvre et pourrait être un facteur dissuasif d'orientation professionnelle dans le secteur des soins de longue durée. Toute mesure prise concernant la rémunération doit tenir compte du marché du travail dans l'ensemble du secteur des soins de santé. Par exemple, l'augmentation des salaires des PSSP dans le secteur des soins de longue durée seulement aurait probablement une incidence négative importante sur le recrutement et le maintien en poste dans le secteur des soins à domicile et en milieu communautaire. Cela créerait une certaine instabilité au sein du système de santé dans son ensemble.

Tous ces arguments ayant été pris en compte, nous recommandons que le Ministère adopte une approche systémique fondée sur des données probantes en matière de rémunération dans l'ensemble des milieux de soins de santé et des professions. Le principe de parité sur le plan de la rémunération devrait être sérieusement envisagé pour l'ensemble des milieux et des professions afin de réduire les pénuries de main-d'œuvre liées à la rémunération.

De plus, les avantages sociaux du personnel peuvent différer selon que les postes sont à temps plein ou à temps partiel et d'un secteur à l'autre. Les employés à temps plein se voient généralement offrir des avantages sociaux complets, tandis que les employés à temps partiel reçoivent généralement des avantages sociaux proportionnels ou une rémunération supplémentaire en remplacement. Toutefois, ces pratiques ne sont peut-être pas universelles. Il faudrait envisager de normaliser les indemnités minimales en matière d'avantages sociaux afin d'éliminer tout incitatif financier réel ou perçu, qui privilégierait de manière disproportionnée l'embauche du personnel à temps partiel.

De plus, les congés de maladie payés ne sont pas universels. La pandémie de COVID-19 a fait ressortir l'importance de soutenir les membres du personnel qui sont malades afin qu'ils puissent rester à l'extérieur de leur lieu de travail jusqu'à ce que leur retour soit sécuritaire.

Les avantages devraient être inclus dans l'examen de la parité de la rémunération entre les secteurs.

- **Emplois à temps plein et à temps partiel**

Un grand nombre de membres du personnel et de partenaires en soins de longue durée réclament plus de postes à temps plein afin qu'ils aient accès à des conditions de travail plus stables et que le nombre de personnes qui occupent plusieurs emplois à temps partiel soit réduit. L'augmentation de la proportion de postes permanents à temps plein améliorerait les conditions de travail du personnel et réduirait le risque de propagation de virus, comme la COVID-19, entre les foyers.

Les foyers de soins de longue durée fonctionnent 24 heures sur 24, 7 jours sur 7, ce qui peut poser des problèmes d'horaire. De plus, les foyers doivent mettre en place des approches en matière de dotation qui leur permettent de remplacer le personnel pour les jours fériés, les vacances et les

congés de formation. Dans le contexte actuel, il semble que l'établissement des horaires constitue un obstacle à l'existence d'une main-d'œuvre exclusivement à temps plein. La dotation en personnel dans les foyers de soins de longue durée exige un certain équilibre entre le personnel à temps plein, à temps partiel et occasionnel. Toutefois, il pourrait y avoir des possibilités d'augmenter le nombre d'emplois à temps plein.

Certains foyers ont fait l'expérience des quarts de 12 heures comme moyen d'augmenter le nombre de postes à temps plein. Bien que certains membres du personnel soient prêts à assumer des quarts de travail de 12 heures, la charge de travail des PSSP pourrait être physiquement trop exigeante pendant un quart de cette durée. De façon anecdotique, on rapporte que les quarts de travail de 12 heures ont entraîné une augmentation du nombre de blessures et de l'absentéisme là où ils ont été instaurés.

Nous recommandons que le secteur s'efforce d'échanger les résultats de ses expériences et les pratiques exemplaires afin de maximiser les possibilités d'emploi à temps plein.

- **Protection contre les risques physiques, mentaux et émotionnels**

Il est important de reconnaître les risques physiques, mentaux et émotionnels associés au travail dans des foyers de soins de longue durée. Le secteur des soins de santé est le deuxième secteur en importance pour ce qui est des blessures nécessitant un congé, et celui des soins de longue durée est près du sommet dans le secteur, derrière les hôpitaux.<sup>80</sup>

La protection du personnel contre les facteurs de risques de santé est essentielle à la rétention du personnel et à la réduction de l'absentéisme. Voici deux moyens d'y parvenir :

- Accès accru à l'équipement de soutien pour soins au lit

Les blessures subies par les PSSP surviennent souvent lorsqu'ils effectuent des transferts de résidents à répétition sans l'équipement approprié, comme des lève-personnes fixés au plafond. Les foyers devraient accroître leur utilisation d'une infrastructure répondant aux besoins physiques et ergonomiques et de la technologie de soutien, ce qui aide également à dispenser des soins en toute sécurité et dans la dignité aux résidents.

- Adoption de la *Norme nationale du Canada sur la santé et la sécurité psychologiques en milieu de travail*

---

<sup>80</sup> Entrepôt de l'information de l'organisation de la WSIB – Schéma d'analyse des coûts des réclamations et schéma des dépenses des entreprises. Aperçu des données de décembre 2016 pour toutes les années.

Un milieu de travail sécuritaire sur le plan psychologique protège les employés contre les blessures psychologiques et réduit le risque d'expériences négatives qui portent atteinte à la santé mentale.

Afin de promouvoir un milieu de travail plus sécuritaire sur le plan psychologique pour les employés,<sup>81</sup> la Norme nationale du Canada sur la santé et la sécurité psychologiques en milieu de travail (la Norme) a été élaborée en 2013 par la Commission de la santé mentale du Canada. Elle aborde 13 facteurs qui traitent de la sécurité psychologique en milieu de travail afin de mieux prévenir les risques psychologiques et les blessures chez le personnel. Les facteurs psychosociaux comprennent la culture organisationnelle, le soutien psychologique, la politesse et le respect. Les organisations qui ont mis en œuvre cette norme ont constaté une amélioration du maintien en poste et de la satisfaction en milieu de travail.

En plus des réformes des conditions de travail, la charge de travail peut être améliorée par les moyens suivants :

- **Consignation au dossier et documentation**

L'ICC, qui est la méthode de calcul des besoins en ressources dans les foyers de la province, exige que les membres du personnel consacrent beaucoup de temps à consigner des données au dossier et à remplir la documentation, ce qui réduit le temps consacré aux soins aux résidents. En outre, comme l'ICC fournit plus de financement pour les résidents d'une plus grande acuité, il crée un effet dissuasif au déploiement d'efforts visant à préserver ou à améliorer la santé générale et l'autonomie de leurs résidents.<sup>82</sup>

Dans le cadre de tables rondes et de consultations auprès des intervenants, il a été clairement établi que bon nombre d'entre eux estiment que les exigences actuelles en matière de consignation au dossier sont onéreuses et ne favorisent pas une approche axée sur l'amélioration de la qualité. Des modifications à ce processus, notamment la simplification des exigences en matière de mesures et la mise à profit de la consignation par voie électronique, pourraient faciliter l'efficacité des soins et éliminer des problèmes liés aux résidents. Une telle initiative permettrait de libérer du temps précieux qui serait consacré aux soins directs aux résidents et elle favoriserait une approche axée sur l'amélioration de la qualité.

De plus, les dossiers devraient être utilisés principalement à des fins cliniques ou médicales, et non comme condition de financement. Nous recommandons que le Ministère retire l'ICC de la méthodologie de financement. Étant donné le niveau élevé et croissant d'acuité des résidents dans l'ensemble du secteur, le Ministère devrait déterminer s'il est nécessaire d'inclure un facteur d'acuité dans la méthodologie de financement.

- **Gestion des médicaments**

L'une des responsabilités qui incombent au personnel infirmier est la gestion des médicaments, ce qui comprend le stockage, l'administration et le bilan comparatif de médicaments. Le temps requis pour la prise en charge de la gestion des médicaments peut avoir une incidence sur la capacité du

---

<sup>81</sup> Un faible niveau de sécurité psychologique dans le lieu de travail augmente la probabilité de problèmes de santé mentale et est lié à l'absentéisme et au roulement du personnel, tandis qu'une meilleure sécurité psychologique peut favoriser une main-d'œuvre plus adaptable et plus durable.

<sup>82</sup> Pour obtenir de plus amples renseignements sur l'indice de la charge de cas, consultez l'annexe A.

personnel infirmier d'accomplir d'autres tâches importantes, comme la surveillance clinique et les soins directs.

Pour mieux gérer cette charge de travail, on pourrait envisager de faire appel à du personnel de pharmacie qui serait introduit sur place pour gérer le stock des produits pharmaceutiques, régler les problèmes de polypharmacie, mener des enquêtes complètes sur les incidents liés à la médication et améliorer les pratiques de sécurité liées aux médicaments, comme le bilan comparatif des médicaments (souvent rempli par du personnel infirmier).<sup>83,84,85</sup> Le transfert de ces tâches du personnel infirmier au personnel de pharmacie laisserait plus de temps pour les soins directs aux résidents et la surveillance clinique.<sup>86</sup>

En outre, la médecine gériatrique a un rôle à jouer, car les médecins ainsi que les pharmaciens et pharmaciennes devraient travailler en collaboration avec l'équipe pour passer en revue la liste des médicaments et modifier les ordonnances afin d'optimiser la pharmacothérapie de chaque résident.

#### **4. L'excellence en matière de soins de longue durée exige un leadership efficace et un accès à une expertise spécialisée**

Un leadership médical, clinique et administratif efficace est essentiel pour que les foyers de soins de longue durée soient un meilleur endroit où vivre et travailler. Les leaders donnent le ton au milieu de travail, orientent et supervisent la façon dont le travail doit être accompli et sont des moteurs essentiels de la culture organisationnelle. Les leaders ont également un rôle à jouer pour assurer l'accès aux types de compétences supplémentaires nécessaires au soutien de soins de qualité aux résidents, qui ne sont pas disponibles au sein de l'équipe interne.

Bien qu'il y ait de nombreux rôles de leadership importants au sein des foyers de soins de longue durée et de nombreux types d'expertise externe à exploiter, nous souhaitons attirer l'attention du Ministère sur les domaines prioritaires suivants.

- **Clarification du rôle et de la responsabilité du directeur médical**

La LTCHA exige que chaque foyer emploie un directeur médical qui formule des conseils sur des questions touchant les soins médicaux et consulte la directrice ou le directeur des soins infirmiers et des soins personnels (souvent appelé « directrice des soins » ou « directeur des soins ») et d'autres professionnels de la santé. Avec les éclosions récentes de COVID-19, il est devenu évident que la façon dont ce rôle est exercé dans les foyers de la province présente des différences importantes.

Nous recommandons que le Ministère clarifie le rôle et l'obligation de rendre compte du poste de directrice médicale ou de directeur médical afin d'uniformiser davantage le leadership médical au sein de l'équipe du personnel. La personne qui occupe ce poste devrait travailler en étroite collaboration avec la directrice des soins ou le directeur des soins, qui assure sur place le leadership

---

<sup>83</sup> La polypharmacie est l'utilisation simultanée de plusieurs médicaments par un patient.

<sup>84</sup> Le bilan comparatif des médicaments est un exercice structuré qui consiste à comparer les listes de médicaments actuelles avec les listes de médicaments antérieures, puis à rapprocher ces médicaments avec l'état et les besoins actuels du patient. Cette étape se fait avant la prescription des médicaments et après qu'il y a eu un transfert du patient d'un fournisseur (l'hôpital ou le médecin prescripteur) à un autre (le foyer de soins de longue durée).

<sup>85</sup> Vuong, V., O'Donnell, D., Navare, H. et coll. BOOMR : « Better Coordinated Cross-Sectoral Medication Reconciliation for Residential Care. » *Healthc, Q.* 2017;20(1):34-39.

<sup>86</sup> Le ministère des Soins de longue durée examine les questions de gestion des médicaments dans le cadre d'une stratégie distincte.

dans le domaine des soins cliniques critiques au quotidien, en collaboration avec la directrice adjointe des soins ou le directeur adjoint des soins, les infirmières praticiennes et les infirmiers praticiens ou les superviseurs et superviseuses des soins infirmiers ayant une expertise en médecine gériatrique.

- **Utilisation accrue des services de personnel infirmier praticien**

Certains foyers de soins de longue durée ont mis en œuvre un modèle misant sur les services de personnel infirmier praticien pour appuyer le leadership clinique dans les foyers de soins de longue durée. Le personnel infirmier praticien (IP) augmente le leadership clinique présent dans le foyer et peut assurer efficacement la liaison avec la directrice médicale ou le directeur médical, qui est habituellement moins souvent sur les lieux, surtout lorsque les membres du personnel infirmier praticien possèdent une expertise en médecine gériatrique. L'IP prend en charge l'éducation et l'encadrement de l'équipe clinique et soutient la prestation de soins directs. Il peut également aider à la gestion des médicaments, à la réduction de la polypharmacie et sa présence a été attribué à la réduction du besoin de transférer des résidents à l'hôpital, la réduction des frais hospitaliers et l'amélioration de l'expérience des résidents.

Nous suggérons au ministère à aller de l'avant avec la phase trois de l'Initiative de recrutement du personnel infirmier praticien traitant dans les foyers de soins de longue durée et d'envisager d'autres possibilités d'expansion.<sup>87</sup>

- **Accès garanti à une expertise confirmée en prévention et contrôle des infections (PCI)**

Les premières leçons tirées de la pandémie de COVID-19 démontrent la nécessité d'améliorer l'expertise en matière de prévention et de contrôle des infections (PCI) dans tous les foyers de soins de longue durée. Les foyers doivent combattre régulièrement des éclosons de grippe de types A et B, et le personnel autorisé et les PSSP apprennent à contrôler les infections dans le cadre de leur formation. Toutefois, la propagation rapide de la COVID-19 dans certains foyers indique que pour la plupart, les efforts de prévention et de contrôle des infections initiaux ont été insuffisants. Des ressources hospitalières ont pu être déployées à de nombreux endroits pour fournir une assistance, mais ce n'est pas une solution appropriée à long terme, sauf dans les situations urgentes.

Les foyers de soin de taille importante auraient les moyens d'embaucher un spécialiste de PCI à temps plein, mais de nombreux foyers pourraient ne pas être en mesure de faire de même. Le Ministère devrait prendre des mesures immédiates pour veiller à ce que tous les foyers de soin puissent accéder directement à de l'expertise en PCI, que ce soit par l'entremise d'équipes centralisées ou régionales d'experts de PCI en soins de longue durée ou en approfondissant la formation du personnel actuel des foyers.

- **Accès aux spécialistes**

Il serait difficile pour un foyer de soins de longue durée d'avoir accès à l'interne à toute l'expertise spécialisée qui pourrait être nécessaire pour répondre aux besoins des résidents. Il faut continuer de déployer des efforts pour renforcer l'expertise interne dans les domaines clés, notamment dans la spécialisation en soins gériatriques, en gestion des plaies, en santé mentale, en soutien

---

<sup>87</sup> L'Ontario a financé la mise en place de quelque 75 nouvelles infirmières praticiennes et nouveaux infirmiers praticiens dans des foyers de soins de longue durée sur une période de trois ans. À ce jour, 60 postes ont été financés dans le cadre des phases un et deux.

comportemental et en soins palliatifs. Il faudrait aussi faciliter une plus grande utilisation des réseaux et des options de soins virtuels pour accroître l'expertise clinique disponible dans chaque foyer de soins de longue durée.

Des organismes comme Soutien en cas de troubles du comportement en Ontario et le Réseau ontarien de soins palliatifs sont devenus des ressources et des soutiens précieux pour de nombreux foyers. Pour enrichir l'expérience des soins, le Ministère devrait continuer de rechercher des possibilités d'établir des liens entre le personnel des foyers de soins de longue durée et l'expertise externe pertinente.

Tous les foyers devraient s'efforcer d'acquérir une expertise en gériatrie au sein de leur personnel de soins directs, par exemple, en embauchant des infirmières spécialisées en gériatrie. Il faudrait aussi se pencher sur la façon d'établir des liens plus solides entre les foyers et les gériatres qui peuvent appuyer une approche holistique de la qualité de vie des résidents en fonction des besoins démographiques de ces derniers et qui peuvent guider les autres cliniciens vers des plans de soins adaptés à l'âge. La gérontopsychiatrie est un autre domaine d'expertise très pertinent qui pourrait présenter des avantages pour répondre aux besoins en matière de santé mentale du secteur des soins de longue durée.

L'expérience récente de la pandémie a enrichi l'offre de services de certains foyers grâce à un accès virtuel à du soutien spécialisé. Un exemple d'initiative gouvernementale existante à cet égard est le programme provincial eConsult. eConsult est un outil Web sécurisé dirigé par le Centre d'excellence eConsult avec le soutien financier du ministère de la Santé. Il permet aux médecins et aux infirmiers praticiens et aux infirmières praticiennes d'avoir accès aux conseils de spécialistes par voie numérique, ce qui élimine souvent la nécessité de recourir à des consultations en personne. Sur les 570 cas de soins de longue durée reçus dans 31 foyers entre le 1<sup>er</sup> janvier 2017 et le 31 mars 2020, 81 pour cent d'entre eux ont été réglés sans que le résident n'ait à se rendre chez un spécialiste. Plus de 90 spécialités sont disponibles pour consultation, y compris des professionnels de la prévention et du contrôle des infections, de la démence et de la gérontologie.

Au cours de ses trois années d'existence, ce service de consultation à distance a permis d'accroître l'accès aux conseils de spécialistes (avec une moyenne de deux jours d'attente pour une réponse), d'améliorer la coordination des soins et la collaboration entre les cliniciens et cliniciennes, d'éviter les transferts inutiles de résidents en contextes de soins actifs, et a entraîné une réduction des coûts et du fardeau pour les foyers, les résidents et les aidants naturels.

Le service eConsult est offert à tous les médecins et tous les infirmières et infirmiers praticiens de l'Ontario et devrait faire l'objet d'une promotion dans les foyers de soins de longue durée, étant donné que les résidents font face à un besoin supérieur à la moyenne en soins spécialisés et qu'il est difficile pour eux de se rendre à des rendez-vous externes. Le service pourrait aider le secteur à combler les lacunes en matière de soins intensifs, à réduire les pressions exercées sur le système, particulièrement dans les régions rurales et éloignées, et à améliorer l'accès aux spécialistes généralement moins disponibles.

## **5. Attirer et préparer les bonnes personnes pour un emploi en soins de longue durée, et offrir des occasions d'apprentissage et d'accroissement des connaissances**

Une stratégie clé pour la réussite consiste à attirer et à préparer les personnes qui veulent travailler dans les soins de longue durée et à investir dans des personnes qui reflètent la diversité de la population résidente qu'ils desservent. Le bassin actuel de main-d'œuvre pour de nombreux postes en soins de

longue durée ne répond pas à la demande, et cette situation sera aggravée par l'augmentation des effectifs et la construction de nouveaux foyers. Les pénuries actuelles sont particulièrement criantes pour les PSSP et les infirmiers autorisés et les infirmières autorisées. Toutefois, une planification minutieuse des ressources humaines en santé sera nécessaire pour s'assurer que des bassins adéquats de personnel sont disponibles et que les taux élevés de roulement et de départ de l'industrie sont pris en compte. Cela exige une planification et des mesures simultanées en matière de recrutement et de conservation du personnel, puisque les faibles taux de maintien en poste sont un des facteurs clés qui expliquent la nécessité de taux de recrutement élevés.

Les recommandations des sections précédentes devraient collectivement améliorer la perception du public quant au choix du secteur des soins de longue durée comme plan de carrière. Toutefois, il faut aussi accorder une attention particulière au programme d'études, à l'intégration, ainsi qu'au soutien et au perfectionnement continu du personnel.

- **Attirer les personnes avec les bons attributs personnels**

Les niveaux de dotation font partie intégrante de la solution pour des soins de santé efficaces, et chaque membre du personnel devrait avoir une affinité pour les professions liées aux soins. Nous avons constaté que l'empathie, la compréhension, la patience, le respect, la conscience professionnelle et la capacité de travailler en équipe sont des attributs que possèdent bon nombre de nos meilleurs employés dans nos foyers de soins de longue durée. Lorsque le membre du personnel présente des dispositions favorables pour son travail, en plus d'être passionné et compétent, il est plus susceptible de faire carrière dans le secteur.

Lorsque les bassins de dotation sont extrêmement limités, les foyers embauchent quiconque possède les qualifications requises. Pour atteindre l'excellence en soins de longue durée, il faut être capable de cibler et d'attirer des personnes possédant les attributs idéaux ainsi qu'une passion pour les soins aux aînés. Diverses stratégies peuvent aider à attirer des personnes possédant de telles compétences dans des programmes d'éducation et dans une carrière en soins de longue durée.

- Amélioration de la perception du public

Comme il a été mentionné, la perception négative de la vie et du travail dans les foyers de soins de longue durée et des soins de longue durée comme choix de carrière valorisé, a découragé de nouvelles personnes à y travailler. La couverture négative récente des médias sur les foyers de soins de longue durée a peut-être contribué davantage aux stéréotypes négatifs.

Une campagne publique ciblant les aspects positifs et gratifiants de la vie et du travail dans les foyers de soins de longue durée pourrait augmenter la probabilité d'attirer la main-d'œuvre vers la poursuite d'une carrière dans les soins de longue durée.

- Renforcement des relations avec les écoles secondaires

L'établissement de relations entre les écoles secondaires et les foyers de soins de longue durée pourrait améliorer la perception du secteur et encourager les jeunes à poursuivre une carrière en soins de longue durée. Par exemple, les élèves du secondaire pourraient acquérir une précieuse expérience de travail en même temps qu'ils poursuivent leurs études, grâce à des programmes d'éducation coopérative dans le secteur des soins de longue durée ou à des rôles d'aide de PSSP. Ils pourraient acquérir des compétences et de l'expérience de travail et approfondir leurs connaissances sur un secteur qui serait présenté comme un milieu de travail attrayant.

- Soutien accru pour les nouveaux diplômés

Les données suggèrent qu'une forte proportion de nouveaux diplômés qui intègrent le secteur des soins de longue durée le quittent après peu de temps. Cela peut s'expliquer par des facteurs liés aux exigences de l'emploi et par l'absence de structures de soutien adéquates pour aider les personnes qui intègrent le secteur.

Au Royaume-Uni, le programme « Proud to Care » offre une aide au recrutement et à la conservation des préposés et des préposées aux soins personnels (préposés et préposées au service de soutien, assistants personnels et assistantes personnelles, travailleurs et travailleuses en réadaptation) dans le secteur local de la santé et des soins. Le programme met l'accent sur l'embauche de personnes qualifiées dans le secteur en pleine croissance de la santé et des services sociaux en faisant la promotion de la diversité et du nombre d'emplois disponibles et en aidant les nouveaux employés à progresser dans leur carrière. Le programme a aidé les employeurs à recruter, à maintenir en poste et à développer une main-d'œuvre de qualité qui suit le rythme de la demande croissante du secteur.

De même, le programme « Garantie d'emploi des diplômés en soins infirmiers » du gouvernement provincial est offert aux infirmières et infirmiers autorisés et aux infirmières et infirmiers auxiliaires autorisés qui s'inscrivent à l'Ordre des infirmières et infirmiers de l'Ontario dans les 12 mois suivant leur entrée sur le marché du travail, afin de faciliter leur transition vers le marché du travail. Le programme s'appuie sur un portail en ligne pour mettre les nouveaux candidats et candidates en contact avec des possibilités d'emploi à temps plein et des employeurs. Une stratégie semblable pourrait être mise en œuvre pour les PSSP et les travailleurs et travailleuses paramédicaux afin de faciliter l'intégration dans le secteur des soins de longue durée.

- Élargir le bassin de main-d'œuvre

Comme de nombreuses créations d'emploi sont à prévoir et que la demande de services augmente à mesure que la population vieillit, on peut s'attendre à ce que les pénuries actuelles augmentent. Cette situation pourrait exiger une approche différente qui va au-delà du recours aux sources traditionnelles de main-d'œuvre.

Il existe présentement des groupes qui ne sont pas exploités, comme les parents et les aidants naturels qui cherchent à réintégrer le marché du travail et les professionnels de la santé formés à l'étranger, qui pourraient être davantage mis à profit. Le recours à d'autres bassins de main-d'œuvre non traditionnels pourrait également être envisagé, par exemple les bénévoles, les nouveaux immigrants en Ontario et les bénéficiaires de l'aide sociale qui pourraient chercher des possibilités d'emploi.

- **Répondre aux besoins en dotation du secteur des soins de longue durée**

Pour augmenter le nombre d'employés et d'employées disponibles en soutien aux résidents en soins de longue durée, nous recommandons que le ministère des Soins de longue durée travaille de concert avec le ministère de la Santé et le ministère de la Formation et des Collèges et Universités pour réévaluer le nombre de diplômés des programmes d'études postsecondaires pertinents et vérifier s'il y a suffisamment de nouveaux venus pour répondre aux besoins croissants du secteur et en faire un compte rendu.

- **Exigences en matière d'études pour le secteur des soins de longue durée**

De nombreuses organisations nous ont fait part de leurs préoccupations quant à la question de savoir si les programmes de formation des PSSP, des infirmiers et infirmières et des médecins offrent une exposition suffisante et une formation adéquate pour permettre une transition efficace vers leurs rôles respectifs au sein des foyers de soins de longue durée. Il est difficile pour un programme générique de préparer suffisamment les étudiants et étudiantes à tous les milieux de travail possible. Toutefois, il pourrait y avoir des possibilités d'offrir aux étudiants et étudiantes de meilleures occasions d'améliorer leurs compétences et leurs connaissances. Les opportunités suivantes devraient être envisagées et élargies :

- Expériences sur le lieu de travail pour les étudiants

L'intégration d'activités éducatives et de formation professionnelle sur le lieu de travail peut être particulièrement avantageuse pour l'éducation des PSSP, car les études à temps plein pendant toute la durée du programme (minimum de 600 heures) écartent les PSSP potentiels de la main-d'œuvre rémunérée, et peut dissuader certains étudiants. Des propositions ont été faites quant à la possibilité pour les stagiaires de travailler comme aide-soignant pendant qu'ils poursuivent le processus d'obtention du certificat de PSSP.

Pour les étudiants de niveau postsecondaire, l'expérience sur le lieu de travail est en général un outil précieux qui peut faciliter une intégration harmonieuse dans le secteur. Par exemple, le programme Living Classroom offre une formation de PSSP dans le milieu des foyers de soins de longue durée. Il est dirigé par un éducateur de niveau postsecondaire et offre une expérience d'apprentissage interactive. Ce modèle pourrait être envisagé pour d'autres programmes de formation en santé.

Les élèves suivant une formation de PSSP ou en soins infirmiers autorisés effectuent un certain nombre d'heures de stage en soins de longue durée, mais pour les élèves en soins infirmiers auxiliaires autorisés ou en médecine, ce n'est pas toujours le cas. Il faudrait que les programmes de formation en santé incluent ou augmentent les heures de stage en soins de longue durée de sorte que les diplômés aient l'expérience appropriée pour le secteur. Afin de mieux préparer les médecins à travailler dans le secteur des soins de longue durée, nous avons l'occasion de prendre des mesures visant à encourager les élèves en médecine à faire des stages en foyer de soins de longue durée au cours de leur formation.

- Préceptorats<sup>88</sup>

L'éducation sur le lieu de travail peut être très bénéfique pour les étudiants et étudiantes, mais ce n'est pas un modèle viable dans le contexte actuel, car le personnel n'a pas le temps de fournir du mentorat et de l'orientation. Le rôle de précepteur pourrait être plus largement introduit à titre de rôle de dotation *supplémentaire*, comme complément externe à l'effectif régulier. Il s'agit aussi d'une possibilité importante de perfectionnement professionnel ou d'enrichissement pour le personnel expérimenté à la recherche de nouveaux défis.

Par exemple, au début de 2020, deux foyers de soins de longue durée de l'Ontario qui intègrent des rôles de précepteurs éducatifs accueillaient 143 étudiants en stage, y compris des

---

<sup>88</sup> Le « précepteur » est décrit comme un membre du personnel qui sert de modèle et aide à la socialisation d'un nouveau membre de sa profession. Les préceptorats sont couramment utilisés dans les stages pour les étudiants et étudiantes en sciences infirmières, mais ce rôle peut être utile pour les personnes qui ont obtenu leur diplôme en sciences infirmières ou d'autres professions.

infirmières et infirmiers autorisés, des infirmières et infirmiers auxiliaires autorisés, des préposées et préposés aux services de soutien à la personne, des massothérapeutes et des travailleuses et travailleurs sociaux. Le fait de suivre le programme de préceptorat et de superviser les étudiants et étudiantes a été perçu comme un avantage par le personnel et a été considéré comme un facteur d'amélioration du recrutement et de la conservation du personnel. Une formation était requise pour devenir mentor.

Il est important de reconnaître que l'apprentissage sur le lieu de travail peut représenter un défi pour certains foyers, en raison des contraintes d'espace et de personnel.

- **Capacité pour le personnel de se tenir à jour, d'acquérir de nouvelles compétences et de développer une expertise spécialisée**

Comme mentionné plus tôt, le roulement du personnel et les taux de départ enregistrés dans le secteur présentent des problèmes aux soins de longue durée. Pour veiller à ce que le personnel formé soit motivé à demeurer dans le secteur des soins de longue durée, nous proposons les stratégies suivantes, qui ont pour but de maintenir les compétences à jour et réduire le roulement du personnel :

- Formation continue

La formation continue peut aider à s'assurer que le personnel employé dans un foyer de soins de longue durée est au courant des pratiques actuelles et qu'il est prêt à répondre aux besoins des résidents en matière de soins. Cela peut aussi réduire l'appréhension et l'inquiétude, ce qui favorise une meilleure conservation du personnel à mesure que celui-ci se sent mieux outillé pour s'acquitter de ses tâches.

Les pratiques actuelles de formation continue ne sont peut-être pas aussi efficaces qu'elles pourraient l'être, en raison d'un soutien insuffisant pour remplacer la personne qui suit la formation. Lorsqu'un stagiaire est absent, le foyer doit travailler à court de ressources, ce qui peut créer du stress pour tout le personnel concerné. On rapporte de façon anecdotique que les personnes ont tendance à passer rapidement au travers de leur formation afin de retourner à leur poste.

Afin d'améliorer l'efficacité de l'éducation permanente, le gouvernement devrait tirer parti de l'infrastructure existante, comme les Centres d'apprentissage, de recherche et d'innovation (CARI) pour les foyers de soins de longue durée de l'Ontario. Les plateformes de recherche et d'innovation peuvent aider les foyers à offrir de la formation afin d'améliorer la qualité des soins et de la vie pour les résidents de toute la province, et renforcer la capacité du secteur par la formation, l'éducation et la mobilisation des connaissances du personnel des soins de longue durée. Les niveaux de dotation, comme mentionné plus tôt, doivent également être renforcés afin de soutenir les stagiaires dans leurs cours.

- Microcertification et mobilité verticale

La microcertification des titres de compétences s'entend de la création de programmes de certification à court terme qui peuvent être offerts aux employés existants pour améliorer leurs compétences et leur capacité de travailler dans un contexte particulier ou auprès de résidents ayant des besoins particuliers en matière de soins. Dans le contexte des soins de longue durée, les titres de microcertification du personnel pourraient comprendre une spécialité en gériatrie ou en soins de longue durée ou une spécialité sur la démence. La création de microtitres

accessibles et spécialisés pourrait améliorer les compétences professionnelles des effectifs de PSSP.

Les programmes de mobilité verticale sont conçus pour donner aux membres du personnel déjà en place la possibilité de mettre en pratique leurs connaissances actuelles, de travailler à l'obtention d'un niveau de scolarité plus élevé et de se diriger vers des emplois plus spécialisés. Les programmes actuels sont peu nombreux et chronophages, ce qui fait qu'il est souvent difficile pour les étudiants et étudiantes de travailler durant leurs études. Cela peut constituer un obstacle financier qui empêche de nombreux employés et employées de se perfectionner et de trouver une mobilité ascendante dans leur carrière.

Le fait d'offrir à tous plus d'options pour les microtitres et l'amélioration des compétences favoriserait une main-d'œuvre plus qualifiée et améliorerait la conservation des postes et la satisfaction professionnelle.

Compte tenu des défis actuels en matière d'approvisionnement des infirmières et infirmiers autorisés, et malgré le fait que le personnel en soins infirmiers auxiliaires autorisés et les PSSP effectuent un travail essentiel et gratifiant, la priorité devrait être le perfectionnement des infirmières et infirmiers auxiliaires autorisés en vue de promotions à des postes d'infirmières et infirmiers autorisés. Grâce à ce type de programme, il est également possible d'appuyer les progrès des PSSP pour que ces personnes accèdent à des rôles d'infirmières et infirmiers auxiliaires autorisés.

## **Conclusion**

La dotation est essentielle pour fournir une meilleure qualité de vie et de soins aux résidents. Les organismes de soins de longue durée s'entendent généralement sur les problèmes complexes et interdépendants qui ont entraîné une crise de la dotation dans le secteur des soins de longue durée de l'Ontario.

Le groupe consultatif pour l'étude sur les effectifs des foyers de soins de longue durée conclut que si les obstacles à une dotation optimale en personnel sont levés, comme le recommande ce rapport, le secteur pourrait fournir de manière plus uniforme des soins sécuritaires, de qualité et axés sur les résidents, afin de mieux répondre aux besoins de ces derniers.

## **Reconnaissance**

Le gouvernement de l'Ontario tient à remercier le groupe consultatif pour l'étude sur les effectifs des foyers de soins de longue durée de son expertise et de ses idées. Cette étude contribuera à l'élaboration d'une stratégie globale de dotation en personnel pour l'Ontario qui, une fois mise en œuvre, garantira que les résidents et les familles recevront les soins attentionnés et compétents qu'ils méritent.

## Annexes

### A : Définitions des termes utilisés dans le secteur des soins de longue durée

Divers termes sont utilisés pour aborder les niveaux de dotation dans les foyers de soins de longue durée. Afin d'améliorer la lisibilité du présent rapport, nous avons utilisé le langage normalisé suivant :

Les **activités de la vie quotidienne (AVQ)** désignent les tâches essentielles associées aux soins personnels, comme se laver, s'habiller et aller aux toilettes. L'incapacité à accomplir les AVQ est mesurée sur une échelle de sept points, où une note plus élevée indique un degré plus élevé de déficience.

Le **personnel paramédical** désigne le personnel professionnel et non professionnel qui ne fait pas partie du « personnel de base », comme les physiothérapeutes, les ergothérapeutes, les travailleurs sociaux et travailleuses sociales, les diététistes, les inhalothérapeutes, les thérapeutes par les loisirs, les thérapeutes par la musique et les arts, les aides aux loisirs, les travailleurs et travailleuses aux activités et les assistants et assistantes en réadaptation, entre autres. Le personnel de base est financé par l'enveloppe des soins infirmiers et des soins personnels, tandis que le personnel paramédical est financé par l'enveloppe des services de soutien à la personne.

Les **heures d'avantages** sont les heures pour lesquelles le personnel est payé, mais pendant lesquelles il n'est pas disponible pour travailler. Cela comprend les vacances, les jours fériés, les congés de maladie, les formations, les congés de deuil et les autres congés payés. Cela ne s'applique qu'aux employés à temps plein, à temps partiel et occasionnels.

L'**indice de la charge des cas** est une méthode normalisée de calcul de l'intensité des ressources nécessaires pour répondre aux besoins d'un résident qui reflète la complexité clinique de la population résidente. Une note plus élevée indique qu'il faut plus de ressources pour répondre aux besoins de la population résidente.

Le personnel **occasionnel** travaille à des heures irrégulières et n'a pas d'heures de travail garanties, n'a pas droit à des congés et n'est pas tenu de donner un avis de résiliation comme prévu par la loi, à moins d'indication contraire dans le contrat de travail.

Le nombre d'**heures de soins directs** est une mesure de dotation utilisée pour définir le temps passé à fournir un soutien pratique aux résidents. Cela comprend des activités comme le bain, le transfert, l'administration de médicaments, l'évaluation du mieux-être, etc. Les soins indirects comprennent des tâches comme la planification des repas, les études de cas et la commande de produits pharmaceutiques.

Le **personnel à temps plein** occupe un emploi permanent et travaille au moins 37,5 heures par semaine. Le personnel à temps plein est admissible à des avantages sociaux comme les congés de maladie et les congés annuels, un préavis minimal en cas de cessation d'emploi ou de poste excédentaire, des heures de travail flexibles et la rémunération des heures supplémentaires effectuées en dehors des heures normales. L'emploi peut être un contrat ou un poste permanent.

Les **assistants et assistantes en soins de santé** sont des travailleurs et travailleuses de la santé non réglementés qui travaillent sous la supervision de professionnels et professionnelles de la santé comme les infirmiers autorisés et les infirmières autorisées. Ces personnes possèdent de nombreux titres au Canada et à l'étranger, y compris ceux d'aide-infirmier ou aide-infirmière, de travailleur ou travailleuse en santé communautaire, d'aide-soignant ou aide-soignante en établissement et de préposé ou préposée aux bénéficiaires, entre autres.

Les services de **soins de longue durée** offrent une supervision et des soins professionnels 24 heures sur 24 dans un environnement protecteur et favorable aux personnes qui ont des besoins complexes en matière de soins et qui ne peuvent plus être soignées à leur domicile ou dans une résidence pour personnes âgées semi-autonomes. Les soins de longue durée sont aussi appelés « soins infirmiers », « soins aux personnes âgées », « soins en résidence » et « soins complexes ».

Les **heures rémunérées** sont une combinaison d'heures travaillées et d'heures d'avantages.

Le **personnel à temps partiel** travaille moins de 37,5 heures sur une base hebdomadaire et est admissible aux mêmes avantages sociaux que le personnel à temps plein, au prorata. Par exemple, si un employé ou une employée travaille trois jours par semaine, cette personne a le droit d'accumuler des congés pour ces trois jours. L'emploi peut être un contrat ou un poste permanent.

La **polypharmacie** est l'utilisation simultanée de plusieurs médicaments par un patient.

Un **précepteur ou une préceptrice** est décrit comme un membre du personnel qui sert de modèle et aide à la socialisation d'un nouveau membre de la même profession. Le préceptorat est couramment utilisé dans les stages des étudiants et étudiantes en sciences infirmières, mais ce rôle peut être utile pour les diplômés et diplômées en sciences infirmières et d'autres professions.

La **composition du personnel** désigne la proportion des différentes catégories de personnel de la santé (infirmiers autorisés et infirmières autorisées, infirmiers auxiliaires autorisés et infirmières auxiliaires autorisées, préposés et préposées aux services de soutien aux personnes, physiothérapeutes, travailleurs sociaux et travailleuses sociales, etc.) qui participe à la prestation des soins aux résidents des foyers de soins de longue durée.

Les **heures travaillées** représentent les heures que consacre le personnel à l'exécution de son mandat de service, c.-à-d. lorsque le personnel est présent et disponible pour travailler. Les heures travaillées comprennent les heures normales de travail, les jours fériés travaillés, les heures de remplacement et de relève pour les vacances et les jours de maladie, les heures supplémentaires et les heures de rappel au travail payées et accumulées, ainsi que la participation aux réunions des comités et aux formations parallèles.

L'expression **travail en manque** est couramment utilisée pour décrire un quart de travail à court de personnel. Le personnel signale souvent qu'il travaille « en manque » lorsque certains employés ou certaines employées dont le quart de travail est prévu ne sont pas en mesure de se présenter au travail ou de terminer leur quart de travail.

## **B : Approche de l'étude sur les effectifs<sup>89</sup>**

Cette étude sur les effectifs reposait sur l'expérience et l'expertise d'un groupe consultatif composé d'exploitants, de formateurs et formatrices, de chercheurs et chercheuses, ainsi que de résidents et de membres de leur famille, à qui on a demandé d'atteindre les objectifs suivants :

- Apporter une vaste perspective du secteur et travailler collectivement pour offrir des conseils et des commentaires stratégiques;
- Entendre les intervenants, y compris les associations professionnelles, pour veiller à ce que les besoins et les préoccupations de tous les groupes touchés soient pris en compte;
- Fournir des conseils stratégiques sur l'éventuel modèle de dotation, la composition des compétences, la distribution et la formation du personnel nécessaire pour répondre aux besoins actuels et futurs du secteur des soins de longue durée en Ontario, assurer la sécurité des résidents et la qualité des soins, répondre à l'acuité croissante des résidents et soutenir un système élargi;
- Déterminer les facteurs clés pour optimiser le recrutement et le maintien en poste du personnel des soins de longue durée;
- Aider le Ministère à répondre à la recommandation no 85 de l'Enquête publique sur la sécurité des résidents des foyers de soins de longue durée; et
- Remettre au ou à la sous-ministre un rapport présentant les principales constatations, preuves et conseils du groupe.

### **À l'étude :**

- Recommandations fondées sur des données probantes pour les modèles de dotation, les ratios et la composition dans le système de SLD actuel et élargi.
- Seuils de dotation actuels, pratiques exemplaires et problèmes.
- Pratiques exemplaires canadiennes et internationales en matière de dotation en personnel dans les foyers de soins de longue durée.
- Approches et défis selon la taille du foyer de soins de longue durée, son emplacement géographique, son âge et son caractère à but lucratif ou non.
- État actuel des modèles de dotation et de la composition du personnel dans les foyers de soins de longue durée de l'Ontario; pratiques exemplaires fondées sur les modèles actuels.
- Déroulement du travail (p. ex., routine de dotation, horaires de travail, champ d'exercice).
- Facteurs liés à l'amélioration du recrutement et du maintien en poste du personnel.

### **Principes directeurs :**

1. La vision du gouvernement en matière de soins de longue durée, qui consiste à créer un secteur de soins de longue durée du XXI<sup>e</sup> siècle axé sur les résidents et donnant accès à des soins de la plus haute qualité aux personnes les plus vulnérables.

---

<sup>89</sup> Extraits des cadres de référence du groupe consultatif

2. L'importance primordiale de la sécurité et du mieux-être physique, psychologique, social, spirituel et culturel des résidents en soins de longue durée.
3. Reconnaître que chaque foyer de soins de longue durée est distinct et que ses résidents présentent des besoins particuliers, et que les solutions doivent être souples afin de refléter la dynamique locale et les variations à l'échelle de la province.
4. La nécessité d'adopter des approches durables qui reflètent la situation financière de la province.

## **C : Membres du groupe consultatif**

**Zubin Austin**, professeur, Faculté de pharmacie Leslie Dan, Université de Toronto

**Melissa Donskov**, directrice générale des foyers de soins de longue durée Saint-Louis et Élisabeth-Bruyère

**Sharon Goodwin**, vice-présidente principale, Soins à domicile et communautaires, Victorian Order of Nurses

**Akos Hoffer**, chef de la direction, Centre de santé Perley et Rideau pour anciens combattants

**Anita Plunkett**, IPA, instructrice de PSSP, coprésidente, PSSP de l'Ontario Association of Adult and Continuing Education School Board Administrators (CESBA)

**Kevin Queen**, directeur général et administrateur de district, Kenora District Homes

**Dre Paula Rochon**, vice-présidente à la recherche et scientifique principale, Women's College Research Institute

**James Schlegel**, président-directeur général, Schlegel Health Care

**Arthur Sweetman**, Chaire de recherche de l'Ontario, Université McMaster  
**Arthur Sweetman**, Ontario Research Chair in Health Human Resources, Université McMaster

**Grace Welch**, présidente du Champlain Region Family Council Network Advocacy Committee

## **D : Organisations mobilisées par le groupe consultatif**

### **Fournisseurs de soins**

Ontario Personal Support Workers Association (OPSWA)

Association canadienne des pharmacies de quartier

Ontario Physiotherapy Association (OPA)

Ontario Society of Occupational Therapists (OSOT)

Therapeutic Recreation Ontario (TRO)

### **Résidents/Familles**

Ontario Association of Residents' Council (OARC)

Family Councils Ontario (FCO)

### **Formation/Recherche**

Institute for Safe Medication Practices (ISMP)

Collèges Ontario

### **Syndicats**

Association des infirmières et infirmiers de l'Ontario (AIIO)

Service Employees International Union (SEIU)

Syndicat canadien de la fonction publique (SCFP)

Christian Labour Association of Canada (CLAC)

Healthcare, Office and Professional Employees Union (HOPE)

Syndicat des employés de la fonction publique de l'Ontario (SEFPO)

Unifor

### **Organismes de soins infirmiers**

Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario (AIIAO)

Nurse Practitioners of Ontario (NPAO)

Registered Practical Nurses Association of Ontario (RPNAO)

### **Exploitants**

Ontario Long-Term Care Association (OLTCA)

AdvantAge Ontario

Yee Hong Centre for Geriatric Care

Foyer Richelieu

Ontario Retirement Communities Association (ORCA)

Services aux aînés et soins de longue durée de la Ville de Toronto

Soins de longue durée de la région de Peel

Tsionkwanonhso:te Long-Term Care Facility

Iroquois Lodge Nursing Home

## E : Tendances internationales

À l'échelle internationale, le secteur des soins de longue durée fait face à des problèmes semblables à ceux que rencontre l'Ontario. L'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE) signale que :

---

*« Les taux d'inoccupation en matière de soins sociaux au Royaume-Uni sont deux fois plus élevés que dans d'autres secteurs. Aux États-Unis, entre deux et trois aides-soignants ou aides-soignantes sur cinq quittent leur emploi en moins d'un an, et plus des deux tiers le quittent au cours des deux premières années. Le roulement annuel du personnel infirmier auxiliaire autorisé était de 71 pour cent, ce qui a entraîné une pénurie de personnel. De même, le roulement dans le secteur des soins de longue durée au Japon (27,5 pour cent) est plus élevé que dans d'autres secteurs, en particulier pour les employés non permanents de soins en établissement. »<sup>90</sup>*

---

Un grand nombre de ceux qui quittent un emploi dans le domaine des soins de longue durée quittent généralement complètement le secteur. Il en résulte des lacunes critiques en matière de dotation en première ligne ainsi qu'en gestion intermédiaire.

En outre, les besoins des personnes qui requièrent des soins de longue durée, ainsi que des soins à domicile, ont augmenté et sont devenus plus complexes au cours des dernières années, alors que le nombre de travailleurs et travailleuses par bénéficiaire et la composition des compétences spécialisées sont demeurés stables. Cela s'est traduit par des charges de travail plus lourdes pour le personnel déjà surchargé en raison des pénuries de personnel.

Les tendances globales des marchés du travail de l'OCDE montrent également une augmentation du travail à temps partiel dans le secteur des soins de longue durée entre 2000 et 2009 ainsi qu'une diminution des heures annuelles travaillées. Les travailleurs et travailleuses dans le domaine des soins de longue durée, surtout les personnes qui possèdent moins de qualifications, ont tendance à occuper plusieurs emplois. En Nouvelle-Zélande, environ 17 pour cent du personnel des soins de longue durée a plusieurs emplois, et les travailleurs sociaux en Angleterre occupent en moyenne 1,6 emploi en même temps.

Les pays de l'OCDE aux quatre coins du monde ont fait état d'une pression psychologique élevée sur le personnel en raison de la lourde charge de travail, d'un manque de satisfaction de la main-d'œuvre et, souvent, de nombreux cas de violence.

---

*« L'étude européenne sur le départ précoce des infirmiers et infirmières (NEXT) a révélé que 22 pour cent de ces personnes sont victimes de violence de la part de patients ou de membres de leur famille au moins une fois par mois, les aides-infirmiers et aides-infirmières étant le groupe le plus souvent victime de violence. Des interruptions de travail fréquentes, une charge de travail élevée, des semaines de travail plus longues et le travail de nuit sont tous des facteurs de l'accroissement de la probabilité d'être victime de violence.<sup>91</sup>*

---

<sup>90</sup> Colombo, F. (2011). Besoin d'aide?: La prestation de services et le financement de la dépendance. Études de l'OCDE sur les politiques de santé

<sup>91</sup> Ibidem

Dans les milieux canadiens, ce nombre est beaucoup plus élevé : près de la moitié du personnel en établissement subit quotidiennement de la violence verbale, sexuelle ou raciale.<sup>92</sup> Des niveaux de violence similaires ont également été rapportés au Japon.

Malgré la prévalence des pénuries de personnel, la lourde charge de travail et les risques psychologiques et physiques, les travailleurs et travailleuses du secteur des soins de longue durée considèrent leur travail significatif et gratifiant. Le personnel signale que le travail d'équipe, la responsabilité de prendre soin des autres, la dignité et le respect des autres les ont fortement motivés à travailler dans ce secteur. La satisfaction des familles, les leçons tirées des expériences des résidents et la variété du travail qu'ils accomplissent sont d'autres facteurs qu'ils ont considérés comme bénéfiques.

---

<sup>92</sup> Banerjee, A., Daly, T., Armstrong, H., Armstrong, P., Lafrance, S., et Szebehely, M. (2008). « Out of Control: Violence against Personal Support Workers Long-term Care » York University/Carleton University.

## F : Liste des références

Le contenu de ce rapport provient principalement du Groupe consultatif et du travail effectué en collaboration avec les établissements de soins de longue durée. Des renseignements supplémentaires ont été tirés des ressources ci-dessous.

Banerjee, A., Daly, T., Armstrong, H., Armstrong, P., Lafrance, S. et Szebehely, M. (2008). *Out of Control: Violence against Personal Support Workers Long-term Care*, York University/Carleton University.

Banque du Canada : Feuille de calcul de l'inflation. Accessible à l'adresse suivante :

<https://www.banqueducanada.ca/taux/renseignements-complementaires/feuille-de-calcul-de-linflation/>

Base de données des conventions collectives du Conseil du Trésor

Base de données des professions de la santé de l'Ontario

Brophy, J., Keith, M. et Hurley, M. 2019. « Breaking Point: Violence Against Long-Term Care Staff. » *Journal of Environmental and Occupational Health Policy*. 0, 1-26

Bureau du médecin hygiéniste en chef. 2020. COVID-19 : directive no 3 à l'intention des foyers de soins de longue durée en vertu de la *Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée*.

Collins, K., Hogan, T. et Piwkowski, M. « Drifting off Course : Examining Role Drift Among Personal Support Workers in Ontario. »

Colombo, F. (2011). *Besoin d'aide?: La prestation de services et le financement de la dépendance. Études de l'OCDE sur les politiques de santé*

Commission de la santé mentale du Canada. 13 facteurs pour traiter de la santé mentale en milieu de travail. Accessible à l'adresse suivante : <https://www.mentalhealthcommission.ca/Francais/13-facteurs-pour-traiter-de-la-sante-mentale-en-milieu-de-travail>

Commission de la santé mentale du Canada. Norme nationale. Accessible à l'adresse suivante : <https://www.mentalhealthcommission.ca/Francais/ce-que-nous-faisons/sante-mentale-en-milieu-de-travail/norme-nationale>

Ejaz, Farida & Rentsch, Julie et Noelker, Linda et Castora-Binkley, Melissa. (2011). « Racism Reported by Direct Care Workers in Long-Term Care Settings. » *Race and Social Problems*. 3. p. 92-98. 10.1007/s12552-011-9045-3.

Entrepôt de l'information de l'organisation de la WSIB – Schéma d'analyse des coûts des réclamations et schéma des dépenses des entreprises. Aperçu des données de décembre 2016 pour toutes les années.

Études de l'OCDE sur les politiques de santé, 2020. *Who Cares? Attracting and Retaining Care Workers for the Elderly*.

Gillese, Eileen E., 2019. Enquête publique sur la sécurité des résidents des foyers de soins de longue durée : Rapport. Accessible à l'adresse suivante : <https://www.attorneygeneral.jus.gov.on.ca/english/about/pubs/ltc-review/>

Gouvernement de l'Ontario. Sommaire épidémiologique de la COVID-19. Accessible à l'adresse suivante : <https://www.ontario.ca/fr/page/reponse-ontario-au-covid-19>

Lakusta, W. *Employer Perspectives on Personal Support Worker Recruitment and Retention*. ProfessionsSantéOntario.

Le rapport sur la dotation en personnel des foyers de soins de longue durée. 2018

*Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée*

Ministère de la Santé de la Colombie-Britannique. (2017). Residential Care Staffing Review.

Ministère de la Santé et des Soins de longue durée Division de la planification de la capacité et de l'analytique

Ministère de la Santé : Planification des ressources humaines dans le domaine de la santé

Ministère des Soins de longue durée : Division des opérations

Ministère du Travail : Base de données sur les conventions collectives

Ministère du Travail, de la Formation et du Développement des compétences Plan du secteur des soins de santé 2017-2018.

Ontario Living Wage. Living Wage by Region. Accessible à l'adresse suivante :

[https://www.ontariolivingwage.ca/living\\_wage\\_by\\_region](https://www.ontariolivingwage.ca/living_wage_by_region)

Rapport du vérificateur général de l'Alberta. (2014). Health and Alberta Health Services – Seniors Care in Long-term Care Facilities Follow-up.

Répertoire canadien sur l'éducation post-M.D.

RGPs of Ontario, Provincial Geriatrics Leadership Office, & Canadian Geriatrics Society. 2020. Family Presence in Older Adult Care: A Statement Regarding Family Caregivers and the Provision of Essential Care

Seniors Quality Leap initiative. About us. Accessible à l'adresse suivante (en anglais) :

<https://www.seniorsqualityleapinitiative.com/index.php>

Statistique Canada, Établissements de soins pour bénéficiaires internes, tableau 5.7

Statistique Canada. Accessible à l'adresse suivante : <https://www150.statcan.gc.ca/n1/daily-quotidien/200108/dq200108a-fra.htm>

Talerico, K., Evans, L., et Strumpf, N. 2002. The Gerontologist: Mental Health Correlates of Aggression in Nursing Home Residents with Dementia.

The Change Foundation. 2019. Spotlight on Ontario's Caregivers.

Turcotte, M. et Sawaya, C. (2015). Soins aux aînés : Différences selon le type de logement (No 75-006-X au catalogue). Ottawa : Statistique Canada :

Unifor. (2019). *Caring in Crisis: Ontario's Long-Term Care PSW Shortage*. Ontario Health Coalition

Vuong, V., O'Donnell, D., Navare, H., et coll. BOOMR : Better Coordinated Cross-Sectoral Medication Reconciliation for Residential Care. *Healthc, Q.* 2017;20(1):34-39.

Zeytinoglu, I.U., Denton, M., Brookman, C. et coll. Health and safety matters! Associations between organizational practices and personal support workers' life and work stress in Ontario, Canada. » *BMC Health Serv Res* 17, 427 (2017). <https://doi.org/10.1186/s12913-017-2355-4>