

Stabilisation et rétablissement du secteur des soins de longue durée : restaurer la confiance au lendemain de la COVID-19 (2020-2023)

Janvier 2024



Une note de breffage de la SRC

Stabilisation et rétablissement du secteur des soins de longue durée: restaurer la confiance au lendemain de la COVID-19 (2020-2023)

Une note de breffage de la SRC

*Une mise à jour de Rétablir la confiance: la COVID-19
et l'avenir des soins de longue durée (2020)*

Auteurs

Carole Estabrooks, MSRC (Présidente)	University of Alberta
Pat Armstrong, MSRC	Université York
Anne Bourbonnais	Université de Montréal
Gail Donner	University of Toronto
Colleen Flood, MSRC	Queens University
Janice Keefe	Mount Saint Vincent University
Dorothy Pringle	University of Toronto
James Silvius	University of Calgary
Sharon Straus, MRSC	University of Toronto
Michael Wolfson	Université d'Ottawa

Responsable de la surveillance du processus d'examen par les pairs

Jeremy McNeil, MSRC	Western University
---------------------	--------------------

Pairs examinateurs

Naomi Black	Université York
Suzanne Dupuis-Blanchard, MRSC	Université de Moncton
Ian Graham, MSRC	Université d'Ottawa

Forme suggérée pour les citations de cette note de breffage

Estabrooks CA, Armstrong P, Bourbonnais A, Donner G, Flood, CM, Keefe J, Pringle D, Silvius J, Straus S, Wolfson M. *Stabilisation et rétablissement du secteur des soins de longue durée : restaurer la confiance au lendemain de la COVID-19 (2020-2023)*. Société royale du Canada. 2024

Reconnaissance territoriale

Le siège social de la Société royale du Canada est situé à Ottawa, territoire traditionnel et non cédé de la nation algonquine.

Les opinions exprimées dans ce rapport sont celles des auteurs et ne représentent pas nécessairement les opinions de la Société royale du Canada.

Contexte concernant la préparation de cette note de breffage

En avril 2020, le président de la Société royale du Canada a établi le Groupe de travail de la SRC sur la COVID-19. Le mandat de ce groupe de travail est de dégager des perspectives éclairées par les données probantes sur les grands enjeux sociétaux qui se posent au Canada relativement à sa réponse à la COVID-19 et à sa démarche subséquente de rétablissement.

Pour rapidement produire des notes de breffage, le groupe de travail a établi une série de sous-groupes de travail ayant comme objectif de soutenir les décideurs politiques en leur fournissant des données probantes pour éclairer leurs décisions.

Ce document est une mise à jour de la note de breffage *Rétablir la confiance : la COVID-19 et l'avenir des soins de longue durée*, initialement publiée en 2020.

Remerciements

Les auteurs remercient les résidents, les familles, les membres du personnel des SLD et, en particulier, ceux et celles qui sont décédés dans les établissements de SLD au cours de la pandémie. C'est pour eux que ce rapport a été rédigé et qu'il est si urgent d'agir.

Les auteurs remercient Cathy McPhalen, Ph. D., pour son aide à la rédaction et à l'édition, qui était financée par la Société royale du Canada, conformément aux bonnes pratiques de publication (GPP3) (<http://www.ismpp.org/gpp3>).

Les auteurs remercient également Cybele Angel, Ph. D., et Hadiya Huijjer, M. Sc., qui ont soutenu ce travail dans le cadre du programme Translating Research in Elder Care (Université de l'Alberta).

Table des matières

Sommaire	4
Stabilisation et rétablissement du secteur des soins de longue durée : restaurer la confiance au lendemain de la COVID-19 (2020-2023).....	9
Section 1 – Contexte.....	12
Section 2 – Impact de la COVID-19 sur un système de SLD déjà lourdement hypothéqué	15
Section 3 – Progrès réalisé dans la mise en œuvre des recommandations du rapport Rétablir la confiance de 2020	18
Section 4 – Allant de l’avant	22
Section 5 – Une vision plus audacieuse.....	31
Références	36
Annexe 1 – Chronologie de la pandémie de COVID-19 au Canada	45
Annexe 2 – Comment nous avons scruté la littérature et les médias.....	46
Annexe 3 – Synthèse des rapports provinciaux et territoriaux et de leur concordance avec les recommandations du rapport de 2020 Rétablir la confiance.....	48

Sommaire

Trois ans et demi depuis que l'Organisation mondiale de la santé a déclaré officiellement que l'épidémie de COVID-19 était une pandémie mondiale et que la maladie a été constatée pour la première fois dans un établissement de soins de longue durée (SLD) au Canada, des personnes âgées meurent encore chaque semaine des suites de la maladie dans les établissements de SLD. La crise de la main-d'œuvre dans ces établissements se poursuit et le personnel qui restant, trop peu nombreux, ne bénéficie parfois pas d'avantages sociaux. Malgré de nouvelles injections de fonds, les établissements de SLD manquent toujours cruellement de ressources.

Pendant la pandémie, le Canada et les provinces ont commis des erreurs. Nous avons tardé à mettre en place des pratiques adéquates de lutte contre les infections et à fournir des équipements de protection individuelle, nous n'avons pas été en mesure de recruter suffisamment de personnel et nous avons utilisé des pratiques d'isolement sévères et cruelles, qui sont restées trop longtemps en vigueur dans de nombreux établissements. En conséquence, de nombreuses personnes âgées ont vu leur état se détériorer et sont décédées. Plusieurs sont mortes dans la solitude. Les résidents des établissements de SLD, leurs familles et les partenaires de soins essentiels ont souffert des mesures rigoureuses de confinement et d'isolement des résidents. Le personnel a dû assumer des tâches nouvelles et supplémentaires alors qu'il était en situation de sous-effectif. Il s'est heurté à la désapprobation et aux critiques croissantes des gens à mesure que la pandémie avançait. Les travailleurs sont restés à leurs postes, se sont adaptés et se sont serré les coudes dans des circonstances hors normes et souvent extrêmement difficiles. Les cadres et le personnel ont travaillé dans des conditions ressemblant à celles de zones de combat. Lorsque la pandémie a été déclarée terminée, ils ont eu de la difficulté à reprendre une vie professionnelle normale. Ils avaient été considérés comme des héros, mais ce n'était plus le cas. De nombreux travailleurs et cadres qui ont quitté les établissements de SLD et beaucoup parmi le personnel toujours en place sont restés avec des séquelles dévastatrices sur le plan de la santé mentale.

Il ne fait aucun doute que nous n'étions pas préparés à affronter une pandémie mondiale, malgré l'expérience acquise lors de la crise du SRAS de 2003 et les leçons tirées de son examen en commission par la suite. Il ne fait aucun doute, non plus, que nous avons de la difficulté actuellement à nous remettre de la pandémie et à cicatriser nos plaies. Il est peu probable que les établissements de SLD soient actuellement prêts à faire face à un autre événement majeur.

Pourtant, le Canada a eu certaines réussites. Nous avons comblé les lacunes qui existaient dans les domaines du contrôle des infections et des équipements de protection individuelle. Nous avons acheté des vaccins, en grande quantité, et nous les avons distribués rapidement, en accordant la priorité aux résidents des établissements de SLD. Nous avons stoppé l'hémorragie, mais pas la maladie. Plusieurs provinces et territoires ont trouvé des moyens très créatifs d'intégrer les soins de courte durée et les établissements de SLD. Des programmes novateurs ont vu le jour pour répondre aux besoins de garde d'enfants et de transport du personnel de soins. Les salaires du personnel des établissements de SLD ont été augmentés dans la plupart des provinces et certains travailleurs ont obtenu des indemnités de maladie.

Le gouvernement canadien a soutenu deux nouvelles normes de SLD importantes et robustes, élaborées et publiées par le Conseil canadien des normes, l'Association canadienne de normalisation (CSA) et l'Organisation des normes de santé – un fait en soit tout à fait extraordinaire en pleine pandémie. Ces normes, si elles étaient effectivement appliquées et que leur mise en œuvre était

surveillée et imposée, changeront tout. Elles n'ont cependant pas un caractère obligatoire. Dans le budget de 2021, 3 milliards de dollars ont été alloués à la mise en œuvre de ces normes. Ce budget a également accordé une enveloppe supplémentaire de 40 M\$ à Statistique Canada pour améliorer l'infrastructure et la collecte des données de manière générale, y compris des données sur les soins de soutien. Mais le Canada ne dispose pas de l'infrastructure nécessaire pour assurer la reddition de compte qui devrait accompagner les transferts de fonds fédéraux.

Au moment de la rédaction de ce rapport, le gouvernement fédéral était en train de mener un processus de concertation publique en prévision d'une nouvelle loi visant à garantir des soins de longue durée sécuritaires. Cette loi, si elle ne se limite pas à des vœux pieux, pourrait venir combler plusieurs lacunes. Elle pourrait même, en combinaison avec la mise en œuvre des normes de SLD, complètement changer la donne. Les mois à venir seront importants. Il est urgent que les **gouvernements fédéral et provinciaux agissent et fassent preuve de leadership.**

Dans le présent rapport, nous faisons le point sur la progression de la réforme des SLD au Canada, en nous appuyant sur des sources accessibles au public. Nous formulons huit recommandations, dont certaines reprennent celles que nous avons formulées dans le rapport que nous avons préparé en 2020 pour la Société royale du Canada, intitulé *Rétablir la confiance : la COVID-19 et l'avenir des soins de longue durée*. Nous avons délibéré et examiné ce qui a été écrit sur la performance du Canada et d'autres pays pendant la pandémie. Nous avons scruté des articles scientifiques et des rapports réputés émanant d'organismes internationaux, tels que les travaux de l'Organisation de coopération et de développement économiques, de l'Organisation mondiale de la santé, des Nations Unies et de la Royal Commission on Aged Care Quality and Safety de l'Australie (Commission royale sur la qualité et la sûreté des soins aux personnes âgées). L'initiative de la Décennie des Nations unies pour le vieillissement en bonne santé (2021-2030) accorde une grande importance aux déterminants sociaux et moraux de la santé – et plus encore aux valeurs et aux droits de la personne. Comme ce fut le cas pour toutes les grandes catastrophes, naturelles ou transmissibles, la pandémie de COVID-19 a eu un impact nettement disproportionné sur les personnes âgées, les femmes et les autres personnes en quête d'équité. Tout le monde n'a pas été traité équitablement.

Les personnes âgées et leurs droits

Même si nous répondons de manière adéquate aux problèmes propres à la COVID-19 et à la préparation aux pandémies futures, même si nous commençons à consacrer des ressources et des efforts aux personnes en quête d'équité et aux besoins sociaux et d'équité de base qui sont essentiels pour la santé – nous ne parviendrons pas à transformer substantiellement les soins fournis aux personnes âgées qui vivent dans les établissements de SLD. Pour parvenir à une véritable transformation, nous devons **adopter un cadre réel de protection des droits de la personne qui s'applique aux résidents des établissements de SLD**, un cadre en vertu duquel **toutes** les personnes âgées seront considérées et traitées comme des êtres humains à part entière, conformément à la fois à la Charte canadienne des droits et libertés et à la Déclaration universelle des droits de l'homme.

À ce titre, nous recommandons d'amorcer immédiatement une réforme des droits des résidents des établissements de SLD, dans les domaines de la gouvernance, de l'éducation et de la formation et du perfectionnement. Dans le rapport que nous avons produit en 2020 pour la Société royale du Canada, nous avons conclu que la discrimination systémique liée à l'âge et au

sexe était une cause profonde de l'impact de la COVID-19 sur les établissements de SLD. Sans une réforme immédiate basée sur les droits de la personne, nous ne pourrions pas mettre fin à ces injustices. Nous ne pourrions pas faire en sorte que toutes les personnes âgées aient la chance de vivre et de mourir dans de bonnes conditions. Les personnes âgées ne seront ni prioritaires, ni reconnues, ni considérées. Les ressources ne seront pas suffisantes, les soignants ne seront pas prêts ou disponibles, le profit pourrait l'emporter sur la compassion et les engagements de nos gouvernements ne seront pas respectés. Le plein potentiel du Canada en tant que chef de file mondial de la prise en charge des aînés qui ont besoin d'aide en vieillissant ne sera pas réalisé. Les Canadiens âgés continueront de souffrir, en particulier ceux qui deviennent infirmes.

Cela nous diminuera tous.

Le temps de produire des rapports et toujours plus de rapports est maintenant révolu. Bien sûr, on continuera d'en rédiger, et plusieurs seront utiles. Mais il est certain qu'aujourd'hui, après des centaines d'études et de rapports sur les SLD, dont plus de 30 produits au cours des trois dernières années, nous devons **trouver le courage d'agir** et de nous attaquer au cœur des problèmes. Et le faire en tenant nettement compte des droits des personnes concernées.

Nos recommandations

Nous proposons huit recommandations axées sur les droits de la personne, qui nécessitent toutes des **mesures concrètes**. Nous identifions trois domaines de **priorité** immédiate.

- 1. Le personnel des établissements de SLD** (recommandations 1 et 3)
- 2. Les paiements de transfert** (recommandation 2)
- 3. Une structure de reddition de compte** (recommandation 6)

La crise de la main-d'œuvre dans le secteur des soins de longue durée reste la priorité absolue des mesures à court, à moyen et à long terme proposées pour nous remettre des effets de la pandémie de COVID-19 et pour renforcer la résilience du système de soins de longue durée. La crise de la main-d'œuvre dans les établissements de SLD constitue actuellement une véritable urgence. Et il ne s'agit pas que d'une question de chiffres. La situation actuelle ne peut qu'avoir des incidences très préoccupantes sur la santé et le bien-être du personnel.

Recommandation 1 :

1a. Le gouvernement fédéral doit, en collaboration avec les provinces et les territoires, agir immédiatement pour garantir que des fonds suffisants seront disponibles pour porter le temps minimal de soins directs à 4,5 heures par jour par résident d'établissement de SLD.

1b. Le gouvernement fédéral doit, en coopération avec les provinces et les territoires, commander immédiatement une évaluation exhaustive, pancanadienne et fondée sur des données probantes des lignes directrices sur la *dotation et la composition des effectifs* dans les établissements de SLD, et y donner suite. Ces lignes directrices doivent tenir compte à la fois des caractéristiques des résidents des établissements de SLD, des caractéristiques de tous les niveaux de personnel ainsi que du milieu de travail. Et ces lignes directrices devraient être révisées tous les cinq ans.

1c. Le gouvernement fédéral doit, en collaboration avec les provinces et les territoires, mettre immédiatement en œuvre un plan de mobilisation des ressources humaines en santé qui garantira un niveau de recrutement approprié et la mise en place de politiques et

de pratique de rétention efficaces, et qui aura pour objectif de préserver la santé mentale et le bien-être du personnel et de faire en sorte que ce personnel puisse travailler dans un milieu de travail sain.

Recommandation 2 : Le gouvernement fédéral doit, en coopération avec les provinces et les territoires, accorder des paiements de transfert subordonnés à l'obtention par les provinces et les territoires de *résultats transparents*. Le gouvernement fédéral doit aider les provinces et les territoires à respecter les directives nationales en matière de dotation et à mettre en œuvre les nouvelles normes nationales relatives aux SLD.

Recommandation 3 : Les provinces et les territoires doivent, avec l'aide du gouvernement fédéral, mettre en œuvre des *stratégies de promotion de la santé mentale et autres stratégies de soutien de la main-d'œuvre* pour favoriser la remise sur pied du système et pour accroître la résilience de toutes les catégories de personnel des établissements de SLD à l'avenir. Ils doivent également examiner et éliminer les causes **structurelles** des facteurs de stress qui minent la santé mentale et le bien-être du personnel, comme les niveaux de dotation, les conditions de travail, les structures de travail hiérarchiques rigides, les agressions au travail à caractère identitaire, les risques déséquilibrés et la qualité de vie des résidents.

Recommandation 4 : Les provinces et les territoires doivent, avec l'aide du gouvernement fédéral, faire appliquer par les dirigeants, les gestionnaires, les administrateurs et les propriétaires des établissements de SLD des *stratégies de lutte contre l'oppression* afin d'éliminer la discrimination systémique subie par le personnel, les résidents et leurs familles, ainsi que les partenaires de soins essentiels.

Recommandation 5 : Le gouvernement fédéral doit agir immédiatement pour faire en sorte que les *systèmes de données* au Canada soient à la fois efficaces et suffisamment intégrés pour assurer la transparence des données communiquées au public par l'ensemble des provinces et des territoires sur tous les aspects pertinents des soins de longue durée, de la prestation des soins et des milieux de travail.

Recommandation 6 : Le gouvernement fédéral doit exiger une reddition de compte provinciale et territoriale, par exemple en subordonnant les paiements de transfert fédéraux à des seuils acceptables de performance des provinces et des territoires. Le gouvernement fédéral doit, en coopération avec les provinces et les territoires, mettre en place les structures indépendantes appropriées qui permettront de contrôler la transparence des données et des rapports, et devrait imposer un *cadre de reddition de compte*.

Recommandation 7 : Pour recevoir des paiements de transfert, les provinces et les territoires doivent être tenus de démontrer qu'ils tiennent compte des *déterminants sociaux et moraux de la santé* dans leur planification des besoins liés aux SLD, tant pour les résidents que pour le personnel. Les ressources et les services destinés aux personnes âgées en quête d'équité et mal desservies doivent être alloués proportionnellement à leurs besoins.

Recommandation 8 : Le gouvernement fédéral doit, en coopération avec les provinces et les territoires, lancer *une réforme des droits de la personne des résidents des établissements de SLD* – dans deux domaines immédiatement – et le faire en étroite collaboration avec les personnes âgées, y compris celles atteintes de démence.

8a. Réformer **la gouvernance, les lois et les pratiques** en matière de SLD, en partenariat avec les personnes atteintes de démence, leurs familles et les partenaires de soins essentiels, dans une optique des droits de la personne.

8b. Mettre en œuvre un programme **d'éducation et de formation** sur les droits des personnes âgées et des personnes âgées atteintes de démence, qui sera donné (i) dans tous les établissements d'enseignement qui préparent le personnel des établissements de SLD; (ii) à toutes les catégories du personnel des établissements de SLD – au personnel soignant réglementé et non réglementé, au personnel auxiliaire et au personnel médical; et (iii) aux membres des conseils d'administration et des équipes de direction des établissements de SLD. Mettre en œuvre des programmes de sensibilisation aux droits de la personne qui s'adresseraient aux personnes âgées en établissement de SLD, à leurs familles et aux partenaires de soins essentiels.

Les établissements de SLD en tant que résidences

Les établissements de soins de longue durée (établissements de SLD) font partie du continuum des soins de santé, qui s'étend des soins de proximité (tels que les soins à domicile) et des soins primaires jusqu'à tous les niveaux de soins de courte durée. Les établissements de SLD se distinguent toutefois de tous les autres lieux où les personnes âgées reçoivent des soins et vivent. Ces milieux de vie offrent à la fois des soins de nature sociale et des soins de santé. Il s'agit avant tout de résidences (et non d'hôpitaux de soins chroniques) et les soins sociaux constituent souvent la majorité des services qui y sont fournis. Ce sont des lieux où de nombreux Canadiens âgés, souvent atteints de démence et ayant diverses fragilités, passent la fin de leur vie. Ces périodes de vie doivent être vécues sans discrimination fondée sur l'âge ou le sexe, ni sur la race, l'origine ethnique ou un handicap. Les établissements de SLD et leurs dirigeants doivent adopter une perspective qui reconnaît les multiples vulnérabilités croisées des personnes âgées. Les résidents de ces foyers doivent bénéficier de tous les droits et protections prévus par la Charte canadienne des droits et libertés.

Bien vivre, c'est ce qui importe le plus. Pour bien vivre, on ne doit pas souffrir de douleurs, de la peur ou de l'indignité, on doit avoir le droit et la liberté de se déplacer et de ressentir le soleil sur son visage. On doit pouvoir avoir de la compagnie et des rapports sociaux, participer à des activités intergénérationnelles, profiter de moments de rire et de joie, manger une bonne nourriture, se trouver en présence d'animaux et de fleurs, écouter de la musique et savourer une glace, et avoir des buts et une vie qui a du sens. Pas tous les jours, pas toute la journée – mais on doit accumuler de bons moments, beaucoup, beaucoup de bons moments, suffisamment pour avoir une belle fin de vie.

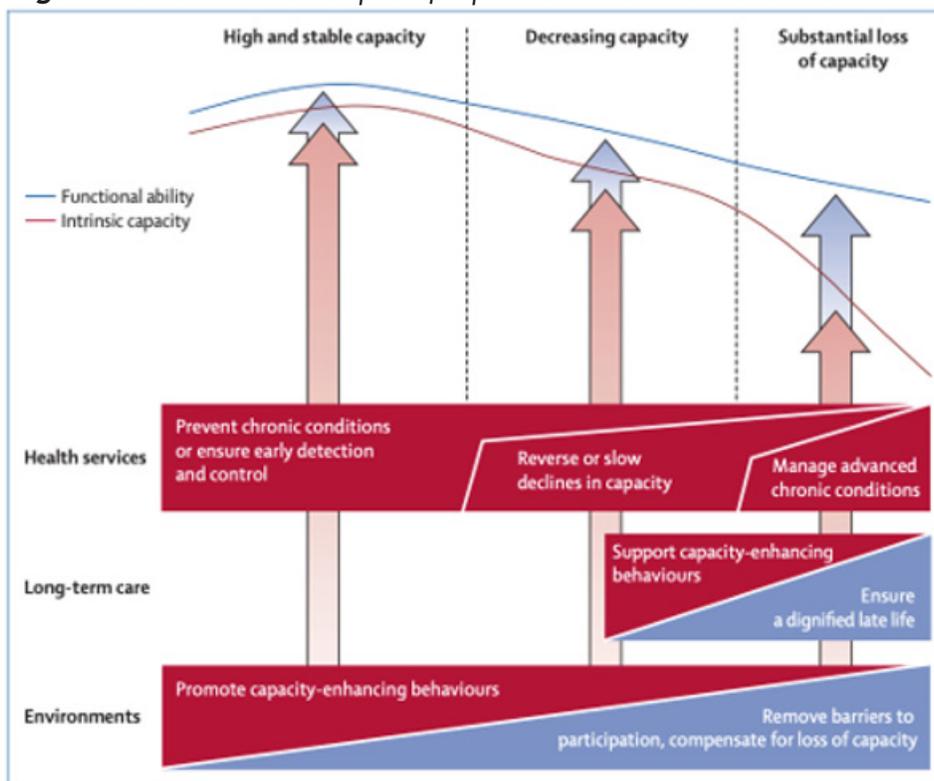
C'est la grande mission qui nous attend – une mission qui vise autant à protéger les droits de la personne qu'à assurer des soins de qualité.

Stabilisation et rétablissement du secteur des soins de longue durée : restaurer la confiance au lendemain de la COVID-19 (2020-2023)

En mai 2023, la revue *The Lancet* a annoncé la mise sur pied d'une commission sur les soins de longue durée (SLD*) fournis aux personnes âgées¹. Il s'agissait d'un pas de plus vers la reconnaissance de l'importance du bien-être des personnes âgées et du fait que les choses ne vont pas nécessairement très bien actuellement à cet égard. La commission a fait valoir que la discrimination fondée sur l'âge, la santé mentale et la capacité physique contribue à alimenter certaines idées fausses persistantes selon lesquelles les personnes âgées bénéficieraient d'avantages disproportionnés par rapport aux générations plus jeunes, voire à leur détriment. La commission a également affirmé que cette discrimination contribuait à l'impact catastrophique et disproportionné qu'a eu la COVID-19 sur les personnes âgées. Elle a proposé un cadre de santé publique axé sur le vieillir en bonne santé (figure 1). L'essence du présent rapport repose sur ce que résume la *troisième colonne de ce cadre*. La commission de la revue *The Lancet* représente une action importante de plus parmi une série d'actions qui ont été menées au Canada et ailleurs dans le reste du monde. La question de savoir si toutes ces actions se transformeront en un mouvement sociétal et en une **action** structurelle qui aboutiront à des changements tangibles reste pour le moment sans réponse. Pour ce faire, il est important que nous considérions que les adultes plus âgés et très âgés sont des êtres humains à part entière, jouissant de tous les droits que cet état devrait leur conférer au Canada.

L'impact disproportionné de la COVID-19 dans les établissements de SLD au Canada s'est dessiné dès que la pandémie a commencé. Le 11 mars 2020, l'Organisation mondiale de la santé (OMS) a déclaré que la COVID-19 était une pandémie, trois jours après le premier décès canadien dans un établissement de SLD (annexe 1). En juin 2020, la Société royale du Canada publiait *Rétablir la confiance : la COVID-19 et l'avenir des soins de longue durée*². Nous étions alors à 4 mois du début de la pandémie et nous vivions dans un climat de grande incertitude (annexe 1). Le Canada était en proie à des

Figure 1. Un cadre de santé publique pour le vieillissement en santé



Tiré de l'article sur la santé publique « *The World report on ageing and health: a policy framework for healthy ageing* » publié par Beard et ses collègues dans la revue *The Lancet*.

Reproduit avec l'autorisation de *The Lancet*, mai 2023.

* Dans le présent rapport, « SLD » désigne les soins fournis à toute heure du jour dans un centre résidentiel, tels que les services de santé, les services personnels et autres services, comme le ménage, la buanderie et les repas².

pénuries d'équipements de protection individuelle (EPI) et de respirateurs, ainsi qu'à des niveaux de peur élevés. Nous n'avions aucune idée précise de la manière dont la COVID-19 se propageait, aucune orientation claire sur le port du masque et aucun traitement efficace. Il semblait que la mise au point d'un vaccin allait prendre des mois, voire des années. La plupart des Canadiens pensaient sans doute que tout cela serait bientôt terminé et que les choses reviendraient alors à la normale. Même si nous n'avions pas prévu comment les choses allaient se dérouler au cours des trois années suivantes, nous savions déjà à ce stade précoce que les personnes âgées vivant dans les établissements de SLD étaient exposées à un niveau de risque extrêmement élevé et que le personnel de ces établissements n'était pas préparé à affronter ce risque. Nous pensions déjà que l'impact pourrait être important et durable, et il l'a été.

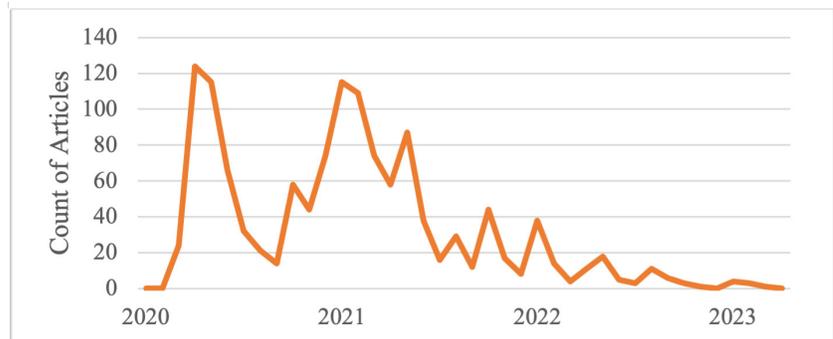
Trois ans plus tard, la normalité ne semble plus qu'un lointain souvenir. Nous subissons aujourd'hui l'impact et les conséquences à moyen et long terme de la COVID-19. La négligence dont a fait l'objet la crise de la main-d'œuvre qui couvait depuis des décennies dans le secteur des soins de santé et des SLD constitue aujourd'hui un obstacle majeur au retour à la normale, menaçant notre capacité à gérer nos systèmes de santé et de SLD. Le récent rapport de l'*Organisation de coopération et de développement économiques* (OCDE) sur l'état de préparation et la résilience des systèmes de santé³ montre à quel point la résilience de nos systèmes de santé et de SLD sont étroitement liés à notre capacité de gérer d'autres phénomènes mondiaux, tels que le dérèglement climatique, l'extinction des espèces, les conflits mondiaux et les inégalités sociales et sanitaires intolérables, ainsi que les disparités qui en résultent. Il sera de plus en plus difficile de résoudre ces *problèmes pernicioeux*⁴ de notre époque si nous continuons de les ignorer et de ne pas tenir compte de leur interdépendance. Pour résoudre ces problèmes sans solutions faciles, caractérisés par une grande complexité sociale et de fortes interdépendances, il faudra qu'un grand nombre de personnes et de gouvernements collaborent entre eux et qu'ils modifient leur vision du monde et leurs comportements.

Dans le présent rapport, nous

- examinons les mesures qui ont été prises en réponse aux recommandations de notre rapport de 2020;
- formulons de nouvelles recommandations ou renouvelons des recommandations déjà formulées pour certains domaines clés;
- faisons valoir la nécessité d'adopter une perspective de droits de la personne pour garantir des soins de longue durée de qualité aux personnes âgées qui en auront besoin dans le futur au Canada.

Nous sommes préoccupés par le fait que de nouveaux et anciens enjeux urgents (changements climatiques, inflation, logement, conflits mondiaux) ont commencé à éclipser l'intérêt et l'attention portés à l'impact de la COVID-19 sur les établissements de SLD. Par exemple, les médias nationaux ont activement contribué à maintenir la crise des SLD au centre de

Figure 2. Articles sur la COVID-19 et les SLD parus dans les médias nationaux canadiens de janvier 2020 à août 2023



l'attention publique pendant la pandémie, mais l'attention portée à cette question a clairement diminué depuis le milieu de l'année 2022 (figure 2).

Deux injustices

Dans notre rapport de 2020, *Rétablir la confiance*², nous avons évoqué l'extrême négligence dont font l'objet depuis longtemps les établissements de SLD et leurs occupants. Cette négligence a pu être possible en raison de deux discriminations fondamentales : la **discrimination fondée sur l'âge** et la **discrimination fondée sur le genre**. Il suffit de parcourir la littérature sur la question pour trouver de nombreux documents – théoriques, empiriques et populaires – qui examinent ces deux types de discrimination qui existent depuis très longtemps. Par exemple, l'OMS, l'OCDE et les Nations Unies ont toutes produit des rapports étoffés sur le vieillissement et le genre⁵⁻⁹. Ces rapports décrivent les coûts économiques, sociaux et individuels qui sont engendrés par cette discrimination dans le contexte d'une population mondiale rapidement vieillissante. Certains de ces rapports portent en partie sur les SLD⁹. Ces exemples de rapports et la littérature scientifique montrent clairement que lorsque nous abordons la question de l'impact de la discrimination fondée sur l'âge et le genre au sens large, en particulier dans les SLD¹⁰, nous devons prendre en considération les personnes âgées, le personnel soignant et le personnel auxiliaire^{11,12}. Nous lisons ou entendons souvent dire que le travail des femmes est sous-évalué et que le travail dans les établissements de SLD est un travail féminin – celui de fournir des soins. Le travail du personnel soignant des établissements de SLD, un personnel en grande partie féminin et d'origines ethniques diversifiées, a été historiquement sous-évalué¹³. Cette situation est exacerbée par le fait que les personnes dont il s'occupe sont des résidents âgés (souvent très âgés) et que la majorité de ces personnes sont également des femmes. Cependant, « les soins ne peuvent être assimilés à un travail de femmes que dans le cadre de *relations, de structures et de processus inégaux* [italiques ajoutés] qui contribuent à faire des femmes des soignantes et à sous-évaluer ce travail de soins¹⁴ ». Les causes structurelles de cette inégalité sont importantes pour comprendre non seulement comment s'opère la discrimination fondée sur l'âge et le genre, mais aussi comment s'articulent les interactions complexes qui existent entre les multiples sources de discrimination (par exemple, la race, l'appartenance ethnique, le handicap, l'identité de genre) et leurs solutions¹⁵⁻¹⁷, **ainsi** que les problèmes cruciaux de santé mentale que nous abordons dans ce rapport et auxquels sont confrontés les prestataires de soins dans les établissements de SLD. Procéder autrement reviendrait à alimenter la tendance à en faire porter la responsabilité aux travailleurs individuels – une position qui ne nous permettra pas de soutenir, de recruter ou de retenir correctement ce type de main-d'œuvre^{11,12,18}.

Limites de ce rapport

Nous ne couvrons pas dans ce rapport l'ensemble du paysage des examens et des diagnostics de la performance du Canada dans le secteur des établissements de SLD, ni toutes les mesures correctives qui seraient possibles et nécessaires pour remettre le système sur pied et se préparer à de futures crises. L'annexe 2 fournit un bref compte rendu du processus que nous avons utilisé pour trouver les informations pertinentes. Plusieurs rapports importants ont abordé un grand nombre de problèmes de manière à la fois générale et particulière. Les plus pertinents pour ce rapport ont été :

- Le récent rapport de l'*Académie canadienne des sciences de la santé* sur les ressources humaines dans le secteur de la santé évalue les problèmes critiques associés à la crise

du personnel de santé au Canada. Bien qu'il n'évalue pas spécifiquement le secteur des SLD, il jette un regard diagnostique approfondi et formule des recommandations clés qui touchent tous les travailleurs de la santé¹⁹.

- La récente série du *British Medical Journal*, intitulée *The world expected more of Canada* (Le monde s'attendait à plus de la part du Canada), examine la performance du Canada pendant la pandémie de COVID-19. Cette série fournit une évaluation de grande envergure de la performance des systèmes de santé canadiens au cours de cette période. Elle aborde des problèmes tels que le partage inéquitable des vaccins, les systèmes de données inadéquats et non intégrés, les personnes en quête d'équité et les SLD, et soutient que le Canada devrait lancer une enquête nationale officielle sur la question²⁰.
- Le rapport de 2023 de l'OCDE sur l'état de préparation et la résilience des systèmes de santé, y compris des systèmes de SLD, formule des exigences qui visent à assurer une meilleure préparation et une meilleure performance au regard des futures crises mondiales.

Section 1 - Contexte

Contexte mondial

En date du 5 juillet 2023, 767 726 861 infections et 6 948 764 décès dus à la COVID-19 avaient été signalés au total à l'échelle mondiale²¹. Au Canada, 52 860 décès avaient été signalés pour 4 688 830 infections confirmées²¹. Le vaccin Pfizer-BioNTech a été approuvé pour la première fois au Royaume-Uni le 2 décembre 2020²² et autorisé par Santé Canada le 9 décembre 2020²³. Il a été administré pour la première fois au Canada le 14 décembre 2020²⁴. Les vaccins ont été rapidement distribués par ordre de priorité, en commençant par les résidents et le personnel des foyers de personnes âgées, les adultes de plus de 80 ans, les travailleurs de la santé et les adultes des communautés autochtones²⁵. Au 23 avril 2023, la proportion de Canadiens ayant reçu une première vaccination (2 doses) pour la COVID-19 était de 80,5 %²⁶. Depuis le 14 décembre 2020, 98 118 881 doses de vaccins contre la COVID-19 ont été administrées au Canada²⁴.

En mai 2020, le nombre de décès liés à la COVID-19 enregistrés dans les établissements de SLD au Canada représentait 81 % de tous les décès survenus dans la population générale des suites de la maladie (Institut canadien d'information sur la santé), ce qui est nettement plus élevé que la moyenne de 38 % des pays de l'OCDE²⁷. Le pourcentage des décès survenus dans les établissements de SLD au Canada est plus tard descendu à environ 43 % (près de 23 000 résidents d'établissements de SLD au 5 juillet 2023)²⁸, plus proche de la moyenne ultérieure de 40 % de l'OCDE²⁹. Les données indiquent que les mesures de confinement dans les établissements de SLD (par exemple les restrictions complètes ou sévères des visites et le confinement total des résidents dans leur chambre pendant de longues périodes) sont peut-être intervenues trop tard³⁰⁻³² – une fois la propagation de la COVID-19 dans la communauté commencée, il était inévitable qu'elle s'introduise dans les établissements de SLD.

Entre juin 2021 et janvier 2022, au moins 46 travailleurs de la santé au Canada sont décédés à cause de la COVID-19³³. Selon les estimations de l'OMS, entre 80 000 et 180 000 travailleurs de la santé et des soins dans le monde sont décédés entre janvier 2020 et mai 2021³⁴.

Par rapport aux autres travailleurs de la santé, les employés d'établissements de SLD qui ont contracté la COVID-19 étaient plus susceptibles de résider dans des quartiers plus modestes et dans des milieux à plus forte densité, et de cohabiter avec un autre travailleur du secteur des

services essentiels. À chaque vague de la pandémie, les travailleurs faiblement rémunérés du secteur des services essentiels étaient les personnes les plus exposées au risque de morbidité et de mortalité lié à la COVID-19³⁵.

La pandémie de COVID-19 n'a pas eu le même impact et occasionné les mêmes souffrances dans tous les pays. En Nouvelle-Zélande et en Australie, le nombre de cas et de décès a été relativement faible, en partie grâce à l'application et au respect rigoureux des mesures de santé publique^{30,31,36}. Cependant, la pandémie de COVID-19 a eu des effets importants au niveau mondial sur l'éducation des enfants et des jeunes et sur les personnes en quête d'équité, en raison de facteurs tels que l'appartenance ethnique, l'âge et l'économie^{32,37-39}.

L'OMS a déclassé la pandémie de COVID-19 du statut d'urgence sanitaire mondiale le 5 mai 2023²⁸ et la plupart des restrictions liées à la COVID-19 ont alors été levées à l'échelle mondiale. Les signalements de cas et de décès ont grandement diminué entre la mi-2022 et le début de l'année 2023⁴⁰⁻⁴⁴. Cependant, la COVID-19 n'a pas disparu – plusieurs milliers de cas et environ 70 décès sont encore signalés chaque semaine au Canada²¹. Les effets durables de la pandémie persisteront pendant un certain temps encore, notamment le syndrome post-COVID (COVID longue), les effets sur la santé mentale tels que la dépression et le stress post-traumatique, et les pressions exercées sur les systèmes de santé et de soins sociaux⁴⁵. Une réduction de l'espérance de vie attribuable à la COVID-19 a également été constatée dans 75 % des pays de l'OCDE³.

Le contexte démographique des établissements de SLD au Canada

Comme les projections l'indiquent depuis de nombreuses années, la proportion de la population canadienne âgée de plus de 65 ans augmente rapidement. Selon certaines estimations, elle atteindra 25 % d'ici 2051⁴⁶. Le nombre de Canadiens âgés de 65 ans et plus a augmenté à un taux de 18,3 % entre 2016 et 2021⁴⁷. Au fur et à mesure qu'augmentera l'espérance de vie et que les soins médicaux progresseront, de plus en plus de personnes vivront plus longtemps – et feront partie de la population âgée pendant plus longtemps⁴⁷. Le nombre de Canadiens âgés de 85 ans et plus a augmenté de 12 % entre 2016 et 2021, ce qui représente plus du double de la croissance de l'ensemble de la population canadienne (5,2 %)⁵¹. Selon les prévisions, la population des Canadiens âgés de 85 ans et plus pourrait atteindre 2,7 millions de personnes d'ici 2050⁴⁹.

Bien que la prévalence de la démence semble se stabiliser, l'âge constitue le principal facteur de risque de développer une démence. La Société Alzheimer du Canada prévoit que le taux de Canadiens de 65 ans et plus atteints de démence atteindra 13,2 % d'ici 2050⁵⁰. Le nombre de personnes ayant une fragilité est également en augmentation : on s'attend à ce que 2 millions de Canadiens vivent dans un état de fragilité vers 2025^{51,52}. La démence et la fragilité, mais surtout la démence, sont les principaux facteurs d'admission dans les établissements de SLD^{3,53-55}.

D'autres tendances démographiques et de population influenceront également l'avenir des SLD au Canada. La structure des familles évolue, la famille nucléaire des 70 dernières années n'étant plus aussi répandue⁵⁶. La taille moyenne de la famille canadienne diminue : elle est passée de 4,2 personnes en 1931 à 2,9 personnes en 2021⁵⁷. Cette évolution est en partie due à la baisse du taux de fécondité, qui devrait passer de 2,3 naissances par femme en 2021 à 2,1 en 2051⁵⁸. Les projections indiquent que, combinée à d'autres changements socioéconomiques, cette baisse de la fécondité entraînera une réduction de 30 % de la disponibilité des aidants non rémunérés, tels que les membres de la famille, d'ici à 2050 au Canada^{46,59}. La composition des familles évolue également en raison de l'augmentation du taux de divorce et on compte de plus

en plus de ménages à une ou deux personnes et de familles monoparentales⁶⁰. L'éloignement géographique et l'augmentation du coût de la vie diminuent également la capacité des membres de la famille de jouer le rôle d'aidants naturels auprès des personnes âgées. Cette situation est de plus en plus fréquente, car les enfants adultes s'éloignent suivant des tendances liées à la mondialisation, à l'urbanisation et à mobilité croissante de la main-d'œuvre, entre autres facteurs^{3,61,62}. Collectivement, ces tendances feront que la personne âgée typique ne disposera pas du même système de soutien social de proches aidants géographiquement proches qu'elle a pu avoir dans le passé. Et à mesure que la complexité de l'état de santé des aînés, par exemple avec l'évolution de la démence, les soins requis par certains deviennent également très complexes et de plus en plus difficiles à prodiguer ou à obtenir à domicile.

La tendance récente du *vieillir chez soi (vieillesse sur place)* est attrayante pour la plupart des Canadiens âgés, en particulier à la lumière des conditions et événements choquants qui ont eu lieu dans les établissements de SLD au cours de la pandémie de COVID-19⁶³. Comme davantage de services de SLD sont disponibles à domicile ou dans la communauté et qu'un plus grand nombre de personnes âgées choisissent de vieillir à domicile le plus longtemps possible, les gens entreront en établissement de SLD de plus en plus tard au cours de leur trajectoire de vieillissement et auront en conséquence des besoins sociaux et médicaux plus importants et plus complexes⁶⁴. Nous assistons à une compression du niveau d'acuité des problèmes de santé, du niveau de dépendance des résidents et de la complexité de l'état des personnes en fin de vie dans les établissements de SLD. Ces phénomènes s'accompagnent d'un grave déséquilibre entre les besoins en soins, d'une part, et le nombre, la répartition et la préparation des travailleurs des établissements de SLD, d'autre part, par exemple sur le plan de la formation et des compétences⁶⁰.

Ces tendances démographiques se traduiront également par des augmentations substantielles du coût des SLD au Canada. Au Canada, les SLD ont été dangereusement sous-financés pendant des décennies et doivent faire l'objet d'un rattrapage important et crucial. Selon les estimations, les aidants naturels fournissent chaque année des soins d'une valeur de 24 à 31 milliards de dollars⁶⁵. La prise en charge de ces services non rémunérés par le secteur public ferait passer le coût annuel des SLD de 22 milliards de dollars en 2019 à 98 milliards de dollars en 2050^{46,66}. En l'absence de mesures de financement appropriées, les Canadiens devront payer de leur poche d'autres dépenses, ce qui désavantagera gravement de nombreuses personnes âgées qui ont des revenus limités et fixes et qui ne disposent pas d'économies suffisantes pour absorber le coût élevé des services privés⁴⁶. En l'absence de mesures de financement approprié, la mise en œuvre adéquate des nouvelles normes canadiennes en matière de SLD^{67,68}, détaillées dans la section 3 du présent rapport, ne restera qu'un vœu pieux et restera hors de portée pour la plupart des établissements de SLD. Les 3 milliards de dollars alloués dans le budget 2021 pour leur mise en œuvre, bien qu'importants, sont loin d'être suffisants. De plus, le mécanisme permettant de garantir que les fonds serviront à la mise en œuvre des normes n'est pas clair.

Ces tendances révèlent que les services de SLD resteront essentiels pour de nombreuses personnes vieillissantes et que les facteurs actuels sont en train de modifier les caractéristiques des résidents des établissements SLD. Il faudra davantage de ressources, et non moins, pour desservir les personnes qui ont besoin de ce niveau de soins.

Section 2 – Impact de la COVID-19 sur un système de SLD déjà lourdement hypothéqué

Dégradation de l'état des résidents

Au-delà des conséquences directes du virus SRAS-COV-2, les mesures de santé publique limitant sévèrement les visites ont eu un impact important sur les résidents des établissements de SLD. Les restrictions de visites variaient d'une province et d'un territoire à l'autre et ont évolué rapidement au cours de la pandémie. Les principales différences entre les politiques de restriction de visites concernaient le nombre de visiteurs autorisés, la fréquence des visites autorisées, l'obligation de vaccination des visiteurs et les exigences relatives au port du masque⁶⁹. Il est désormais manifeste que l'isolement imposé par ces restrictions sévères a eu un impact catastrophique sur les résidents, leurs familles et le personnel. Au cours de la première vague de la pandémie, 11 % des résidents des établissements de soins de longue durée au Canada n'ont eu aucun contact avec leurs amis ou leur famille, soit presque trois fois plus qu'en 2019 (4 %) ⁷⁰. Des rapports ont fait état d'une augmentation des taux de solitude, de dépression, d'agitation et de nervosité, ainsi que de résidents se sentant « emprisonnés » ou « enfermés » ⁷⁰⁻⁷⁵. Parmi les autres effets subis par les résidents, citons la réduction des fonctions cognitives, le refus de s'alimenter, la perte de masse musculaire, la diminution des activités de la vie quotidienne et la surmortalité ^{76,77}. Les résidents atteints de démence et d'autres déficiences cognitives ont été confrontés au fardeau supplémentaire de ne pas comprendre pourquoi des restrictions leur avaient été imposées ou pourquoi la famille et les amis ne pouvaient pas leur rendre visite ⁷⁷.

Les résidents des établissements de SLD ont été privés de soins non urgents, notamment de physiothérapie, de programmes d'activité physique et de consultations en personne avec un médecin généraliste ^{3,70}. Ils ont également perdu l'accès à des activités sociales et aux heures de repas en commun. Les vaccins ont atténué ces perturbations, mais les conséquences de ces restrictions étaient peut-être déjà irréversibles : déclin fonctionnel et cognitif, dégradation de la santé mentale et physique, aggravation de la solitude et de l'isolement social, aggravation des comportements réactifs et utilisation accrue de médicaments tels que les antipsychotiques et de la contention ^{78,79}.

L'une des stratégies utilisées pour tenter d'atténuer les effets des restrictions de visites fut la technologie, notamment les appels vidéo. Les études sur l'utilisation des appels vidéo dans les établissements de SLD indiquent qu'ils peuvent contribuer à promouvoir le maintien des liens sociaux et le bien-être et à prévenir l'isolement social et la solitude ^{80,81}. Toutefois, des problèmes d'accès, de littératie numérique, de personnel pour soutenir les appels vidéo et certaines contraintes d'infrastructure ont limité la capacité de certains établissements de SLD de recourir à cette technologie ^{80,82}. Peu de recherches ont été menées sur les interventions numériques telles que les appels vidéo, de sorte que la mesure dans laquelle la technologie peut suppléer aux interactions en personne n'est pas encore très claire ⁸³.

Personnes âgées sans domicile

Au moins 235 000 Canadiens sont confrontés au manque d'accès à un logement au cours d'une année, et 25 % d'entre eux sont des adultes de plus de 50 ans ⁸⁴. Un rapport de 2021 sur la ville de Toronto a conclu que 37 % des personnes sans logement de cette ville étaient âgées de plus de 50 ans. Les données nationales montrent que les adultes de plus de 50 ans ⁸⁵ représentent le seul groupe d'âge pour lequel l'utilisation des refuges publics a augmenté, même en tenant compte

de la proportion d'adultes plus âgés au Canada⁸⁴. De 2009 à 2022, le nombre de personnes âgées sans logement a doublé à Toronto⁸⁶. Rien qu'à Toronto, en 2023, plus de 35 000 demandes de logements sociaux faites par des aînés⁸⁷ sont en cours de traitement. Les causes du manque de logement chez les personnes âgées sont multiples. On pourrait notamment citer le coût prohibitif de se loger, le manque de logements abordables, la détérioration de la santé physique et mentale, la toxicomanie, la perte d'un partenaire, la violence et les abus, l'isolement social et l'incapacité d'accéder aux prestations ou la méconnaissance de la manière d'y arriver⁸⁶.

Les problèmes gériatriques (troubles fonctionnels, chutes, incontinence urinaire) sont plus fréquents chez les personnes âgées sans logement que chez celles qui sont adéquatement logées. La prévalence de ces problèmes est même plus élevée que chez les adultes bien logés qui ont **20 ans de plus**⁸⁸. Un rapport de 2023 a révélé qu'un tiers des personnes rencontrées dans le cadre des services gériatriques de proximité à Toronto répondaient aux critères d'accès à des SLD, mais que seulement 5 % des personnes orientées vers ces services étaient acceptées⁸⁹. Dans les années à venir, un nombre croissant de personnes âgées auront besoin de logements plus abordables, de services gériatriques et sociaux plus appropriés et d'une plus grande offre de SLD. Compte tenu de l'impact disproportionné qu'ont la COVID-19 et la plupart des catastrophes sur les personnes en quête d'équité, telles que les personnes âgées, il est urgent d'améliorer les déterminants sociaux et moraux de la santé (encadré 1) si nous voulons être mieux préparés à affronter les crises futures.

Les familles et les partenaires de soins essentiels incapables d'être présents

Les familles et les partenaires de soins essentiels des personnes vivant dans des établissements de SLD ont été affectés par la pandémie. Les familles et les partenaires de soins essentiels accompagnent les résidents et jouent un rôle important dans la prestation

Encadré 1. Déterminants sociaux et moraux de la santé

Déterminants sociaux de la santé

- Revenu et filet social
- Éducation
- Chômage et précarité d'emploi
- Conditions de vie au travail
- Insécurité alimentaire
- Logement, équipements de base et milieu de vie
- Développement au cours de la petite enfance
- Inclusion sociale et non-discrimination
- Conflits structurels
- Accès à des services de santé abordables et de qualité décente

Tiré de : WHO. *Social determinants of health*. 2023. https://www.who.int/health-topics/social-determinants-of-health#tab=tab_1

Déterminants moraux de la santé

- La solidarité sociale, c'est-à-dire le fait que les individus d'une collectivité ou d'un pays puissent compter les uns sur les autres pour accéder aux éléments de base d'une vie saine, soutenue par un gouvernement qui accorde la priorité à l'amélioration de la santé
- La ratification au niveau national des traités de la communauté internationale relatifs aux droits de la personne
- Les soins de santé en tant que droit humain fondamental
- La reconnaissance des changements climatiques et les actions menées dans ce domaine
- La réforme du système de justice pénale
- La réforme des lois sur l'immigration dans un esprit de compassion
- La fin de la faim et du sans-abrisme
- Le maintien de l'ordre, de la dignité et de l'équité par les institutions démocratiques

Tiré de : Berwick D. The Moral Determinants of Health. *Journal of the American Medical Association* 2020;324(3):225–226. doi:10.1001/jama.2020.11129

des soins⁹⁰. Dans les pays de l'OCDE, 13 % des personnes de 50 ans et plus fournissent des soins non rémunérés quotidiennement ou hebdomadairement⁹¹. Au début de la pandémie, les médias nationaux canadiens ont fait part du dilemme auquel étaient confrontées les familles, qui devaient décider s'il valait mieux garder leurs proches dans un établissement de SLD, où ils couraient un risque élevé de contracter la COVID-19, ou les transférer dans une résidence familiale, où ils risquaient de ne pas avoir accès à tous les soins nécessaires⁹²⁻⁹⁵. À mesure que la pandémie progressait, les médias ont fait état des déchirements, de la joie, de la colère et de la confusion qu'ont vécus les familles face aux changements et à l'évolution des règles de visites⁹⁶⁻⁹⁹. Lorsque les établissements de SLD ont commencé à rouvrir leurs portes, certains membres des familles ont été ravis de pouvoir voir leurs proches et de leur parler sans qu'une fenêtre ne les sépare. D'autres étaient en colère ou déçus que seules les personnes répondant à certains critères soient autorisées à leur rendre visite et que les règles de distanciation soient maintenues. D'autres ont été bouleversés par le déclin physique et mental qu'ils ont constaté chez leurs proches depuis le début de la pandémie^{95,99-103}. Bien que peu d'études systématiques aient été faites sur l'impact des restrictions de visites, celles dont nous disposons décrivent les effets négatifs des restrictions sur les membres des familles et les partenaires de soins essentiels, notamment l'augmentation des niveaux d'inquiétude, d'anxiété et de détresse et la diminution du bien-être psychosocial^{74,75,77}. Les soins de fin de vie ont également dû être modifiés, les familles et les partenaires de soins essentiels ne pouvant être physiquement présents et les processus de deuil ayant été altérés pour la famille et le personnel^{104,77}.

Une main-d'œuvre mise à rude épreuve

La COVID-19 a également eu des effets disproportionnés sur la main-d'œuvre des établissements de SLD, une forte proportion des travailleurs affectés aux points de service étant issus de groupes en quête d'équité^{3 105 106}. Ces travailleurs ont dû faire face à d'importants changements dans leurs activités quotidiennes tout en subissant l'effet de pressions considérables sur le plan de la santé mentale. Nous savons que les conditions de travail, la santé mentale et le bien-être du personnel et des gestionnaires des établissements de SLD étaient médiocres avant la pandémie, et que ces conditions se sont aggravées avec l'apparition de la COVID-19¹⁰⁷⁻¹¹⁰.

Chez le personnel de la santé en général, la prévalence de la dépression, de l'anxiété, de l'épuisement professionnel, de l'insomnie et du stress post-traumatique a augmenté par rapport aux niveaux antérieurs à la pandémie et s'est accrue à mesure que la pandémie progressait¹⁰⁷⁻¹⁰⁹. Toutefois, les travailleurs des établissements de SLD dans les pays de l'OCDE ont déclaré souffrir de stress, d'anxiété et de dépression à un taux supérieur d'un point de pourcentage à celui de l'ensemble des employés^{105 106 108 110}. Partout dans le monde, le personnel des établissements de SLD a fait état d'un épuisement émotionnel, mental et physique accru, certains disant se sentir comme des « zombies » ou qu'ils « ne pouvaient plus en supporter davantage »¹⁰⁸. Les responsables des établissements de SLD ont également connu une détérioration statistiquement significative de leur santé mentale et une baisse de leur niveau de satisfaction au travail¹⁰⁷.

Les travailleurs des établissements SLD ont déclaré être beaucoup plus exposés aux risques pour la santé mentale (~66 %) que les employés en général (43 %) à cause de la nature de leur travail : charge de travail élevée, plus grande intensité du travail, menaces de violence et exposition à la violence verbale, à l'humiliation, à l'intimidation et au harcèlement¹⁰⁵. Au-delà de ces risques, en particulier au cours des premiers mois de la pandémie, les travailleurs des établissements de SLD

se sont dits préoccupés par des questions comme la présence de la COVID-19 ou le risque de la contracter, l'accès aux EPI et leur utilisation, l'augmentation la charge de travail découlant du manque de personnel et la diminution des heures de travail imposée par les politiques du « lieu de travail unique »⁹⁶⁻¹¹³. Ils étaient également inquiets de contaminer leurs proches à cause de leurs contacts avec les résidents atteints de COVID-19, d'être confrontés au décès de résidents, de voir leurs conditions de travail se dégrader en raison des restrictions liées à COVID-19, et de perdre leur sécurité d'emploi^{109,111-113}. Les restrictions de visites imposées aux familles ont également eu des effets négatifs sur le personnel des établissements de SLD : détresse émotionnelle accrue, préjudice psychologique et épuisement professionnel en raison de l'augmentation de la charge de travail, deuil et la crainte d'être infecté^{74 106 115}.

À l'échelle mondiale, les estimations relatives au roulement de personnel allaient dans un sens ou dans l'autre, certains pays ayant relevé un taux de roulement perçu plus élevé et d'autres un taux total réduit¹⁰⁵. Dans les pays de l'OCDE, les travailleurs des établissements de SLD ont plus souvent une courte durée d'emploi (<12 mois) que les autres salariés¹⁰⁵. Environ la moitié des travailleurs des établissements de SLD ont une durée d'emploi supérieure à 60 mois, contre plus de 60 % des infirmières et du personnel soignant des autres secteurs de la santé¹⁰⁵. Le personnel et les gestionnaires des établissements de SLD ont également signalé des taux élevés d'intention de quitter leur emploi^{3,107}. Au cours de la période 2019-2020, 4 % des travailleurs du secteur ont déclaré chercher activement un autre emploi – un taux supérieur d'un point de pourcentage complet à celui du personnel infirmier et des soignants de première ligne des autres secteurs de la santé^{105,107}. Au Canada, les données de l'Institut canadien d'information sur la santé indiquent qu'il y aurait eu une diminution de 2,2 % du nombre d'infirmières et infirmiers autorisés fournissant des soins directs dans les établissements de SLD entre 2020 et 2 021 ¹¹⁶.

Section 3 – Progrès réalisé dans la mise en œuvre des recommandations du rapport Rétablir la confiance de 2020

Nous avons formulé 9 recommandations en 2020. Parmi celles-ci, une a été mise en œuvre (✓ **vert**), 4 ont été partiellement mises en œuvre à un certain niveau (♦ **jaune**), et 4 n'ont pas été mises en œuvre à notre connaissance (● **rouge**).

● **Recommandation 1** : Le gouvernement fédéral devrait immédiatement lancer une évaluation pancanadienne exhaustive, fondée sur des données probantes, sur des normes nationales qui pourraient régir *le niveau et la composition des effectifs* œuvrant dans les établissements de SLD, et devrait ensuite prendre les mesures qui s'imposent.

✓ **Recommandation 2** : Le gouvernement fédéral devrait établir et voir à l'application de normes nationales pour les établissements de SLD, normes qui établiraient (a) les exigences en matière de formation et de ressources nécessaires à la lutte contre les infections, y compris en ce qui concerne l'utilisation optimale de l'équipement de protection individuelle, ainsi que (b) les modalités de renforcement des effectifs et de limitation des visites pendant les épidémies.

♦ **Recommandation 3** : Les gouvernements provinciaux et territoriaux, appuyés par de nouveaux fonds du gouvernement fédéral, devraient immédiatement mettre en place des normes appropriées de rémunération et de conditions de travail, notamment en matière de congés de maladie, pour la main-d'œuvre non réglementée des préposés aux bénéficiaires et des préposés aux services de soutien à la personne, laquelle est considérable et essentielle.

◆ **Recommandation 4** : Les gouvernements provinciaux et territoriaux devraient offrir des emplois à temps plein avec avantages sociaux à l'ensemble du personnel non réglementé et du personnel soignant réglementé. Ils devraient de plus évaluer les conséquences qu'aurait pour les établissements de SLD l'application d'une politique du « lieu de travail unique », laquelle est actuellement appliquée dans plusieurs établissements de SLD, et les conséquences également d'une telle politique sur la qualité des soins fournis dans d'autres milieux de SLD, tels que les résidences pour personnes âgées, les hôpitaux et les résidences personnelles.

● **Recommandation 5** : Les gouvernements provinciaux et territoriaux devraient établir et mettre en œuvre (a) des normes minimales de scolarisation pour le personnel non réglementé qui fournit les soins de première ligne dans les établissements de SLD, (b) des normes de formation continue pour le personnel de première ligne non réglementé et réglementé des établissements de SLD et (c) des normes de formation et d'orientation pour toutes les personnes placées dans des établissements de SLD par des agences privées.

● **Recommandation 6** : Pour atteindre ces objectifs de scolarisation et de formation, les gouvernements provinciaux et territoriaux devraient soutenir des réformes éducatives concernant les spécialisations en SLD, qui s'adresseraient à tous les fournisseurs de soins directs, aux préposés aux bénéficiaires, aux professionnels de la santé et des services sociaux, ainsi qu'aux gestionnaires et aux directeurs des soins des établissements de SLD.

◆ **Recommandation 7** : Les gouvernements provinciaux et territoriaux, avec le soutien financier du gouvernement fédéral, devraient offrir un soutien en santé mentale à tout le personnel des établissements de SLD.

◆ **Recommandation 8** : Le soutien fédéral accordé au secteur des SLD devrait être rattaché à des exigences relatives à la collecte de données pour tous les domaines qui sont pertinents pour une gestion et un soutien efficace des établissements de SLD et de leurs effectifs.

● **Recommandation 9** : La collecte des données devrait être transparente et effectuée par des organismes indépendants *du secteur des SLD et des gouvernements*.

Dans le tableau 1 de l'annexe 3, nous fournissons un aperçu des rapports provinciaux et territoriaux produits récemment sur leurs normes de SLD et les impacts de la COVID-19. Dans le tableau 2 de l'annexe 3, nous résumons les mesures fédérales, provinciales et territoriales que nous avons identifiées comme répondant à une ou plusieurs des neuf recommandations de notre rapport *Rétablir la confiance* de 2020. Les mesures présentées dans le tableau 2 sont tirées d'examens accessibles au public réalisés par les provinces et territoires sur les SLD et de budgets fédéraux. Lorsque nous n'avons trouvé aucune mesure répondant à une recommandation particulière dans les rapports accessibles au public, nous l'avons indiqué dans le tableau 2. L'annexe 3 ne rapporte pas tous les rapports et toutes les mesures prises au niveau provincial, territorial ou fédéral, mais elle offre une vue d'ensemble de la situation dans le pays.

En 2020, dans le rapport *Rétablir la confiance*, nous avons demandé que soit établi un moratoire sur les nouveaux rapports et examens des établissements de SLD – plus de 100 avaient été publiés au cours des 50 dernières années. Ils ont tous dit essentiellement la même chose. Une ou deux recommandations de chacun d'entre eux ont été mises en œuvre, puis chaque rapport a été tabletté et relégué aux oubliettes. En 2020, nous avons soutenu que **nous en savions déjà assez pour agir** et pour apporter les changements et les améliorations importants requis dans les établissements de SLD au Canada pour protéger ce secteur contre certains des pires effets de la COVID-19. Cela n'a pas été fait. Depuis le début de la pandémie, 31 autres rapports (tableau

1) ont été publiés rien qu'au Canada sur la question de la COVID-19 dans les établissements de SLD¹¹⁷⁻¹⁴⁴ ou sur les problèmes cruciaux associés, notamment la crise de la main-d'œuvre^{19,145} et la collecte de données¹⁴⁶. En août 2023, les provinces de Terre-Neuve, du Nouveau-Brunswick et de la Saskatchewan avaient également entrepris des examens¹⁴⁷⁻¹⁴⁹.

Nous avons maintenant accumulé encore plus de données probantes, et il ne fait aucun doute que d'autres s'ajouteront. Dans certains domaines plus pointus, un rapport ou une étude pourra être utile, mais il faudrait maintenant songer à **passer à l'action et cesser de multiplier les rapports**.

Le progrès le plus important réalisé au Canada au niveau fédéral au cours des trois dernières années est l'élaboration remarquablement rapide de deux **robustes normes nationales sur les SLD** et l'allocation initiale de 3 milliards de dollars dans le budget 2021 pour aider les provinces et les territoires à mettre en œuvre ces normes¹⁵⁰. Les deux normes sont les suivantes : (1) la norme de la CSA sur la prévention et le contrôle des infections, la conception des bâtiments et l'exploitation des établissements⁶⁷ et (2) la norme de l'Organisation des normes en santé (HSO) visant à assurer des soins sécuritaires, fiables et de haute qualité⁶⁸. La norme de la CSA est entièrement nouvelle, tandis que celle de l'Organisation des normes en santé est une révision d'une norme existante, mais appliquée uniquement cette fois aux services de SLD^{67,68}. Toutes deux ont été élaborées dans le cadre d'une concertation approfondie avec les groupes intéressés, notamment les résidents des établissements de SLD, leurs familles et les partenaires de soins essentiels, ainsi que la main-d'œuvre des établissements de SLD^{67,68}. Ensemble, les comités techniques des deux normes ont sollicité et reçu les commentaires de plus de 18 800 Canadiens par le biais de sondages, de cahiers d'enquête, d'assemblées publiques, de visites virtuelles de résidents d'établissements de SLD, de séances d'information publiques et de consultations de travailleurs de première ligne^{67,68}.

Mesures prises par le gouvernement fédéral pour donner suite aux recommandations de la note de breffage Rétablir la confiance (annexe 3, tableau 2)

Le gouvernement fédéral a pris des mesures pour donner suite à plusieurs des recommandations de *Rétablir la confiance*.

Rémunération et avantages (recommandation 3). Le gouvernement fédéral a alloué 50 millions de dollars sur 5 ans pour développer et tester des moyens de renforcer l'épargne-retraite des aides-soignants et des préposés aux bénéficiaires, 1,7 milliard de dollars sur 5 ans pour soutenir l'augmentation du salaire horaire des aides-soignants et des préposés aux bénéficiaires ainsi que des membres des professions connexes, et 115 millions de dollars sur 5 ans pour étendre le Programme de reconnaissance des titres de compétences étrangers afin de réduire les obstacles à l'immigration des professionnels de la santé formés à l'étranger^{151,152}.

Soutien à la santé mentale (recommandation 7). Le gouvernement fédéral s'est engagé à verser 100 millions de dollars sur 3 ans, à compter de 2021-2022, pour soutenir des initiatives en matière de santé mentale destinées au personnel des établissements de SLD touché de manière disproportionnée par la COVID-19, ainsi que le financement d'un certain nombre de services de santé mentale et de bien-être et de prévention du suicide¹⁵¹.

Exigences en matière de données (recommandation 8). Les mesures limitées prises pour donner suite à cette recommandation comprennent l'octroi de 505 millions de dollars aux partenaires fédéraux pour l'élaboration d'indicateurs, l'amélioration des outils de collecte et d'analyse des données et le soutien des efforts visant à mettre à profit les données pour améliorer la sécurité et

la qualité des soins de santé. Sur une période de six ans, Statistique Canada recevra 41,3 millions de dollars pour améliorer l'infrastructure et la collecte des données¹⁵¹.

Mesures prises par les gouvernements provinciaux et territoriaux pour donner suite aux recommandations de la note de breffage Rétablir la confiance (annexe 3, tableau 2)

Les mesures prises comprennent le financement de postes à temps plein dans le secteur des SLD (**recommandation 4**) et le financement de l'accès aux programmes de soutien au bien-être (**recommandation 7**)^{117,128}. Cependant, il existe une grande variabilité entre les provinces dans de domaine et les provinces n'ont pas toutes explicité les types et les montants de financement qui seront fournis. Nous n'avons trouvé aucune mesure dans les rapports accessibles ayant trait à l'élaboration et au financement de programmes d'éducation et de formation continues (**recommandation 5**), à une réforme de l'enseignement ayant pour but de fournir une spécialisation en SLD à tous les prestataires de soins directs (**recommandation 6**), ou à la collecte transparente et indépendante de données (**recommandation 9**).

Autres réponses fédérales, provinciales et territoriales à la COVID-19 ayant un impact sur les SLD

La réponse du gouvernement fédéral a consisté à obtenir rapidement des quantités suffisantes de **vaccins contre la COVID-19** pour le Canada, suivant une liste de groupes prioritaires, et à mettre en place une solide stratégie nationale de distribution¹⁵³. Les provinces ont également organisé des programmes intensifs d'administration de vaccins, d'abord pour les populations hautement prioritaires, puis pour l'ensemble de la population. Le gouvernement fédéral a alloué 50 millions de dollars à l'Agence de santé publique du Canada pour soutenir les opérations de la Réserve stratégique nationale d'urgence, dont les **fournitures** peuvent être demandées par les provinces et les territoires en cas d'événements majeurs de santé publique tels que des catastrophes naturelles ou des épidémies de maladies infectieuses¹⁵².

À l'automne 2020, le gouvernement fédéral a annoncé un investissement d'un milliard de dollars pour la création d'un **Fonds pour la sécurité des soins de longue durée**, conçu pour aider les provinces et les territoires à protéger les personnes vivant et travaillant dans les établissements SLD et à améliorer les mesures de prévention et de contrôle des infections dans ces établissements^{154,155}. Les provinces et les territoires ont reçu un financement sous réserve de fournir un plan de dépenses détaillé et de faire état des investissements gouvernement fédéral à la fin de 2021 ou au début de 2022 pour recevoir un soutien par l'intermédiaire de ce Fonds^{154,156}.

En juillet 2023, le gouvernement fédéral a lancé des processus de concertation avec les parties prenantes et le public afin d'élaborer une **Loi sur les soins de longue durée sécuritaires**¹⁵⁷. Une loi fédérale de ce type – si sa mise en œuvre est adéquatement financée et si le financement et la reddition de compte nécessaires sont mis en place – pourrait contribuer grandement à l'instauration de changements positifs majeurs. Pour l'instant, le gouvernement fédéral a déclaré qu'il n'imposerait pas l'application des nouvelles normes nationales en matière de SLD¹⁵⁸ et ne s'est pas non plus engagé à verser des transferts de fonds suffisamment importants pour assurer une mise en œuvre généralisée des nouvelles normes. Il s'est engagé à financer la stabilité de la main-d'œuvre, notamment par le biais de compléments de salaire et d'améliorations des conditions de travail, par exemple sur le plan des ratios personnel/résidents et des heures de

travail. Il s'est également engagé à renforcer l'application de la réglementation, entre autres en voyant au respect des normes d'accréditation et à la réalisation d'inspections régulières.

Dans l'ensemble, nous considérons avec un optimisme (très) prudent l'état des actions visant directement à transformer le secteur des SLD. Des progrès ont été réalisés depuis le début de la pandémie, mais ils sont insuffisants. Cela s'explique en partie par le fait que les établissements de SLD avaient de graves lacunes avant même la pandémie. Il est trop tôt pour accorder au gouvernement fédéral ou aux provinces la note de passage, et il est très probable que certaines provinces réussiront à accélérer leurs plans tandis que d'autres prendront beaucoup plus de temps. Si le gouvernement fédéral agit promptement, il pourra à la fois aider les résidents des établissements de SLD et éviter que les provinces ou territoires moins proactifs prennent un retard disproportionné.

Section 4 - Allant de l'avant

Résilience et préparation

Nous identifions ici les domaines clés où des mesures urgentes doivent être prises pour (1) renforcer la résilience du secteur des SLD et (2) assurer la préparation aux urgences futures. Ces urgences futures peuvent comprendre les maladies transmissibles, les incidences des changements climatiques telles que les incendies et les inondations, le bioterrorisme, la guerre et les événements imprévus. Il est urgent de bien se préparer aux éventuels événements, quelle qu'en soit la portée. Les événements ayant un impact sur le secteur des SLD peuvent être d'envergure mondiale, comme la COVID-19, les événements climatiques majeurs et les migrations climatiques massives. Ils peuvent être régionaux, comme de nombreux événements climatiques et certaines catastrophes de moindre ampleur. Ils peuvent être plus localisés, comme l'incendie de l'établissement de SLD de L'Isle-Verte. La résilience est un élément essentiel d'une bonne préparation. Le rapport de 2023 de l'OCDE intitulé *Ready for the Next Crisis? Investing in Health System Resilience (Prêts pour la prochaine crise? Investir dans la résilience des systèmes de santé)* évalue la réponse des pays à la COVID-19 dans tous les secteurs de la santé en se basant sur le cycle de perturbation (figure 3, encadré 2). Le rapport identifie les phases du cycle qui ont été les plus dysfonctionnelles et à quel moment elles sont survenues. Les établissements de SLD et le secteur des SLD n'étaient manifestement **pas préparés**, n'ayant presque aucune capacité à absorber le choc de la COVID-19 en raison de leurs lacunes préexistantes et des décennies de négligence dont ils ont fait l'objet.

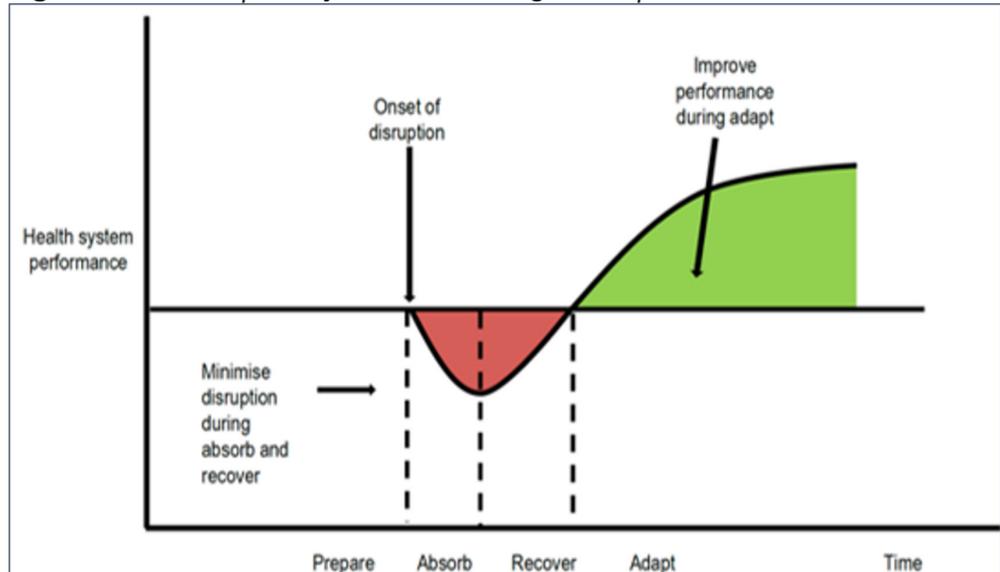
Les établissements de SLD **continuent d'éprouver de la difficulté à se rétablir**, en grande partie à cause de l'extrême pénurie de main-d'œuvre qui sévit et de plusieurs lacunes importantes. Il n'est pas certain qu'ils pourront s'adapter. Il est clair que **pour s'adapter et se préparer** à un autre événement majeur, le secteur des SLD au Canada devra : (1) corriger les lacunes préexistantes, (2) renforcer sa capacité à réagir aux événements majeurs (résilience) et (3) surtout, se rétablir. Et ce rétablissement *ne devra pas* prendre des décennies. Il faudra y mettre du temps et des investissements importants, mettre en place une stratégie à long terme et avoir la ferme volonté de mettre en œuvre cette stratégie. Cela ne sera possible que grâce à une coopération fédérale, provinciale et territoriale, à de nouveaux fonds et à une détermination inébranlable à atteindre l'objectif commun. La réussite profitera à tous et renforcera la performance de toutes les régions du pays.

Le coût de **l'inaction** sera élevé.

Cycle de perturbation, phase 1 : Préparation – corriger les lacunes préexistantes

Parmi les multiples domaines dans lesquels les établissements de SLD avaient des lacunes avant la COVID-19, citons (1) la dotation, (2) les données (et les interventions menées en réponse aux données et la reddition de compte associée à la performance évaluée en fonction des données), (3) l'intégration des différentes parties du système de santé et la coopération entre elles, (4) l'absence quasi

Figure 3. The disruption cycle: The four stages of representation over time.



Adapted from OECD (2019), “Resilience-based Strategies and Policies to Address Systemic Risks”, [https://www.oecd.org/naec/averting-systemic-collapse/SG-NAEC\(2019\)5_Resilience_strategies.pdf](https://www.oecd.org/naec/averting-systemic-collapse/SG-NAEC(2019)5_Resilience_strategies.pdf), and National Research Council (2012), Disaster resilience: A national imperative, <https://doi.org/10.17226/13457>.

totale de prévention primaire et de promotion de la santé pour favoriser le maintien des personnes âgées à domicile et dans la communauté le plus longtemps possible, et (5) toute prise en compte tangible des déterminants sociaux (pauvreté, logement, éducation, stabilité climatique, etc.) et moraux (équité, inclusion) de la santé.

De nombreux rapports et documents importants ont été et seront publiés sur ces lacunes³. Si la plupart des lacunes préexistantes sont adéquatement comblées, il sera davantage possible d'absorber les futurs chocs (quels qu'ils soient). De même, le rétablissement sera possible et plus efficace.

Encadré 2. Le cycle de perturbation

Le cycle de perturbation comprend 4 phases (figure 3) :

- La phase de **préparation** inclut les mesures prises par le système de santé et les établissements associés pour planifier et préparer les fonctions et caractéristiques essentielles pour éviter et atténuer un univers de chocs potentiels. Elle s'effectue avant la perturbation.
- **L'absorption** est la capacité du système de santé à maintenir ses fonctions essentielles et à absorber les conséquences d'un choc aigu ou d'un stress prolongé sans s'effondrer. Il s'agit de limiter l'ampleur de la perturbation et d'en minimiser l'impact sur la morbidité et la mortalité.
- Pendant la phase de **rétablissement**, le système de santé tente de restaurer les fonctions perdues aussi rapidement et efficacement que possible. Cette phase se caractérise également par le temps et les ressources qui doivent être mises pour que le système retrouve sa fonctionnalité après le choc.
- **L'adaptation** concerne la capacité du système de santé à « apprendre » et à améliorer sa capacité à absorber les chocs et à s'en remettre en se fondant sur l'expérience, réduisant ainsi l'impact des menaces similaires dans le futur. Elle sert de base à la planification et à la préparation du cycle suivant.

Reproduit avec permission.

La recommandation la plus urgente que nous avons formulée en 2020 concernait le **renforcement de la main-d'œuvre dans le secteur des SLD. Elle demeure la principale lacune urgente**. Si elle n'est pas comblée, les efforts visant à corriger les autres lacunes seront vains et l'objectif de rendre les établissements de SLD sécuritaires sera inatteignable.

Le problème **n'est pas** seulement le manque de personnel. Il est beaucoup plus profond, plus large et plus multidimensionnel. En bref, il reste quatre domaines dans lesquels il est urgent d'agir.

1. La main-d'œuvre en général

- L'offre, le recrutement, la formation et l'éducation
- La rétention de la main-d'œuvre
- La rémunération, y compris les avantages tels que les congés de maladie annuels de base, les pratiques de rémunération équitables et l'accès à des postes à temps plein

2. La dotation

- La composition des effectifs et le ratio entre les infirmières et les préposés aux bénéficiaires, les types et les proportions de professionnels paramédicaux (tels que les kinésithérapeutes, les ergothérapeutes, les orthophonistes et les ludothérapeutes, les assistants sociaux et le personnel pastoral), ainsi que le nombre et les ratios appropriés de personnel auxiliaire.
- Les heures de soins, l'un des rares domaines qui mériteraient que soit commandée une étude indépendante pour **évaluer les normes minimales d'heures de soins et de ratios de personnel nécessaires pour atteindre les objectifs déclarés en matière de soins**

3. L'attention au milieu de travail, puisque les conditions de travail déterminent les conditions de soins

- Des milieux de travail sécuritaires et stimulants, où s'épanouissent des équipes hautement fonctionnelles
- La réduction ou l'élimination de toutes les formes de discrimination, telles que les agressions liées à l'identité, les préjudices moraux, les agressions sexistes, ethniques et raciales, ainsi que d'autres attitudes et pratiques préjudiciables
- Une gestion compétente et bienveillante (assurée par des infirmières diplômées et des cadres)
- Une approche sécuritaire, qui tient compte des traumatismes, tant pour les soins fournis aux résidents que pour le fonctionnement du personnel

4. Données, mesures et reddition de compte

- Disponibilité de données de haute qualité – recueillies avec les mesures de protection appropriées et une certaine régularité – sur la qualité de vie des résidents et la qualité de vie au travail du personnel, par exemple sur la santé mentale et le bien-être, l'épuisement professionnel et la résilience. Les données sur la qualité des soins et l'état des résidents sont recueillies systématiquement dans la plupart des provinces et territoires canadiens, mais pas partout.
- Des mesures correctives et d'amélioration fondées sur les données. Les mesures prises sur la base des données recueillies constituent presque toujours le domaine où les systèmes de santé apprenants échouent. Les établissements de SLD et les gestionnaires de ce secteur, ainsi que le public, ont besoin d'un soutien important et approprié pour donner suite aux constats et doivent avoir accès en temps utile et facilement à des données présentées sous une forme exploitable.

- Des transferts fédéraux pour les ressources des SLD et des fonds octroyés en fonction de l'atteinte d'objectifs de performance acceptables et de la mise en œuvre des plans d'amélioration décidés.

Progrès récents dans la correction des lacunes préexistantes

Certaines provinces canadiennes ont fait des progrès. L'Alberta, par exemple, a adopté une nouvelle loi très complète sur les soins continus (Continuing Care), qui couvre tous les aspects des SLD. La Province est en voie de rédiger des règlements et de réviser ses normes en la matière. Elle est en train de réglementer le domaine de la main-d'œuvre des préposés aux bénéficiaires, en grande partie non réglementé, a aboli les chambres de SLD à quatre lits et s'applique à mettre en œuvre sa stratégie en accordant certaines ressources pour améliorer la santé mentale du personnel et réduire l'épuisement professionnel. Elle n'a pas atteint ses objectifs d'heures de soins directs. Elle est confrontée, comme l'ensemble des provinces et territoires à une situation caractérisée par de graves pénuries de main-d'œuvre, un personnel de soins directs insuffisamment formé et un niveau élevé de stress et de rotation chez les gestionnaires des soins.

La Nouvelle-Écosse est en train d'élaborer des trousseaux d'outils et des programmes de soins pour s'assurer que le personnel dispose de la formation pratique nécessaire pour répondre aux besoins des résidents. Elle est en train de mettre à jour sa réglementation et a octroyé des fonds pour augmenter le niveau de responsabilité des infirmières auxiliaires et des infirmières praticiennes dans les SLD. Elle s'applique à mettre en œuvre des stratégies visant à améliorer le recrutement et la rétention, notamment en finançant des postes à temps plein et en remboursant les frais de scolarité¹¹⁷. Les mesures à plus long terme en cours d'élaboration comprennent l'examen et la modernisation de la législation¹¹⁷.

En Ontario, des arbitres ont récemment jugé que la loi 124 (qui plafonnait les augmentations salariales des infirmières et autres travailleurs du secteur public à 1 % par an pendant trois ans) était inconstitutionnelle et ont accordé des augmentations salariales, bien qu'au moment de la rédaction du présent document, cette décision était toujours en appel¹⁵⁹. Le gouvernement de l'Ontario a également annoncé un investissement de 16,5 millions de dollars dans le *Learn & Earn Accelerated Program for Personal Support Workers in Long-Term Care* (Programme accéléré d'apprentissage et d'acquisition de compétences pour les préposés aux bénéficiaires des établissements de SLD). Ce programme formera les membres actuels du personnel des établissements de SLD pour qu'ils développent leurs compétences et deviennent des préposés aux bénéficiaires à plein titre, et contribuera à réduire les obstacles géographiques et financiers à la croissance professionnelle¹⁶⁰.

Bien que ces avancées (et d'autres) soient encourageantes, elles sont tout à fait insuffisantes pour remédier aux lacunes préexistantes – parce que ces lacunes sont très profondes. Une réforme en profondeur doit avoir lieu dans toutes les provinces et tous les territoires et dans toutes les régions.

Le personnel

Les recommandations actuelles mentionnent généralement la prestation d'un total de 4,1 heures de soins directs par jour pour chaque résident d'établissement de SLD, mais cette norme est basée sur des rapports américains datant de plus de 20 ans, rédigés à une époque où la population des résidents de SLD était sensiblement différente. Un récent rapport américain¹⁶¹

recommande un ratio de **4,1 à 7,68 heures de soins directs**, selon les besoins des résidents, et un niveau de 5 heures et plus pour la plupart des niveaux de soins. Ce document proposait également des **ratios** de personnel appropriés sur la base de ces heures. Des travaux récents menés en Europe et en Australie soutiennent que la détermination du nombre approprié d'heures de soins doit être basée à la fois sur les caractéristiques des résidents et sur une compréhension approfondie des attributs de la main-d'œuvre et de l'environnement de travail nécessaires pour fournir des soins sécuritaires et de qualité¹⁶². Toutes les provinces aspirent à atteindre 4,1 heures de soins directs par résident au cours de chaque période de 24 heures, et certaines ont mis en place des plans et des ressources pour y parvenir. **Une évaluation plus réaliste des heures de soins nécessaires pour les résidents des établissements de SLD d'aujourd'hui serait une moyenne de 4,5 heures, à l'intérieur d'une fourchette de 4,1 heures à 7,7 heures**¹⁶¹. Aucun chiffre ne saura constituer en lui seul *un critère universel* satisfaisant. En l'absence de données et d'algorithmes permettant d'intégrer les caractéristiques des résidents à une compréhension approfondie des caractéristiques de la main-d'œuvre et de l'environnement de travail, un nombre minimum d'heures et une fourchette appropriée sont peut-être le mieux que nous puissions faire à l'heure actuelle.

En outre, le nombre d'heures de soins est un critère nécessaire, mais insuffisant. Les ratios relatifs aux types et aux niveaux de personnel sont tout aussi importants. Par exemple, pour que les aides-soignants ou les préposés aux bénéficiaires fonctionnent bien, ils doivent être associés à un nombre et à un type appropriés de personnel infirmier et paramédical réglementé. Les établissements de SLD continuent de se heurter à un manque de ressources et ont réagi en partie en réduisant les effectifs de certaines professions. Il est souvent rapporté que les physiothérapeutes, les ludothérapeutes et les aides-thérapeutes sont en nombre très insuffisant. Certains gouvernements ont remplacé les infirmières diplômées par des infirmières auxiliaires. Certains établissements de SLD ont réduit le nombre d'infirmières diplômées à une par établissement et par quart de travail ou à une sur appel par quart. Certains gouvernements ont ajouté un niveau « aide », ne nécessitant pratiquement aucune formation, situé au-dessous de l'aide-soignant ou du préposé aux bénéficiaires. Tous ces changements, et bien d'autres encore, instaurés sans évaluation adéquate et dans le cadre d'un méli-mélo d'actions régionales, provinciales et locales, ont donné lieu à un système inégal n'offrant qu'un minimum de direction. Dans le pire des cas, ils ont conduit à des niveaux de dotation bien inférieurs à tout ce qui peut être considéré comme sécuritaire.

Au milieu de ce chaos et de ces désaccords sur les compétences, il peut être facile de perdre de vue la nécessité d'élaborer des **lignes directrices nationales fondées sur des données probantes**. En 2020, nous avons vivement recommandé au gouvernement fédéral de commander une étude sur les heures de soins et les ratios de personnel comme mesure urgente et rapide à réaliser, *ce qui n'a pas été fait*. Les provinces, les régions, les organisations et les établissements de SLD ont besoin d'orientations solides, fondées sur des données probantes, concernant cette ressource essentielle qu'est la main-d'œuvre. Ces orientations doivent également être mises à jour périodiquement pour tenir compte de l'évolution des caractéristiques de la population résidant dans les établissements de SLD, certainement plus fréquemment que tous les 25 ans. Ne pas entreprendre ce travail parce que, par exemple, nous ne pourrions jamais en financer les résultats, n'est pas une solution. Nous devons comprendre les **multiples dimensions de notre déficit en ressources humaines** : comment les ressources en personnel sont employées et pourraient l'être, comment les modèles de dotation pourraient être modifiés et évalués de manière innovante,

comment les équipes mobiles pourraient être intégrées de manière permanente, comment la capacité de réserve pourrait être développée, et quels en seraient les coûts.

Là encore, les problèmes et les lacunes de personnel ne se limitent pas à un nombre insuffisant d'employés et sont bien plus profonds, plus vastes et plus multidimensionnels que le simple nombre d'heures de soins.

Recommandation 1 en 2023 :

1a. Le gouvernement fédéral doit, en collaboration avec les provinces et les territoires, agir immédiatement pour garantir que des fonds suffisants seront disponibles pour porter le *temps minimal de soins directs* à 4,5 heures par jour par résident d'établissement de SLD.

1b. Le gouvernement fédéral doit, en coopération avec les provinces et les territoires, commander immédiatement une évaluation exhaustive, pancanadienne et fondée sur des données probantes des lignes directrices sur la *dotation et la composition des effectifs* dans les établissements de SLD, et y donner suite. Ces lignes directrices doivent tenir compte à la fois des caractéristiques des résidents des établissements de SLD, des caractéristiques de tous les niveaux de personnel ainsi que du milieu de travail. Et ces lignes directrices devraient être révisées tous les cinq ans.

1c. Le gouvernement fédéral doit, en collaboration avec les provinces et les territoires, mettre immédiatement en œuvre un plan de mobilisation des ressources humaines en santé qui garantira *un niveau de recrutement approprié et la mise en place de politiques et de pratique de rétention efficaces*, et qui aura pour objectif de préserver la santé mentale et le bien-être du personnel et de faire en sorte que ce personnel puisse travailler dans un milieu de travail sain.

Recommandation 2 en 2023 : Le gouvernement fédéral doit, en coopération avec les provinces et les territoires, accorder des paiements de transfert subordonnés à l'obtention par les provinces et les territoires de *résultats transparents*. Le gouvernement fédéral doit aider les provinces et les territoires à respecter les directives nationales en matière de dotation et à mettre en œuvre les nouvelles normes nationales relatives aux SLD.

Phases 2 et 3 du cycle de perturbation : absorption et rétablissement

La phase de l'**absorption** intervient après le début du choc et est basée sur la capacité du système de santé de maintenir ses fonctions essentielles et d'amortir les conséquences sans s'effondrer. L'absorption limite l'ampleur de la perturbation et en minimise l'impact sur la morbidité et la mortalité³.

Il est maintenant clair que les établissements de SLD au Canada et dans le monde étaient mal préparés à affronter la pandémie de COVID-19, qu'ils présentaient d'importantes lacunes avant son éclosion et qu'ils ont donc eu beaucoup de mal à en absorber l'impact. C'est en 2020, avant la vaccination, que cette situation s'est manifestée de la manière la plus spectaculaire³. Les lacunes étaient les plus grandes dans trois domaines :

1. La préparation au contrôle des infections

2. La résilience de la main-d'œuvre
3. L'intégration des établissements de SLD avec les autres composantes du système de soins de santé.

La nouvelle norme nationale de la CSA sur les SLD établit des orientations détaillées pour le contrôle et la prévention des infections, ainsi que pour la rénovation et la construction des bâtiments. Elle établit des lignes directrices pour de multiples composantes opérationnelles des SLD, depuis l'hygiène des mains jusqu'à la conception des toilettes, en passant par la ventilation, l'éclairage et les espaces extérieurs. Les pratiques de lutte contre les infections ont été révisées dans la plupart des provinces et territoires, des stocks d'EPI ont été constitués et (nous l'espérons) nous avons appris qu'il ne faut pas privilégier les soins de courte durée au détriment des SLD dans la distribution des EPI^{106 163 164}.

Nous avons exposé certains des principaux problèmes de main-d'œuvre dans la section du présent rapport consacrée au cycle de perturbation 1. L'*Académie canadienne des sciences de la santé* a récemment réalisé une vaste évaluation des effectifs du système de santé¹⁹, assortie de recommandations axées sur le recrutement et la rétention du personnel dans l'ensemble du système.

Le secteur des SLD présente une série de désavantages supplémentaires en ce qui concerne l'offre de main-d'œuvre.

- Les établissements de SLD ne sont pas considérés comme des lieux de travail attrayants, une opinion profondément enracinée dans la discrimination fondée sur l'âge qui sévit dans les établissements sociaux, de santé et d'enseignement¹⁶⁵⁻¹⁶⁷.
- Les établissements de SLD sont un environnement genré en ce qui concerne les résidents, le personnel rémunéré et les partenaires de soins essentiels tels que les membres des familles des résidents. On ne considère pas suffisamment que les soins aux personnes âgées justifient une main-d'œuvre hautement qualifiée, ni même une main-d'œuvre réglementée. La discrimination fondée sur l'âge et la discrimination fondée sur le genre y contribuent. Par exemple, les soins essentiels et complexes qui comprennent une part importante de soutien aux activités de la vie quotidienne (bain, aide à l'alimentation, à la marche, aux interactions sociales, etc.) sont considérés comme des « tâches pour les femmes » et sont nettement sous-évalués dans notre société.
- Les établissements de SLD dépendent fortement de l'immigration pour assurer leur main-d'œuvre, en particulier pour les aides-soignants et les préposés aux bénéficiaires. Ces personnes issues de l'immigration, presque exclusivement des femmes^{168,169}, ne sont certainement pas valorisées pour le travail complexe qu'elles accomplissent et sont victimes de discrimination sexuelle, ethnique et raciale. En outre, les enjeux liés aux solutions à apporter pour améliorer une main-d'œuvre aussi diversifiée – du point de vue de la culture, de l'ethnicité, de la race et de la langue – n'ont pas fait l'objet d'un examen systématique (voire d'aucun examen).
- Au Canada, les systèmes d'éducation, en particulier dans les domaines des soins infirmiers et de la médecine, n'ont pas accordé une attention aussi importante et positive au vieillissement, à la gérontologie ou à la gériatrie. Les programmes d'études sont limités, les modèles positifs sont rares et la recherche est très insuffisante dans ces domaines. La grande majorité des soins dispensés actuellement dans les établissements de SLD sont des soins infirmiers fournis par un·e aide-soignant·e ou un·e préposé·e aux bénéficiaires, une

infirmière diplômée, une infirmière auxiliaire autorisée et, dans certains cas, une infirmière praticienne. Une meilleure communication entre les établissements d'enseignement qui préparent tous ces travailleurs permettrait aux SLD de disposer d'une main-d'œuvre infirmière professionnelle mieux informée.

Les programmes d'enseignement – dans les domaines des soins infirmiers, de la médecine et des professions paramédicales – doivent concentrer leurs efforts pour mieux préparer les professionnels de la santé et **rendre plus attrayante la perspective d'une carrière dans le domaine du vieillissement**. Il faut également que le secteur des SLD ainsi que les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux unissent leurs efforts pour mettre en œuvre une stratégie de main-d'œuvre qui dépasse la parole et passe à l'action et à l'évaluation de cette action. Ces éléments seront essentiels pour améliorer la capacité à absorber les chocs futurs.

Le **rétablissement** consiste à *recupérer les fonctions perturbées aussi rapidement et efficacement que possible, y compris en mobilisant le temps et les ressources nécessaires pour que le système retrouve sa fonctionnalité*³.

La vitesse à laquelle le rétablissement se fait dépend de l'ampleur et du type de lacunes qui étaient présentes avant l'éclosion de la COVID-19, ainsi que de la capacité du système de SLD à absorber le choc de la pandémie. Dans certains domaines, la reprise a été immédiate, en grande partie grâce à une bonne compréhension du comportement du virus SRAS-COV-2 et de ses variants, à la disponibilité et à la campagne d'administration des vaccins, à l'amélioration des chaînes d'approvisionnement et à la constitution de stocks d'équipements essentiels. Toutefois, le rétablissement du système dans son ensemble prendra du temps. Le personnel actuel des établissements de SLD, y compris les gestionnaires, doit composer avec les impacts de la COVID-19 après avoir travaillé dans des conditions difficiles au cours des trois dernières années^{105 107 108 113 170}, qu'il s'agisse d'impacts mentaux, physiques, émotionnels ou spirituels. Nous n'avons encore qu'une vague idée de l'ampleur du préjudice moral, par exemple, subi par les travailleurs, à l'échelle collective ou individuelle. Le rétablissement sera également ralenti par les éclosions de COVID et les profondes difficultés de main-d'œuvre vécues dans les établissements de SLD. Parvenir à un rétablissement complet nécessitera un leadership vigoureux et coordonné à plusieurs niveaux – aux échelons fédéral, provincial, des propriétaires et des exploitants – soutenu par une base scientifique solide et un leadership à toute épreuve pour ce qui est de la mise en œuvre.

Recommandation 3 en 2023 : Les provinces et les territoires doivent, avec l'aide du gouvernement fédéral, mettre en œuvre des *stratégies de promotion de la santé mentale et autres stratégies de soutien de la main-d'œuvre* pour favoriser la remise sur pied du système et pour accroître la résilience de toutes les catégories de personnel des établissements de SLD à l'avenir. Ils doivent également examiner et éliminer les **causes structurelles** des facteurs de stress qui minent la santé mentale et le bien-être du personnel, comme les niveaux de dotation, les conditions de travail, les structures de travail hiérarchiques rigides, les agressions au travail à caractère identitaire, les risques déséquilibrés et la qualité de vie des résidents.

Recommandation 4 en 2023 : Les provinces et les territoires doivent, avec l'aide du gouvernement fédéral, faire appliquer par les dirigeants, les gestionnaires, les administrateurs et les propriétaires des établissements de SLD des *stratégies de lutte contre l'oppression* afin d'éliminer la discrimination systémique subie par le personnel, les résidents et leurs familles, ainsi que les partenaires de soins essentiels.

Phase 4 du cycle de perturbation : l'adaptation

L'**adaptabilité** est la capacité du système à tirer des leçons des expériences du passé et à s'améliorer pour absorber les chocs et s'en remettre afin de réduire les impacts futurs³.

Recommandation 5 en 2023 : Le gouvernement fédéral doit agir immédiatement pour faire en sorte que les *systèmes de données* au Canada soient à la fois efficaces et suffisamment intégrés pour assurer la transparence des données communiquées au public par l'ensemble des provinces et des territoires sur tous les aspects pertinents des soins de longue durée, de la prestation des soins et des milieux de travail.

Recommandation 6 en 2023 : Le gouvernement fédéral doit exiger une reddition de compte provinciale et territoriale, par exemple en subordonnant les paiements de transfert fédéraux à des seuils acceptables de performance des provinces et des territoires. Le gouvernement fédéral doit, en coopération avec les provinces et les territoires, mettre en place les structures indépendantes appropriées qui permettront de contrôler la transparence des données et des rapports, et devrait imposer un *cadre de reddition de compte*.

Recommandation 7 en 2023 : Pour recevoir des paiements de transfert, les provinces et les territoires doivent être tenus de démontrer qu'ils tiennent compte des *déterminants sociaux et moraux de la santé* dans leur planification des besoins liés aux SLD, tant pour les résidents que pour le personnel. Les ressources et les services destinés aux personnes âgées en quête d'équité et mal desservies doivent être alloués proportionnellement à leurs besoins.

Le système canadien des soins de longue durée n'apprend manifestement pas, malgré plus de 100 rapports rédigés au cours des 50 dernières années et plus de 30 au cours des trois dernières années. Bien des rapports, des commissions et maintenant des normes ont vu le jour^{1,3,68,105}. Cependant, sans actions – y compris sur les plans des ressources et des structures de reddition de

compte – il ne pourra y avoir d’adaptation. Il ne pourra y avoir d’apprentissage ou de renforcement de la résilience. L’apprentissage et le renforcement de la résilience nécessiteront des politiques solides aux niveaux fédéral, provincial et territorial. Parmi les exemples de domaines d’intervention cruciaux qui devront être mieux exploités, citons la promotion³ : de la santé de la population, en particulier des personnes en quête d’équité; de la santé, de la stabilité et de la résilience de la main-d’œuvre; de la collecte et de l’utilisation des données, de la collaboration entre les autorités infranationales et internationales, et de la résilience de la chaîne d’approvisionnement.

Section 5 – Une vision plus audacieuse

Un véritable changement transformateur – aux niveaux de la racine et de branches du système de SLD, touchant les résidents, les familles, les partenaires de soins essentiels et le personnel soignant – est une aspiration souvent exprimée au Canada. Beaucoup de bonnes personnes et de bons gouvernements travaillent à la réalisation de cet objectif¹⁷¹. Malgré cela, nous restons en marge d’un tel changement transformateur. Les aînés ne sont pas considérés comme des personnes méritant pleinement les ressources de la société. Ils subissent souvent les effets d’une grave discrimination fondée sur l’âge, le genre et le handicap. Il n’est pas rare qu’ils fassent l’expérience du nihilisme thérapeutique (scepticisme quant à l’utilité des thérapies pour elles) et du sous-traitement qui en résulte. S’il s’agit de personnes âgées atteintes de démence ou d’autres troubles cognitifs, ou de personnes âgées et pauvres, ou de personnes âgées et sans logement, ou de personnes âgées et peu instruites, la situation est pire, souvent bien pire. La mesure dans laquelle les personnes âgées vivront et s’épanouiront, ou non, dans notre pays dépendra des valeurs fondamentales que nous défendrons en tant que Canadiens et des valeurs fondamentales en fonction desquelles nous demanderons à nos gouvernements de rendre des comptes.

Pour que la société canadienne et ses gouvernements puissent entreprendre pleinement une véritable transformation du secteur des SLD, les personnes âgées et les personnes âgées atteintes de démence (qui constituent la majorité des personnes en établissement de SLD) devront être considérées comme des êtres humains à part entière. Il faut d’abord s’assurer que les expériences des personnes âgées en établissement de SLD reflètent l’ensemble des droits que leur confèrent la *Déclaration universelle des droits de l’homme* et autres instruments internationaux de protection des droits de la personne^{172,173}, les *Principes des Nations Unies pour les personnes âgées*¹⁷⁴, la *Charte canadienne des droits et libertés*¹⁷⁵, les *Droits des personnes handicapées au Canada*¹⁷⁶ et la *Charte canadienne des droits des personnes atteintes de démence*¹⁷⁷. Habituellement, dans notre société, les personnes lésées cherchent à obtenir une assistance et des recours en cas de violation de la Charte, en tant que personnes dotées d’agentivité, c’est-à-dire d’un pouvoir d’action. Toutefois, ce n’est que trop rarement le cas pour les personnes âgées en établissement de SLD. Soit que ces personnes, généralement, souffrent d’une grave déficience cognitive telle que la démence, soit qu’elles ne sont tout simplement pas considérées comme suffisamment importantes pour justifier le même traitement qu’une personne dotée d’agentivité.

Réforme fondée sur les droits de la personne

De nombreux rapports et documents scientifiques produits à l’étranger sur la réforme des SLD depuis le début de la pandémie de COVID-19 font état d’une approche fondée sur les droits de la personne. La nouvelle *Lancet Commission on person-centred LTC for older persons* affirme que pour surmonter « ... les défis sociétaux et politiques actuels, il faut considérer les choses à travers

le prisme des droits de la personne et repenser l'offre de SLD de manière à respecter les droits des personnes âgées et à répondre à leurs divers besoins et préférences dans des systèmes de SLD fragiles »¹.

En 2023, dans la foulée de la Commission royale australienne sur la qualité et la sûreté des soins fournis aux personnes âgées, Steel et Swaffer ont produit un rapport intitulé *Reparations for Harm to People Living with Dementia in Residential Aged Care* (Réparation des préjudices subis par les personnes atteintes de démence dans les établissements de soins pour personnes âgées). Ils affirment que le mal a été fait et que des réparations sont dues. Steel et Swaffer ont consulté des personnes atteintes de démence, des membres de leur famille, des partenaires de soins et des avocats, entre autres, dans le cadre d'un processus en plusieurs étapes qui a abouti à l'élaboration de 25 principes pour l'Australie. Trois de ces principes définissent certaines des mesures qui devraient être prises pour réaliser une réforme fondée sur les droits de la personne (encadré 3). Cependant, bien avant qu'un système n'envisage de demander des réparations, il faudra s'assurer que les établissements et le système des SLD n'excluent pas leurs résidents des droits et libertés énoncés dans les chartes internationales et nationales des droits de la personne.

Les principes directeurs extraits du rapport Steel et Swaffer (encadré 3) couvrent de multiples mesures. De nombreux établissements d'enseignement, organes directeurs et administrateurs d'établissements de SLD affirmeront que ces principes sont bien en place. C'est peut-être le cas dans certains établissements de SLD. Toutefois, si ces principes et mesures étaient effectivement en place dans les établissements de SLD, nous n'assisterions pas à des problèmes persistants – dont certains sont bien connus, certains ayant été révélés par la COVID, et d'autres encore sont restés enfouis plus profondément. Les établissements de SLD ne continueraient pas non plus à être gérés comme si les personnes âgées – en particulier celles atteintes de démence – n'avaient aucun droit en tant qu'êtres humains en ce qui concerne la contention, les déplacements et les choix. Certaines organisations et certains gouvernements diront que nous ne pouvons pas garantir le respect des droits de la personne à toutes les personnes hébergées dans les établissements de SLD, en particulier celles atteintes de démence, parce que nous n'en avons pas les moyens. Ou parce que ce n'est pas réaliste. Ou parce que ce n'est pas « sécuritaire ». Ces réponses ne sont pas valables. Les gouvernements, les régions et les zones sanitaires, ainsi que les gestionnaires des SLD doivent tous travailler avec les établissements de SLD pour atteindre cet objectif fondamental. Cela pourrait sembler très difficile, voire impossible, mais ce n'est pas une raison pour ne pas entreprendre la tâche.

Les personnes âgées sont, tout simplement, des êtres pleinement humains. Pas des fractions d'êtres humains. Des êtres humains à part entière.

Encadré 3. Mesures nécessaires pour parvenir à une réforme fondée sur les droits de la personne

Principe 13 : Réforme fondée sur les droits de la personne

- Les systèmes et les politiques à tous les niveaux doivent être transformés.
- Toutes les réformes doivent être fondées sur les droits de la personne, de manière à ce qu'elles n'entraînent pas davantage de violations de ces droits.
- La désinstitutionnalisation et la déségrégation sont nécessaires, conformément aux normes internationales en matière de droits de la personne.
- La désinstitutionnalisation et la déségrégation sont en cours dans le secteur plus large des soins aux personnes handicapées.
- Les réformes doivent exclure les méthodes de contention chimique, physique et autres.
- Les changements à venir doivent se fonder sur les enseignements du passé, faute de quoi le passé se répétera dans les réformes.

Principe 14 : Formation du personnel et des gestionnaires

- Le manque de formation sur la démence, et sur la démence en tant que handicap, crée un préjudice en soi.
- L'éducation axée uniquement sur la démence est insuffisante et inadéquate, et doit également s'inscrire dans le cadre des droits de la personne.
- Le respect, la dignité et le statut de personne sont des principes essentiels au type de changement nécessaire et pour offrir des soins plus humains et centrés sur la personne dans les établissements de soins résidentiels australiens pour personnes âgées.
- L'éducation doit être conçue en collaboration avec les personnes atteintes de démence.
- Tout le personnel des établissements de soins pour personnes âgées doit recevoir une formation, y compris le personnel d'accueil et de nettoyage, et la formation doit être fréquente, continue et révisée périodiquement.
- Les étudiants universitaires et des établissements TAFE ont également besoin d'une formation – les idées se forment avant que les gens commencent à travailler dans les établissements de soins pour personnes âgées.

Principe 15 : Habilitation et défense des droits

- Les réparations doivent inclure des mesures visant à donner aux personnes atteintes de démence les moyens d'exercer leurs droits fondamentaux et à leur fournir les ressources nécessaires pour défendre leurs intérêts.
- Trop peu de personnes atteintes de démence ont la capacité ou la volonté de défendre leurs propres droits.
- Les familles et les partenaires de soins sont souvent réticents à porter plainte ou à intenter une action en justice, par crainte de représailles et de préjudices supplémentaires pour la personne atteinte de démence qui est prise en charge.
- Les voix des personnes ayant une expérience vécue de démence doivent être mieux représentées, y compris celles des membres des groupes plus marginalisés.

Tiré de : Linda Steele and Kate Swaffer, *Reparations for Harm to People Living with Dementia in Residential Aged Care* – Executive Summary. (University of Technology Sydney, 2023), p 21.

Par conséquent, notre dernière recommandation est de commencer à mettre en œuvre les principes et les pratiques qui reconnaissent et respectent pleinement les droits de la personne des personnes âgées résidant dans les établissements de SLD.

Recommandation 8 en 2023 : Le gouvernement fédéral doit, en coopération avec les provinces et les territoires, lancer *une réforme des droits de la personne des résidents des établissements de SLD* – dans deux domaines immédiatement – et le faire en étroite collaboration avec les personnes âgées, y compris celles atteintes de démence.

8a. Réformer **la gouvernance, les lois et les pratiques** en matière de SLD, en partenariat avec les personnes atteintes de démence, leurs familles et les partenaires de soins essentiels, dans une optique des droits de la personne.

8b. Mettre en œuvre un programme **d'éducation et de formation** sur les droits des personnes âgées et des personnes âgées atteintes de démence, qui sera donné (i) dans tous les établissements d'enseignement qui préparent le personnel des établissements de SLD; (ii) à toutes les catégories du personnel des établissements de SLD – au personnel soignant réglementé et non réglementé, au personnel auxiliaire et au personnel médical; et (iii) aux membres des conseils d'administration et des équipes de direction des établissements de SLD. Mettre en œuvre des **programmes de sensibilisation** aux droits de la personne qui s'adresseraient aux personnes âgées en établissement de SLD, à leurs familles et aux partenaires de soins essentiels.

Toujours notre choix

En 2020, nous avons terminé notre rapport en évoquant le **choix** qui s'offre au Canada en ce qui concerne ses établissements de SLD et les personnes âgées qui y vivent. Nous avons parlé de grands principes tels que notre **devoir de prendre soin des personnes**. Trois ans et demi plus tard – et après de très nombreux rapports, articles scientifiques, articles de presse et anecdotes personnelles – nous concluons que, oui, nous avons fait des progrès. Les résultats obtenus par le Canada pendant la pandémie de COVID-19 se situent au milieu du peloton des pays du G20 – il n'est ni le meilleur ni le pire. Nous avons réussi certaines choses – nous avons vacciné les gens de manière intensive et cela a fait une grande différence pour les adultes plus âgés en établissements de SLD, nous avons résolu les pénuries d'EPI, nous avons, de manière assez remarquable, développé deux nouveaux ensembles de normes de SLD au beau milieu de la pandémie, nous avons dépensé de l'argent et nous continuons de le faire. Nous avons aussi fait des erreurs dans le domaine des SLD : pratiques d'isolement sévères, dangereux manque de préparation, décennies de sous-financement et de négligence, et incapacité à recruter, préparer, rémunérer, soutenir et retenir une main-d'œuvre qualifiée dans le domaine des SLD.

La **crise de la main-d'œuvre dans le secteur des SLD** est devenue une véritable urgence. Il ne s'agit pas que d'une question de chiffres. La situation actuelle ne peut qu'avoir des incidences très préoccupantes sur la santé et le bien-être du personnel. **Elle reste la priorité à laquelle nous devons nous attaquer de la façon la plus urgente.** Sans de bons soins et de bons prestataires de soins, les résidents des établissements de SLD ne pourront bénéficier d'une qualité de vie ou d'une qualité de soins. Pas de derniers jours de paix et de dignité. Pas de vie pleine de joie et de sens. Si nous ne renforçons pas la main-d'œuvre des établissements de SLD – l'ensemble de la main-d'œuvre – tout progrès s'estompera rapidement. Nous devons fournir les ressources nécessaires pour réparer le système des SLD et l'aider à prospérer. Nous avons une promesse, mais nous ne savons pas encore si la nouvelle **loi fédérale sur la sécurité des soins de longue durée** sera un instrument de changement ou simplement un autre texte législatif ambitieux.

Le monde est en train de changer – les événements climatiques, la perte d’espaces naturels essentiels, la disparition d’espèces, les disparités économiques, l’inflation, les conflits mondiaux, le populisme et la montée de la haine menacent de pousser la COVID sous le tapis. Les gouvernements changeront et modifieront leurs priorités.

Toutes ces choses peuvent se produire et se produiront. Chacun de ces événements affectera également les personnes âgées de manière disproportionnée. Le changement et l’évolution des priorités ne doivent pas bafouer les personnes âgées. Au contraire, si nous portons nos aînés sur nos épaules, en leur accordant tous les droits qu’ils méritent, nous serons bien jugés par les futurs Canadiens – et les Canadiens âgés n’auront pas peur d’aller dans un établissement de soins de longue durée.

Nous terminons l’année 2023 comme nous avons commencé l’année 2020...

La façon dont sont traitées les personnes qui en sont à l’aube de leur vie (les enfants), les personnes qui en sont au crépuscule de leur vie (les aînés) et les personnes qui se trouvent dans les ombres de la vie est un excellent indicateur du degré de moralité d’un gouvernement¹⁷⁸.

Références

1. Pot AM, Rabheru K, Chew M. Person-centred long-term care for older persons: a new Lancet Commission. *The Lancet*. 2023;401(10390):1754-1755. [thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(23\)00920-0/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(23)00920-0/fulltext)
2. Estabrooks CA, Straus SE, Flood CM, Keefe J, Armstrong P, Donner GJ, et al. *Restoring trust: COVID-19 and the future of long-term care*. Royal Society of Canada;2020. <https://rsc-src.ca/en/events/covid-19-policy-briefing/long-term-care/restoring-trust-covid-19-and-future-long-term-care>. [Accessed August 8, 2023].
3. Organisation for Economic Co-operation and Development. *Ready for the Next Crisis? Investing in Health System Resilience*. Paris: OECD Publishing;2023. <https://www.oecd.org/health/ready-for-the-next-crisis-investing-in-health-system-resilience-1e53cf80-en.htm>. [Accessed September 4, 2023].
4. Roberts N. Wicked Problems and Network Approaches to Resolution. *IPMR*. 01/01 2001;1.
5. World Health Organization. Value gender and equity in the global health workforce. <https://www.who.int/activities/value-gender-and-equity-in-the-global-health-workforce>. Published 2023. [Accessed September 13, 2023].
6. World Health Organization. Global report on ageism. <https://www.who.int/teams/social-determinants-of-health/demographic-change-and-healthy-ageing/combating-ageism/global-report-on-ageism> Published March 18, 2021. [Accessed September 13, 2023].
7. World Health Organization. What are the risks of ageism in AI for older people?. <https://www.who.int/multi-media/details/what-are-the-risks-of-ageism-in-ai-for-older-people>. Published February 9, 2022. [Accessed September 13, 2023].
8. World Health Organization. WHO Director-General's opening remarks at the launch of the First UN Global Report on Ageism. <https://www.who.int/director-general/speeches/detail/who-director-general-s-opening-remarks-at-the-launch-of-the-first-un-global-report-on-ageism>. Published March 18, 2021. [Accessed September 13, 2023].
9. United Nations. Leaving No One Behind in an Ageing World: World Social Report 2023. <https://social.desa.un.org/sites/default/files/publications/2023-02/WorldSocialReport2023.pdf>. Published 2023. [Accessed September 13, 2023].
10. Braedley S, Owusu P, Przednowek A, Armstrong P. "We're Told, 'Suck It Up': Long-Term Care Workers' Psychological Health and Safety." *Ageing Int*. 2018;43(1):91-109. <https://dx.doi.org/10.1007/s12126-017-9288-4>.
11. Armstrong P, Armstrong H, Bourgeault IL. Teaming up for long-term care: Recognizing all long-term care staff contribute to quality care. *Healthc. Manag. Forum*. 2023;36(1):26-29.
12. Müller B, Armstrong P, Lowndes R. Cleaning and Caring: Contributions in Long-term Residential Care. *Ageing Int*. (2018) 43:53–73 DOI 10.1007/s12126-017-9290-x
13. International Labour Organization. Care work and care jobs for the future of decent work. https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---dgreports/---dcomm/---publ/documents/publication/wcms_633135.pdf. Published 2018. [Accessed October 31, 2023].
14. Armstrong P, Armstrong H (2001). Thinking It Through: Women, Work and Caring in the New Millennium. https://cdn.dal.ca/content/dam/dalhousie/pdf/diff/ace-women-health/Healthy%20Balance/ACEWH_hbrp_thinking_it_through_women_work_caring_new_millennium.pdf. [Accessed September 13, 2023].
15. Holman D, Walker A. Understanding unequal ageing: towards a synthesis of intersectionality and life course analysis. *Eur. J. Ageing*. 2021;18:239-255.
16. Duijs SE, Abma T, Plak O, Jhingoeri U, Abena-Jaspers Y, Senoussi N, et al. Squeezed out: Experienced precariousness of self-employed care workers in residential long-term care, from an intersectional perspective. *J Adv Nurs*. 2023;79:1799–1814.
17. Lightman N. Caring during the COVID-19 crisis: Intersectional exclusion of immigrant women health care aides in Canadian long-term care. *Health Soc Care Community*. 2022;30:e1343–e1351.
18. Armstrong P, Armstrong H, Scott-Dixon K. *Critical To Care: The Invisible Women in Health Services*. Toronto: University of Toronto Press,2008.
19. Canadian Academy of Health Sciences. Canada's Health Workforce: Pathways Forward. 2023. https://cahs-acss.ca/wp-content/uploads/2023/04/CAHS-Health-Workforce-Pathways-Forward-EN_Final_Apr-4.pdf. [Accessed September 4, 2023].
20. Clark J, Straus SE, Houston A, Abbasi K. The world expected more of Canada. *BMJ*. 2023;382:p1634.
21. World Health Organization. WHO Coronavirus (COVID-19) Dashboard. <https://covid19.who.int/>. [Accessed September 4, 2023].
22. Medicines & Healthcare products Regulatory Agency. *Conditions of Authorisation for Pfizer/BioNTech COVID-19 vaccine*. <https://www.gov.uk/government/publications/regulatory-approval-of-pfizer-biontech-vaccine-for-covid-19/conditions-of-authorisation-for-pfizerbiontech-covid-19-vaccine>. [Accessed September 4, 2023].
23. Health Canada. Health Canada authorizes first COVID-19 vaccine. Government of Canada. canada.ca/en/health-canada/news/2020/12/health-canada-authorizes-first-covid-19-vaccine0.html Published 2020. Updated December 9, 2020. [Accessed September 4, 2023].

24. Public Health Agency of Canada. COVID-19 vaccine: Guidance on the prioritization of initial doses. Government of Canada. <https://www.canada.ca/en/public-health/services/immunization/national-advisory-committee-on-immunization-naci/guidance-prioritization-initial-doses-covid-19-vaccines.html>. Published 2020. Updated December 18, 2020. [Accessed September 4, 2023].
25. Public Health Agency of Canada. COVID-19 vaccine: Guidance on the prioritization of initial doses. Government of Canada. [canada.ca/en/public-health/services/immunization/national-advisory-committee-on-immunization-naci/guidance-prioritization-initial-doses-covid-19-vaccines](https://www.canada.ca/en/public-health/services/immunization/national-advisory-committee-on-immunization-naci/guidance-prioritization-initial-doses-covid-19-vaccines). Updated December 18, 2020. [Accessed September 4, 2023].
26. Public Health Agency of Canada. Canadian COVID-19 vaccination coverage report. 2023. <https://health-infobase.canada.ca/covid-19/vaccination-coverage/>. Updated June 23, 2023. [Accessed September 4, 2023].
27. Canadian Institute for Health Information. *Pandemic experience in the long-term care sector: How does Canada compare with other countries?* 2020. <https://www.cihi.ca/sites/default/files/document/covid-19-rapid-response-long-term-care-snapshot-en.pdf>. [Accessed September 4, 2023].
28. National Institute on Ageing. NIA long term care COVID-19 tracker. <https://ltc-covid19-tracker.ca>. Updated July 1, 2022. [Accessed September 4, 2023].
29. Organisation for Economic Co-operation and Development. Rising from the COVID-19 crisis: Policy responses in the long-term care sector. <https://www.oecd.org/coronavirus/policy-responses/rising-from-the-covid-19-crisis-policy-responses-in-the-long-term-care-sector-34d9e049/> Published December 15, 2021. [Accessed September 4, 2023].
30. Stobart A, Duckett S. Australia's Response to COVID-19. *Health Econ Policy Law*. 2022 Jan;17(1):95-106.
31. Varghese C, Xu W. Quantifying what could have been – The impact of the Australian and New Zealand governments' response to COVID-19. *Infect Dis Health*. 2020;25(4):242-244.
32. Schleicher A. The impact of COVID-19 on education: Insights from education at a glance 2020. Organisation for Economic Co-operation and Development, Paris. <https://www.oecd.org/education/the-impact-of-covid-19-on-education-insights-education-at-a-glance-2020.pdf>. Published 2020. [Accessed September 4, 2023].
33. Canadian Institute for Health Information. COVID-19 cases and deaths in health care workers in Canada. [cihi.ca/en/covid-19-cases-and-deaths-in-health-care-workers-in-canada](https://www.cihi.ca/en/covid-19-cases-and-deaths-in-health-care-workers-in-canada). Published 2022. Updated March 31, 2022. [Accessed September 4, 2023].
34. World Health Organization. Health and Care Worker Deaths during COVID-19. [who.int/news/item/20-10-2021-health-and-care-worker-deaths-during-covid-19](https://www.who.int/news/item/20-10-2021-health-and-care-worker-deaths-during-covid-19). Published 2021. Updated October 20, 2021. [Accessed September 4, 2023].
35. Ma H, Yiu KCY, Baral SD, Fahim C, Moloney G, Darwin D, et al. COVID-19 Cases Among Congregate Care Facility Staff by Neighborhood of Residence and Social and Structural Determinants: Observational Study. *JMIR Public Health Surveill*. 2022/10/4 2022;8(10):e34927.
36. Jefferies S, French N, Gilkison C, Graham G, Hope V, Marshall J, et al. COVID-19 in New Zealand and the impact of the national response: a descriptive epidemiological study. *Lancet Public Health*. 2020;5(11):e612-e623.
37. Tam T. From risk to resilience: An equity approach to COVID-19. *The Chief Public Health Officer of Canada's Report on the State of Public Health in Canada 2020*. <https://www.canada.ca/en/public-health/corporate/publications/chief-public-health-officer-reports-state-public-health-canada/from-risk-resilience-equity-approach-covid-19.html>. Published October 2020. [Accessed September 4, 2023].
38. Naseer S, Khalid S, Parveen S, Abbass K, Song H, Achim MV. COVID-19 outbreak: Impact on global economy. *Front. Public Health*. 2023;10.
39. International Labour Organization. The impact of the COVID-19 pandemic on jobs and incomes in G20 economies. 2020. https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---dgreports/---cabinet/documents/publication/wcms_756331.pdf. [Accessed September 4, 2023].
40. World Health Organization. Virtual Press conference on COVID-19 and other global health issues transcript - 5 May 2023. <https://www.who.int/publications/m/item/virtual-press-conference-on-covid-19-and-other-global-health-issues-transcript---5-may-2023>. Published 2023. Updated May 5 2023. [Accessed September 4, 2023].
41. Johns Hopkins University Coronavirus Resource Center. Covid-19 Dashboard. Johns Hopkins University. <https://coronavirus.jhu.edu/map.html>. Published 2022. [Accessed September 4, 2023].
42. 1Point3Acres. Global COVID-19 Tracker & Interactive Charts. <https://coronavirus.1point3acres.com/en>. Updated February 13, 2023. [Accessed September 4, 2023].
43. The New York Times. Coronavirus in the U.S.: Latest Map and Case Count. <https://www.nytimes.com/interactive/2021/us/covid-cases.html>. Updated March 23, 2023. [Accessed September 4, 2023].
44. National Institute on Ageing. Counting COVID-19 in Canada's Long-Term Care Homes: NIA Long-Term Care COVID-19 Tracker Project Summary Report. https://static1.squarespace.com/static/5c2fa7b03917eed9b5a436d8/t/62e20cf7815ce31282864f3a/1658981624185/NIA_LTCTracker_V6+-Final.pdf. Published July 1, 2022. [Accessed September 4, 2023].
45. The British Academy. *The COVID Decade: understanding the long-term societal impacts of COVID-19*. <https://www.thebritishacademy.ac.uk/publications/covid-decade-understanding-the-long-term-societal-impacts-of-covid-19/>. Published 2021. [Accessed July 18, 2023].

46. Flanagan A, Dunning J, Brierley A, MacDonald B, Sinha S. Enabling a More Promising Future for Long-Term Care in Canada. 2023. <https://static1.squarespace.com/static/5c2fa7b03917eed9b5a436d8/t/649c8411f0cf20285cff2ed6/1687979048815/Long-term+Care+Paper+3>. [Accessed August 18, 2023].
47. Statistics Canada. In the midst of high job vacancies and historically low unemployment, Canada faces record retirements from an aging labour force: number of seniors aged 65 and older grows six times faster than children 0-14. *The Daily*. <https://www150.statcan.gc.ca/n1/daily-quotidien/220427/dq220427a-eng.htm>. Published April 27, 2022. [Accessed September 4, 2023].
48. World Health Organization. UN Decade of Healthy Aging: Plan of Action. 2020. <https://cdn.who.int/media/docs/default-source/decade-of-healthy-ageing/decade-proposal-final-apr2020-en.pdf>. [Accessed September 4, 2023].
49. Statistics Canada. A portrait of Canada's growing population aged 85 and older from the 2021 Census. <https://www12.statcan.gc.ca/census-recensement/2021/as-sa/98-200-X/2021004/98-200-X2021004-eng.cfm#fn>. Published 2022. [Accessed September 4, 2023].
50. Alzheimer Society of Canada. *Navigating the Path Forward for Dementia in Canada*. <https://alzheimer.ca/en/research/reports-dementia/landmark-study-report-1-path-forward>. Published 2022. [Accessed September 4, 2023].
51. Canadian Frailty Network. Addressing the frailty crisis: meeting the healthcare and social services needs of older Canadians. <https://www.cfn-nce.ca/wp-content/uploads/2018/10/CFN-2017-Federal-Budget-Submission.pdf>. Published 2019. [Accessed September 4, 2023].
52. Muscedere J, Barrie C, Chan K, Cooper B, Critchley K, Kim P, et al. Frailty and Ageing: Canadian challenges and lessons learned in Demark. https://www.cfn-nce.ca/wp-content/uploads/2018/10/2018-10-05_CFN-Denmark-Delegation-Paper_Longwoods-Healthcare-Quarterly.pdf. Published 2018. [Accessed September 4, 2023].
53. Maxwell C, Mondor L, Hogan D, Campitelli M, Bronskill S, Seitz D, et al. Joint impact of dementia and frailty on healthcare utilisation and outcomes: a retrospective cohort study of long-stay home care recipients. *BMJ Open*. 2019;9(6):e029523.
54. Huyer G, Brown C, Spruin S, Hsu AT, Fisher S, Manual DG, et al. Five-year risk of admission to long-term care home and death for older adults given a new diagnosis of dementia: a population-based retrospective cohort study. *CMAJ*. 2020;192(16):E422.
55. National Institute on Ageing. *Ageing in the Right Place: Supporting Older Canadians to Live Where They Want*. Toronto, ON: National Institute on Ageing, Toronto Metropolitan University; 2022. <https://www.niaging.ca/airp>. [Accessed April 15, 2023].
56. Wichmann C. Research in Profile: Profile of Families and Children. *JustResearch no 12*. <https://www.justice.gc.ca/eng/rp-pr/jr/jr12/p5a.html>. Published January 20, 2023. [Accessed Sept. 4, 2023].
57. Statistics Canada. A profile of Canada's families in 2021. [Infographic]. www150.statcan.gc.ca/n1/pub/11-627-m/11-627-m2022039-eng.htm. Published June 13, 2022. [Accessed September 7, 2023].
58. Department of Economic and Social Affairs PD. *World Population Prospects 2022: Summary of Results*. United Nations. https://www.un.org/development/desa/pd/sites/www.un.org.development.desa.pd/files/undesa_pd_2022_wpp_key-messages.pdf. Published July 11, 2022. [Accessed April 15, 2023].
59. Flood CM, Thomas B, White K. Excellent Long-Term Care for Canadians and Federal Legislation. *Healthc Pap*. 2021;20(1):27-33.
60. Llana-Nozal A, Rocard E. Providing long-term care: Options for a better workforce. *Int. Soc. Secur. Rev.* 2022;75(3-4).
61. Ülgüt R, Stiel S, Herbst FA. Experiences and support needs of informal long-distance caregivers at the end of life: a scoping review. *BMJ Open*. 2023;13(4):e068175.
62. Li L, Wister A. Geographic distance and social isolation among family care-givers providing care to older adults in Canada. *Ageing Soc*. Cambridge University Press; 2023;43(2):298–323.
63. National Institute on Ageing. *Pandemic Perspectives on Long-Term Care: Insights from Canadians in Light of COVID-19*. Toronto, ON. <https://static1.squarespace.com/static/5c2fa7b03917eed9b5a436d8/t/60428c8d3c118d6237a6ac11/1614974093703/English+NIA+CMA+Report.pdf>. Published March 19, 2021. [Accessed September 4, 2023].
64. Hoben M, Chamberlain SA, Gruneir A, Knopp-Sihota JA, Sutherland JM, Poss JW, et al. Nursing Home Length of Stay in 3 Canadian Health Regions: Temporal Trends, Jurisdictional Differences, and Associated Factors. *J Am Med Dir Assoc*. Sep 2019;20(9):1121-1128.
65. Stall N. We should care more about caregivers. *CMAJ*. 2019;191(9):E245.
66. MacDonald B-J, Wolfson M, Hirdes JP. *The Future Cost of Long-Term Care in Canada*. National Institute on Ageing. <https://static1.squarespace.com/static/5c2fa7b03917eed9b5a436d8/t/5dbadf6ce6598c340ee6978f/1572527988847/The+Future+Cost+of+Long-Term+Care+in+Canada.pdf>. Published October 1, 2019. [Accessed September 4, 2023].
67. Feil C, Iciaszczyk N, Sinha S. Current vaccination rates and policies as well as essential family caregiver and visitor policies across Canadian long-term care homes. LTCCovid.org. <https://ltccovid.org/2021/10/20/current-vaccination-rates-and-policies-as-well-as-essential-family-caregiver-and-visitor-policies-across-canadian-long-term-care-homes/>. Published 2021. [Accessed September 4, 2023].

68. CSA Group. CSA Z8004:22 Long-term care home operations and infection prevention and control. 2022. <https://www.csagroup.org/store/product/CSA%20Z8004:22/>. [Accessed September 13, 2023].
69. Health Standards Organization. Learn about the new national long-term care services standard. <https://longtermcarestandards.ca>. Published 2023. [Accessed September 4, 2023].
70. Betini R, Milicic S, Lawand C. The Impact of the COVID-19 Pandemic in Long-Term Care in Canada. *Healthc Q*. 2021;24(3):13-15.
71. Low L. Easing lockdowns in care homes during COVID-19: risks and risk reduction. LTCCovid.org. <https://ltccovid.org/2020/05/13/easing-lockdowns-in-care-homes-during-covid-19-risks-and-risk-reduction>. Published 2020. [Accessed September 4, 2023].
72. Trabucchi M, De Leo D. Nursing homes or besieged castles: COVID-19 in northern Italy. *Lancet Psychiatry*. 2020;7(5):387-388.
73. Hugelius K, Harada N, Marutani M. Consequences of visiting restrictions during the COVID-19 pandemic: An integrative review. *Int J Nurs Stud*. 2021 Sep; 121:104000
74. Thirsk LA, Stahlke SA, Perry BA, Gordon B. #Morethanavisitor: Experiences of COVID-19 visitor restrictions in Canadian long-term care facilities. *Fam Relat*. 2022 Oct;71(4):1408-1427.
75. Rodrigues NG, Han CQY, Su Y, Klainin-Yobas P, Wu XV. Psychological impacts and online interventions of social isolation amongst older adults during COVID-19 pandemic: A scoping review. *J Adv Nurs*. 2022 Mar;78(3):609-644.
76. Savage RD, Rochon PA, Na Y, Strauss R, Brown KA, Costa AP, et al. Excess Mortality in Long-Term Care Residents With and Without Personal Contact With Family or Friends During the COVID-19 Pandemic. *J Am Med Dir Assoc*. 2022 Mar;23(3):441-443.
77. Veiga-Seijo R, Miranda-Duro MdC, Veiga-Seijo S. Strategies and actions to enable meaningful family connections in nursing homes during the COVID-19: A Scoping Review. *Clin. Gerontol*. 2022/01/01 2022;45(1):20-30.
78. National Institute on Ageing. *After the Shot: Guidance Supporting the Re-Opening of Canada's LTC Home Following COVID-19 Vaccination*. Toronto, ON. https://static1.squarespace.com/static/5c2fa7b03917eed9b5a436d8/t/60e30d0744de9852f7538107/1625492748278/AftertheShot_0704+%281%29.pdf. Published June 21, 2021. [Accessed September 4, 2023].
79. National Institute on Ageing. *Understanding Social Isolation and Loneliness Among Older Canadians and How to Address It*. Toronto, ON: National Institute on Ageing, Toronto Metropolitan University. <https://cnpea.ca/images/socialisolationreport-final1.pdf>. Published June 21, 2022. [Accessed September 4, 2023].
80. Lemaire C, Humbert C, Sueur C, Racin C. Use of Digital Technologies to Maintain Older Adults' Social Ties During Visitation Restrictions in Long-Term Care Facilities: Scoping Review. *JMIR Aging*. 2023 Feb 10;6:e38593.
81. Naudé B, Rigaud AS, Pino M. Video Calls for Older Adults: A Narrative Review of Experiments Involving Older Adults in Elderly Care Institutions. *Front Public Health*. 2022 Jan 14; 9:751150.
82. Chu CH, Donato-Woodger S, Dainton CJ. Competing crises: COVID-19 countermeasures and social isolation among older adults in long-term care. *J Adv Nurs*. 2020 Oct;76(10):2456-2459.
83. World Health Organization. Social isolation and loneliness among older people: advocacy brief. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240030749>. Published 2021. [Accessed September 4, 2023].
84. Gaetz S, Dej E, Richter T, Redman M. *The State of Homelessness in Canada 2016*. Toronto: Canadian Observatory on Homelessness Press. https://www.homelesshub.ca/sites/default/files/SOHC16_final_20Oct2016.pdf. Published October 13, 2016. [Accessed September 4, 2023].
85. City of Toronto. *Street Needs Assessment 2021*. Shelter, Support and Housing Administration Division. <https://www.toronto.ca/wp-content/uploads/2022/11/96bf-SSHA-2021-Street-Needs-Assessment.pdf>. Published October 1, 2021. [Accessed September 4, 2023].
86. Canadian Observatory on Homelessness. About Homelessness: Seniors. <https://www.homelesshub.ca/about-homelessness/population-specific/seniors>. Published 2021. [Accessed September 4, 2023].
87. City of Toronto. Data from: Social Housing Waiting List Reports. www.toronto.ca/city-government/data-research-maps/research-reports/housing-and-homelessness-research-and-reports/social-housing-waiting-list-reports/. Published 2023. [Accessed September 7, 2023].
88. Brown RT, Hemati K, Riley ED, Lee CT, Ponath C, Tieu L, et al. Geriatric Conditions in a Population-Based Sample of Older Homeless Adults. *Gerontologist*. 2017 Aug 1;57(4):757-766
89. Alston J, Garad Y, Campbell A, Straus S. Evaluating a Geriatric Outreach Program for Older Persons Experiencing Homelessness. Paper presented at: Canadian Geriatrics Society 2023; Vancouver.
90. Bethell J, Aelick K, Babineau J, Bretzlaff M, Edwards C, Gibson JL, et al. Social Connection in Long-Term Care Homes: A Scoping Review of Published Research on the Mental Health Impacts and Potential Strategies During COVID-19. *J Am Med Dir Assoc*. 2021 Feb;22(2):228-237.
91. Rocard E, Llana-Nozal A. Supporting informal carers of older people: Policies to leave no carer behind. *OECD Health Working Papers*. 2022;140.

92. Grant K, Stueck W. Families face tough call over removing loved ones from long-term care. *The Globe and Mail*. April 3, 2020; available from: <https://www.theglobeandmail.com/canada/article-families-face-tough-call-over-removing-loved-ones-from-long-term-care/>. [Accessed September 4, 2023].
93. Welsh M. Families struggle with 'difficult decision' whether to remove loved ones from long-term care homes amid pandemic. *Toronto Star*. April 7, 2020; available from: https://www.thestar.com/news/canada/families-struggle-with-difficult-decision-whether-to-remove-loved-ones-from-long-term-care-homes/article_9a0bc2a8-59c7-5290-bd1e-0551185c2d6a.html. [Accessed September 4, 2023].
94. Leung W. What to consider if you're thinking of pulling a loved one out of long-term care. *The Globe and Mail*. April 8 2020; available from: <https://www.theglobeandmail.com/canada/article-what-to-consider-if-youre-thinking-of-pulling-a-loved-one-out-of-long/>. [Accessed September 4, 2023].
95. Mills S. Watching Mom deteriorate through a nursing home window: Diary of a caregiver in the midst of a pandemic. *Toronto Star*. December 29, 2020; available from: https://www.thestar.com/news/gta/watching-mom-deteriorate-through-a-nursing-home-window-diary-of-a-caregiver-in-the-midst/article_aeafebc8-d6f2-50b4-9300-c3f099f2814a.html. [Accessed September 4, 2023].
96. Sarrouh M. Calls growing to expand visits in Ontario long-term-care homes as vaccinated residents still can't see family. *Toronto Star*. May 13, 2021; available from: https://www.thestar.com/news/gta/calls-growing-to-expand-visits-in-ontario-long-term-care-homes-as-vaccinated-residents-still/article_6c4115a3-4ad9-5f6a-916a-52e19a5e9ea6.html. [Accessed September 4, 2023].
97. McKinley S. These long-term care residents just saw their families in person for the first time in more than three months. They're pretty happy. *Toronto Star*. June 16, 2020; available from: https://www.thestar.com/news/canada/these-long-term-care-residents-just-saw-their-families-in-person-for-the-first-time/article_ee265f7a-7b92-5649-a974-58efd7275624.html. [Accessed September 4, 2023].
98. Thompson N, Paglinawan D. 'I started crying': Families resume outdoor visits with long-term care residents. *National Post*. May 23, 2021; available from: <https://nationalpost.com/news/i-started-crying-families-resume-outdoor-visits-with-long-term-care-residents>. [Accessed September 4, 2023].
99. Kopun F. 'A very euphoric moment': Families thrilled to visit loved ones in long-term care after months of isolation. *Toronto Star*. May 22, 2021; available from: https://www.thestar.com/news/gta/a-very-euphoric-moment-families-thrilled-to-visit-loved-ones-in-long-term-care-after/article_a31a03f3-3b91-5eaa-b56d-b64e7d7b9c7c.html. [Accessed September 4, 2023].
100. Welsh M. 'I can't go and touch her.' Long-term-care homes finally open their doors to visitors, but distancing in many remains. *Toronto Star*. July 23, 2020; available from: https://www.thestar.com/news/canada/i-can-t-go-and-touch-her-long-term-care-homes-finally-open-their-doors/article_fa3db9a2-4bc9-58d8-8b4c-020b461ba4aa.html. [Accessed September 4, 2023].
101. Chiu J. 'Furious and scared': Long before COVID-19, these families knew Canada's long-term-care system was broken. *Toronto Star*. April 16, 2020; available from: https://www.thestar.com/news/canada/furious-and-scared-long-before-covid-19-these-families-knew-canada-s-long-term-care/article_70816a21-8afc-5363-a26c-4a88772a3944.html. [Accessed September 4, 2023].
102. Bourbonnais A, Lachance G, Baumbusch J, Hsu A, Daneau S, Macaulay S. At the Epicentre of the COVID-19 Pandemic in Canada: Experiences and Recommendations of Family Care Partners of an Older Person Living in a Long-Term Care Home. *Can J Aging*. 2023 Sep 29:1-13
103. Cooke HA, Wu SA, Bourbonnais A, Baumbusch J. Disruptions in Relational Continuity: The Impact of Pandemic Public Health Measures on Families in Long-Term Care. *J Fam Nurs*. 2023 Feb;29(1):6-17.
104. Organisation for Economic Co-operation and Development. Health At a Glance 2021: OECD Indicators. Paris: OECD Publishing. <https://www.oecd.org/health/health-at-a-glance/>. Published November 9, 2021. [Accessed September 4, 2023].
105. Organisation for Economic Cooperation and Development. *Beyond Applause?: Improving Working Conditions in Long-Term Care*. Paris: OECD Publishing. <https://www.oecd.org/publications/beyond-applause-improving-working-conditions-in-long-term-care-27d33ab3-en.htm>. Published June 27, 2023. [Accessed September 4, 2023].
106. Comas-Herrera A, Marczak J, Byrd W, Lorenz-Dant K, Patel D, Pharoah D, et al. LTCcovid International living report on COVID-19 and Long-Term Care. LTCcovid, Care Policy & Evaluation Centre, London School of Economics and Political Science. <https://ltccovid.org/international-living-report-covid-ltc/>. Published 2022. [Accessed September 4, 2023].
107. Estabrooks CA, Duan Y, Cummings GG, Doupe M, Hoban M, Keefe J, et al. Changes in Health and Well-Being of Nursing Home Managers from a Prepandemic Baseline in February 2020 to December 2021. *J Am Med Dir Assoc*. 2023/02/01/2023;24(2):148-155.
108. Boamah SA, Weldrick R, Havaei F, Irshad A, Hutchinson A. Experiences of Healthcare Workers in Long-Term Care during COVID-19: A Scoping Review. *J Appl Gerontol*. 2023/05/01 2022;42(5):1118-1136.

109. Laher Z, Robertson N, Harrad-Hyde F, Jones CR. Prevalence, Predictors, and Experience of Moral Suffering in Nursing and Care Home Staff during the COVID-19 Pandemic: A Mixed-Methods Systematic Review. *Int J Environ Res Public Health*. 2022 Aug 4;19(15):9593.
110. Jones K, Schnitzler K, Borgstrom E. The implications of COVID-19 on health and social care personnel in long-term care facilities for older people: An international scoping review. *Health Soc Care Community*. 2022 Nov;30(6):e3493-e3506.
111. Gray KL, Birtles H, Reichelt K, James IA. The experiences of care home staff during the COVID-19 pandemic: A systematic review. *Aging Ment Health*. Dec 30 2021:1-10.
112. Hapsari AP, Ho JW, Meaney C, Avery L, Hassen N, Jetha A, et al. The working conditions for personal support workers in the Greater Toronto Area during the COVID-19 pandemic: a mixed-methods study. *Can J Public Health*. 2022 Dec;113(6):817-833.
113. Titley HK, Young S, Savage A, Thorne T, Spiers J, Estabrooks CA. Cracks in the foundation: The experience of care aides in long-term care homes during the COVID-19 pandemic. *J Am Geriatr Soc*. 2023 Jan;71(1):198-205.
114. Samfiru Tumarkin LLP. Paid Sick Days in Ontario <https://stlawyers.ca/blog-news/paid-sick-leave-in-ontario/>. Published March 23, 2023. [Accessed September 4, 2023].
115. Backhaus R, Verbeek H, de Boer B, Urlings JHJ, Gerritsen DL, Koopmans RTCM, et al. From wave to wave: a Dutch national study on the long-term impact of COVID-19 on well-being and family visitation in nursing homes. *BMC Geriatrics*. 2021/10/22 2021;21(1):588.
116. Canadian Institute for Health Information. Overview: Impacts of COVID-19 on health care providers. <https://www.cihi.ca/en/health-workforce-in-canada-in-focus-including-nurses-and-physicians/overview-impacts-of-covid-19-on>. Published November 17, 2022. Updated November 17, 2022. [Accessed June 14, 2023].
117. Office of the Seniors Advocate NL. Status Report On Recommendations 2022-23. <https://www.seniorsadvocatenl.ca/pdfs/StatusReportOnRecommendations2021-22.pdf>. Published October 24, 2022. [Accessed September 4, 2023].
118. Prince Edward Island Department of Health. Internal Long-Term Care Review. <https://www.princeedwardisland.ca/sites/default/files/publications/20220609dhwlongtermcarereview.pdf>. Published June 9, 2022. [Accessed September 4, 2023].
119. Delorey R. *COVID-19 First Wave Review: March to September 2020*. Department of Health and Wellness, Government of Nova Scotia. <https://novascotia.ca/dhw/ccs/infection-control-ltc/LTC-Internal-infection-prevention-and-control-review-report.pdf>. Published September 21, 2020. [Accessed September 4, 2023].
120. Lata C, Stevenson L. Northwood Review: Executive Summary & Recommendations. <https://novascotia.ca/dhw/ccs/infection-control-ltc/Northwood-QIIPA-Report-Executive-Summary-Recommendations.pdf>. Published September 14, 2020. [Accessed September 4, 2023].
121. Nova Scotia Department of Health and Wellness. *Expert Advisory Panel on Long-Term Care Outcome Report Update - March 2022*. <https://novascotia.ca/dhw/publications/Expert-Advisory-Panel-on-Long-Term-Care-Outcome-Report.pdf>. Published 2022. [Accessed September 4, 2023].
122. Couturier Y, Guillette M, Lanneville D. *Réorganiser les soins de longue durée à la lumière de la pandémie*. Institute for Research on Public Policy. <https://irpp.org/research-studies/reorganiser-les-soins-de-longue-duree-a-la-lumiere-de-la-pandemie/>. Published December 8, 2021. [Accessed September 4, 2023].
123. Québec Ombudsperson. *The Québec Ombudsman's Final Report: COVID-19 in CHSLDs during the first wave of the pandemic*. <https://protecteurducitoyen.qc.ca/sites/default/files/2021-11/final-report-first-wave-covid-19-chslds.pdf>. Published September 3, 2021. [Accessed September 4, 2023].
124. Québec Ombudsperson. *COVID-19 in CHSLDs during the first wave of the pandemic: Learning from the crisis and moving to uphold the rights and dignity of CHSLD residents*. https://protecteurducitoyen.qc.ca/sites/default/files/pdf/rapports_speciaux/progress-report-chslds-covid-19.pdf. Published December 10, 2020. [Accessed September 4, 2023].
125. Government of Quebec. COVID-19: An Action Plan for the Second Wave. <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2020/20-210-247WA.pdf>. Published August 2020. [Accessed September 4, 2023].
126. Rochon PA, Li JM, Johnstone J, et al. The COVID-19 pandemic's impact on long-term care homes: Five lessons learned. *Science Briefs of the Ontario COVID-19 Science Advisory Table*. 2022;3(60).
127. Marrocco FN, Coke A, Kitts J. Ontario's Long-Term Care COVID-19 Commission: Final Report. <https://files.ontario.ca/mltc-ltcc-final-report-en-2021-04-30.pdf>. Published April 30, 2021. [Accessed September 4, 2023].
128. Ministry of Long-Term Care (Ontario). *COVID-19: Long-term care preparedness*. <https://www.health.gov.on.ca/en/pro/programs/ltc/docs/covid-19/mltc-covid19-ltc-reparedness.pdf>. Published 2020. [Accessed September 4, 2023].
129. Stevenson L. *Maples Personal Care Home COVID-19 Outbreak: External Review Final Report*. https://manitoba.ca/asset_library/en/proactive/2020_2021/maples-pch-covid19-review.pdf. Published January 15, 2021. [Accessed September 4, 2023].
130. Government of Manitoba. Report of The Provincial Implementation Plan Team for the Report of The Maples Personal Care Home Covid-19 Outbreak: 30-Day Report. https://www.gov.mb.ca/asset_library/en/proactive/2020_2021/maples-pch-covid19-review-march5.pdf. Published March 5, 2021. [Accessed September 4, 2023].

131. Government of Manitoba. Final Report of The Provincial Implementation Plan for the Stevenson Review. https://gov.mb.ca/asset_library/en/proactive/20222023/maples-care-home-final-report-feb-2022.pdf. Published February 2022. [Accessed September 4, 2023].
132. Ombudsman Saskatchewan. *Caring in Crisis: An investigation into the response to the COVID-19 outbreak at Extencicare Parkside*. <https://ombudsman.sk.ca/app/uploads/2021/08/Caring-in-Crisis-Full-Report.pdf>. Published August 2021. [Accessed September 4, 2023].
133. Auditor General of Alberta. Assessment of Implementation Report: Seniors Care in Long-term care. <https://www.oag.ab.ca/wp-content/uploads/2023/04/oag-aoi-seniors-care-ltc-feb-2023.pdf>. Published February 2023. [Accessed September 4, 2023].
134. Alberta Department of Health. Improving Quality of Life for Residents in Facility-Based Continuing Care: Alberta Facility-Based Continuing Care Review Recommendations Final Report 2021. <https://open.alberta.ca/dataset/f680d1a6-bee5-4862-8ea4-e78d98b7965d/resource/22092c9c-99bb-4fee-9929-7ce06e71bbd1/download/health-improving-quality-life-residents-facility-based-continuing-care-2021-04-30.pdf>. Published May 31, 2023. [Accessed September 4, 2023].
135. Office of the Seniors Advocate British Columbia. *A billion reasons to care: A funding review of contracted long term care in B.C.* <https://www.seniorsadvocatebc.ca/app/uploads/sites/4/2020/02/ABillionReasonsToCare.pdf>. Published February 4, 2020. [Accessed September 4, 2023].
136. Office of the Seniors Advocate British Columbia. *Review of Covid-19 outbreaks in care homes in British Columbia*. <https://www.seniorsadvocatebc.ca/app/uploads/sites/4/2021/10/Outbreak-Review-Report.pdf>. Published October 6, 2021. [Accessed September 4, 2023].
137. Ernst & Young LLP. BC Ministry of Health Long-term care COVID-19 response review. https://news.gov.bc.ca/files/1.25.2021_LTC_COVID-19_Response_Review.pdf. Published October 22, 2020. [Accessed September 4, 2023].
138. Graham J, Hosseini Z. Impacts of COVID-19 on Canadian nursing homes and seniors' homes in 2021. Statistics Canada. <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/45-28-0001/2022001/article/00011-eng.htm>. Published September 13, 2022. [Accessed September 4, 2023].
139. Canadian Institute for Health Information. *The Impact of COVID-19 on Long-Term Care in Canada: Focus on the first 6 months*. Ottawa, ON: CIHI. <https://www.cihi.ca/sites/default/files/document/impact-covid-19-long-term-care-canada-first-6-months-report-en.pdf>. Published March 30, 2021. [Accessed September 4, 2023].
140. Grignon M, Hothi H. Life and death in long-term care: Are we learning the wrong lessons from COVID-19? *IRPP Study No 89*. <https://irpp.org/research-studies/life-and-death-in-long-term-care-are-we-learning-the-wrong-lessons-from-covid-19/>. Published February 28, 2023. [Accessed September 4, 2023].
141. Collège des médecins du Québec - Ordre des infirmières et infirmiers du Québec - Ordre des infirmières et infirmiers auxiliaires du Québec. Rapport d'enquête sur la qualité des services médicaux et des soins infirmiers au CHSLD Herron et à l'Institut universitaire de gériatrie de Montréal durant la première vague de la pandémie de COVID-19 [Report on the investigation of the quality of medical services and nursing care at the CHSLD Herron and the Institut universitaire de gériatrie de Montréal during the first wave of the COVID-19 pandemic]. <https://www.oiiq.org/documents/20147/2943833/RAPPORT-ENQUETE-2021.pdf>. Published 2021. [Accessed September 4, 2023].
142. Commissaire à la santé et au bien-être. Le devoir de faire autrement. Partie 2 : Réorienter la gouvernance vers des résultats qui comptent pour les gens [The duty to do things differently. Part 2: Reorienting governance to outcomes that matter to people]. https://www.csbe.gouv.qc.ca/fileadmin/www/2022/Rapportfinal_Mandat/CSBE-Rapport_final_Partie2.pdf. Published January 2022. [Accessed September 4, 2023].
143. Dubois C-A. COVID-19 et main-d'oeuvre en santé: Déminer le terrain et lever les verrous institutionnels [COVID-19 and the health workforce: Clearing the ground and lifting institutional barriers]. CIRANO. <https://www.cirano.qc.ca/en/summaries/2020RB-05>. Published July 9, 2020. [Accessed September 4, 2023].
144. Dorsey M, Bryanton C, Corkum B, Keefe J, Estabrooks C. COVID-19: Long-term Care Review. https://www.princeedwardisland.ca/sites/default/files/publications/covid-19_ltc_review_report.pdf. Published Oct. 19, 2023. [Accessed October 31, 2023].
145. Casey S. Addressing Canada's Health Workforce Crisis. <https://www.ourcommons.ca/Content/Committee/441/HUMA/Brief/BR11678849/brexternal/CanadianNursesAssociation-e.pdf>. Published March 2023. [Accessed September 13, 2023].
146. Canadian Institute for Health Information. *Recommendations for Advancing Pan-Canadian Data Capture for Personal Support Workers*. <https://www.cihi.ca/sites/default/files/document/recommendations-advancing-pan-canadian-data-capture-psws-report-en.pdf>. Published 2023. [Accessed September 13, 2023].
147. Review of Long-Term Care and Personal Care Home Programs in the Province Underway [press release]. <https://www.gov.nl.ca/releases/2023/health/0209n02/>. Published February 9, 2023. [Accessed September 4, 2023].
148. Government of Saskatchewan. Government Orders Review of Long-Term Care Pharmacy Procurement Process. <https://www.saskatchewan.ca/government/news-and-media/2021/june/30/government-orders-review-of-long-term-care-pharmacy-procurement-process>. Published June 30, 2021. [Accessed September 4, 2023].

149. Office of the Child Youth and Seniors Advocate. Advocate launches systemic review of provincial long-term care system. https://www2.gnb.ca/content/gnb/en/news/news_release.2023.02.0055.html. Published February 13, 2023. [Accessed September 4, 2023].
150. Government of Canada. Budget 2021 A recovery plan for jobs, growth, and resilience. <https://www.budget.canada.ca/2021/report-rapport/toc-tdm-en.html>.
151. Government of Canada. Budget 2023 A made-in-Canada plan: Strong middle class, affordable economy, healthy future. <https://www.budget.canada.ca/2023/home-accueil-en.html>. Published 2023. Updated March 23, 2023. [Accessed September 4, 2023].
152. Government of Canada. 2022 Budget A plan to grow our economy and make life more affordable. <https://www.budget.canada.ca/2022/home-accueil-en.html>. Published 2022. Updated April 7, 2022. [Accessed September 4, 2023].
153. Houston AR, Liu J, Habibi R, Murthy S, Pai M. Canada's role in covid-19 global vaccine equity failures. *BMJ*. 2023 Jul 24;382:e075149
154. Health Canada. Shared Health Priorities and Safe Long-term Care Fund. Government of Canada. <https://www.canada.ca/en/health-canada/corporate/transparency/health-agreements/shared-health-priorities.html>. Published 2023. Updated June 5, 2023. [Accessed September 4, 2023].
155. Government of Canada. Supporting Canadians and Fighting COVID-19: Fall Economic Statement 2020. <https://www.canada.ca/en/department-finance/news/2020/11/government-of-canada-releases-supporting-canadians-and-fighting-covid-19-fall-economic-statement-2020.html>. Published November 30, 2020. [Accessed September 4, 2023].
156. Health Canada. Government of Canada Invests More than \$221 Million to Support Canadians Living in Long-Term Care in Quebec. Government of Canada. <https://www.canada.ca/en/health-canada/news/2022/06/government-of-canada-invests-more-than-221-million-to-support-canadians-living-in-long-term-care-in-quebec.html>. Published 2022. Updated June 27, 2022. [Accessed September 4, 2023].
157. Health Canada. Consultation on Safe Long-Term Care. Government of Canada. <https://www.canada.ca/en/health-canada/programs/consultation-safe-long-term-care.html>. Published 2023. [Accessed September 4, 2023].
158. Government of Canada. Development of a federal Safe Long-Term Care Act: Discussion paper. [Internet]. Ottawa: Government of Canada. <https://www.canada.ca/en/health-canada/programs/consultation-safe-long-term-care/document.html>. Updated July 21, 2023. [Accessed September 13, 2023].
159. Jones A. Ontario hospital nurses awarded additional pay after Bill 124 struck down. *Toronto Star*. April 28, 2023; available from: https://www.thestar.com/news/gta/ontario-hospital-nurses-awarded-additional-pay-after-bill-124-struck-down/article_5f9e24ac-e0fa-56b2-b2fb-d94e6df65c82.html. [Accessed September 4, 2023].
160. Government of Ontario. Ontario Expanding Personal Support Worker Training Program in Long-Term Care. <https://news.ontario.ca/en/release/1003182/ontario-expanding-personal-support-worker-training-program-in-long-term-care>. Published June 22, 2023. [Accessed September 4, 2023].
161. Harrington C, Dellefield ME, Halifax E, Fleming ML, Bakerjian D. Appropriate Nurse Staffing Levels for U.S. Nursing Homes. *Health Serv Insights*. 2020;13:1178632920934785.
162. Estabrooks CA. Staffing for Quality in Canadian Long-Term Care Homes. *Healthc Pap*. 2021;20(1):40-50.
163. Loriggio P. Ontario government didn't replenish PPE stockpiles before COVID-19: LTC commission. *Toronto Star*. January 7, 2021; available from https://www.thestar.com/politics/ontario-government-didn-t-replenish-ppe-stockpiles-before-covid-19-ltc-commission/article_04e2a002-7971-57a4-a0a6-cd1d1a8ed44e.html. [Accessed September 4, 2023].
164. Dosa D, Jump RLP, LaPlante K, Gravenstein S. Long-Term Care Facilities and the Coronavirus Epidemic: Practical Guidelines for a Population at Highest Risk. *J Am Med Dir Assoc*. 2020;21:569-571.
165. World Health Organization. Global Report on Ageism. [Policy brief]. <https://www.who.int/teams/social-determinants-of-health/demographic-change-and-healthy-ageing/combating-ageism/global-report-on-ageism>. Published 2021. [Accessed September 13, 2023].
166. Wyman MF, Shiovitz-Ezra S, Bengel J. Ageism in the Health Care System: Providers, Patients, and Systems. In: Ayalon L, Tesch-Römer C. (eds) *Contemporary Perspectives on Ageism. International Perspectives on Aging*, vol 19. Springer, Cham. 2018. https://doi.org/10.1007/978-3-319-73820-8_13
167. Bourbonnais A, Ducharme F. Âgisme et professions d'aide... des paradoxes dans une société vieillissante? Dans M. Lagacé (dir.), *L'âgisme : Comprendre et changer le regard social sur le vieillissement*. Presses de l'Université Laval. (2010). <https://umontreal.on.worldcat.org/oclc/755957069>.
168. Statistics Canada. The contribution of immigrants and population groups designated as visible minorities to nurse aide, orderly and patient service associate occupations <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/45-28-0001/2020001/article/00036-eng.htm> Published 2020. [Accessed September 13, 2023].
169. Gahwi L, Walton-Roberts M. Migrant Care Labour, Covid-19, and the Long-Term Care Crisis: Achieving Solidarity for Care Providers and Recipients. In: Triandafyllidou, A. (eds) *Migration and Pandemics. IMISCOE Research Series*. Springer.2022. Cham. https://doi.org/10.1007/978-3-030-81210-2_6

170. Savage A, Young S, Titley HK, Thorne TE, Spiers J, Estabrooks CA. This Was My Crimean War: COVID-19 Experiences of Nursing Home Leaders. *J Am Med Dir Assoc*. 2022 Nov;23(11):1827-1832.
171. Spencer C. *Ageism and the law: Emerging concepts and practices in housing and health*. Law Commission of Ontario;2009.
172. United Nations. Universal Declaration of Human Rights. un.org/en/about-us/universal-declaration-of-human-rights. Published 1948. [Accessed September 4, 2023].
173. World Health Organization. *Ensuring a human rights-based approach for people living with dementia*. <https://www.ohchr.org/sites/default/files/Documents/Issues/OlderPersons/Dementia/ThematicBrief.pdf>. Published March 14, 2015. [Accessed September 4, 2023].
174. United Nations. United Nations Principles for Older Persons. hohchr.org/en/instruments-mechanisms/instruments/united-nations-principles-older-persons. Published 1991. [Accessed September 4, 2023].
175. Canadian Charter of Rights and Freedoms, Part 1 of the Constitution Act, 1982, being Schedule B to the Canada Act 1982 (UK), c11.
176. Government of Canada. Rights of people with disabilities. canada.ca/en/canadian-heritage/services/rights-people-disabilities. Published 2018. [Accessed September 4, 2023].
177. Alzheimer Society of Canada. The Canadian Charter of Rights for People with Dementia. alzheimer.ca/en/take-action/change-minds/canadian-charter-rights-people-dementia. Published 2023. [Accessed September 4, 2023].
178. Humphrey HH. Remarks at the dedication of the Hubert H. Humphrey Building. *Congressional Record*. 1977;123:37287.
179. Canadian Institute for Health Information. Canadian COVID-19 Intervention Timeline. cihi.ca/en/canadian-covid-19-intervention-timeline. Published October 13, 2022. [Accessed September 6, 2023].
180. Hinshaw DD. Alberta has detected its first case of the South African variant of COVID-19 This case involved a recent traveller The individual is in quarantine & there's no evidence at this time that the virus has spread to others (1/2). twitter.com/CMOH_Alberta/status/1347686548129529856. Published January 8, 2021. [Accessed September 6, 2023].
181. National Collaborating Centre for Infectious Diseases. Updates on COVID-19 Variants. nccid.ca/covid-19-variants/. Published 2021. Updated June 2, 2023. [Accessed September 6, 2023].
182. Agnihotri A, Gallardo C. Canada's first COVID-19 Omicron variant cases confirmed. *Toronto Star*. November 28, 2021; available from: https://www.thestar.com/news/canada/canada-s-first-covid-19-omicron-variant-cases-confirmed/article_4c46e025-c844-5cdc-aab9-a4b19f161415.html. [Accessed September 4, 2023].
183. Lorinc J. Major long-term-care home operators say all staff must get vaccinated - or face unpaid leave. *Toronto Star*. August 26, 2021; available from: https://www.thestar.com/business/major-long-term-care-home-operators-say-all-staff-must-get-vaccinated-or-face-unpaid/article_182565e6-53f5-50df-88b5-6adf918b141a.html. [Accessed September 4, 2023].
184. Office of the Auditor General of Ontario. COVID-19 Preparedness and Management: Special Report on Pandemic Readiness and Response in Long-Term Care. https://www.auditor.on.ca/en/content/specialreports/specialreports/COVID-19_ch5readinessresponseLTC_en202104.pdf. Published April 2021. [Accessed June 13, 2023].
185. CBC News. Ontario LTC minister to review new national standards critics say can help boost care. *CBC News Toronto*. January 31, 2023; available from: <https://www.cbc.ca/news/canada/toronto/ontario-long-term-care-national-standards-1.6731764>. [Accessed September 4, 2023].
186. Simard L. Sask. to review new standards for long-term care homes. *CTV News Regina*. February 1, 2023; available from: <https://regina.ctvnews.ca/sask-to-review-new-standards-for-long-term-care-homes-1.6256059>. [Accessed September 4, 2023].
187. Government of Yukon. Government of Yukon launches new Paid Sick Leave Rebate program to support Yukon workers and employers. yukon.ca/en/news/government-yukon-launches-new-paid-sick-leave-rebate-program-support-yukon-workers-and. Published April 25, 2023. [Accessed September 6, 2023].
188. Mojtehedzadeh S. 'Another blow' to Ontario's health care system: Critics slam province for scrapping paid sick leave. *Toronto Star*. March 23, 2023; available from: https://www.thestar.com/business/another-blow-to-ontario-s-health-care-system-critics-slam-province-for-scrapping-paid-sick/article_e154a39d-f61f-5b7d-867a-b69d34885d80.html. [Accessed September 4, 2023].

Annexe 1 - Chronologie de la pandémie de COVID-19 au Canada



Sources : 23,24,38,179-183

Annexe 2 – Comment nous avons scruté la littérature et les médias

Littérature scientifique

Notre stratégie de recherche a été conçue et exécutée par un bibliothécaire de l'Université de l'Alberta en consultation avec les membres de l'équipe de recherche. Les recherches ont été effectuées en juin 2023 et ont couvert la période s'étendant de janvier 2020 à juin 2023. Les termes de recherche pour les travailleurs des SLD comprenaient, entre autres, « health care aide », « personal support worker », « LTC personnel », « nursing assistants » et « long term care worker ». Pour la pandémie de COVID-19, les termes de recherche comprenaient notamment « Coronavirus Infections », « SARS-CoV-2 », « covid* » et « pandémie ». Les termes relatifs aux établissements de soins de longue durée comprenaient « nursing home », « long term care home* », « continuing care », « residential care* » et « long term care facilit* ». Ces termes ont été combinés à l'aide des opérateurs booléens OU et ET. Les bases de données consultées comprenaient OVID Medline, PubMed, Scopus, CINAHL et PsycInfo. Les recherches ont été limitées aux revues systématiques ou aux méta-analyses. Les résultats des recherches ont été analysés indépendamment par deux assistants de recherche pour en vérifier la pertinence, et les résultats ont été comparés pour évaluer la fiabilité interjuges. Aucune évaluation officielle de la qualité des revues n'a été effectuée.

Rapports provinciaux et territoriaux

La littérature grise a été fouillée pour identifier les rapports et les analyses accessibles au public produits dans chacune des provinces et chacun des territoires au Canada. Des recherches ont été effectuées sur les sites Web des gouvernements provinciaux et territoriaux, ainsi que sur les sites Web des vérificateurs généraux provinciaux/territoriaux, des défenseurs des aînés et des ministères de la santé et des soins de longue durée. Les termes de recherche comprenaient « long-term care » ou « LTC » et « report » ou « review ». Les examens et les rapports publiés entre janvier 2020 et mai 2023 ont été retenus. Les communiqués de presse et les annonces de rapports et d'examens en cours ont également été pris en compte. Ces documents ont été compilés (annexe 3, tableau 1) et leur contenu a été analysé par un assistant de recherche afin de déterminer leur contenu et leur correspondance avec les recommandations du rapport initial de 2020 « Rétablir la confiance ». Les mesures et recommandations pertinentes ont été identifiées et utilisées comme sources pour le tableau 2 de l'annexe 3. Comme nous l'avons indiqué dans la section 2 de ce rapport, nous avons fouillé, dans la mesure du possible, les documents qui étaient accessibles au public. Il se peut que cela ne reflète pas l'ensemble des travaux réalisés par les provinces et les territoires sur la question des soins de longue durée.

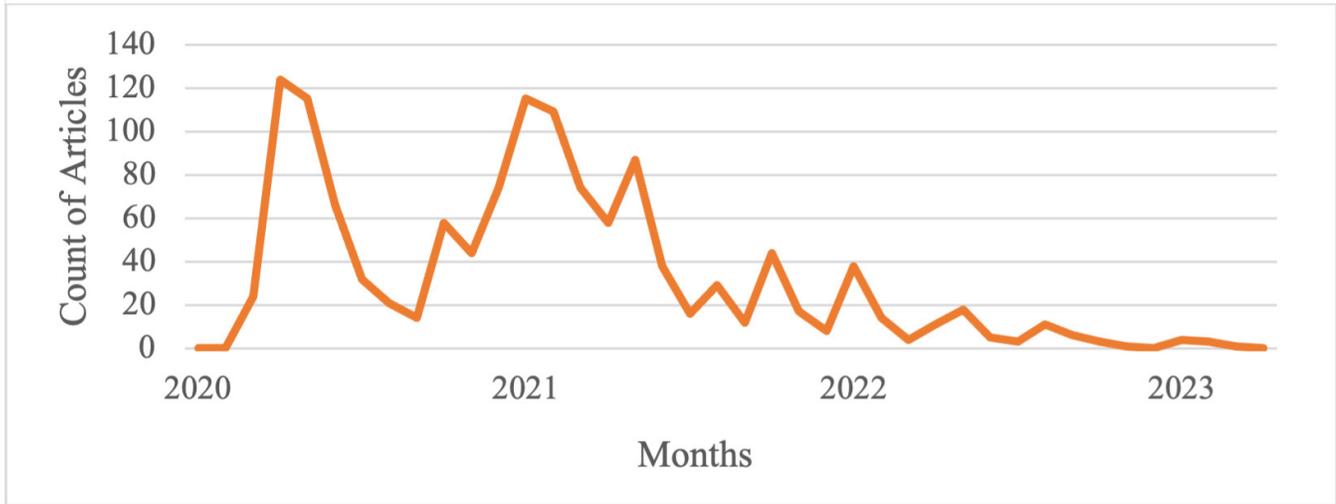
Médias nationaux

Nous avons effectué une brève recherche dans les flux de nouvelles canadiennes des médias nationaux, notamment le Toronto Star, le Globe & Mail, le National Post, CTV National et CBC National, pour trouver des articles contenant les termes « COVID » et « long term care » publiés entre janvier 2020 et mars 2023. Les titres et les mots-clés de tous les articles ont été examinés afin de déterminer les thèmes des articles. Lorsque les thèmes ne pouvaient être déterminés à partir des titres et des mots-clés, le texte intégral des articles a été analysé. Les grands thèmes abordés dans les articles publiés comprenaient la déclaration des cas de virus, la prévention des infections et les mesures de contrôle, la propriété des établissements de SLD,

les droits de la personne, la crise des SLD au sens large, les politiques, la main-d'œuvre et les recommandations.

La figure 4 montre le nombre d'articles publiés dans les médias nationaux chaque mois entre le 1er janvier 2020 et le 31 août 2023. Les médias nationaux se sont employés à maintenir la crise des soins de longue durée au premier plan de l'attention publique pendant la pandémie. Toutefois, les points de données de ce graphique montrent clairement que l'attention portée à cette question a diminué depuis le milieu de l'année 2022.

Figure 4. Articles dans les médias nationaux canadiens sur la COVID-19 et les SLD par mois, janv. 2020 à août 2023



Annexe 3 – Synthèse des rapports provinciaux et territoriaux et de leur concordance avec les recommandations du rapport de 2020 *Rétablir la confiance*

Tableau 1. Tour d’horizon des rapports provinciaux et territoriaux sur les SLD

Titre du document	Objectif et contenu	Progression
Terre-Neuve		
Review of Long-Term Care and Personal Care Home Programs	Réponse aux recommandations du groupe de travail de la Province de Terre-Neuve-et-Labrador (Health Accord NL) concernant l’amélioration de la qualité et de la disponibilité des SLD et l’élaboration d’un cadre législatif sur les soins à domicile, les foyers de soins personnels et les établissements de SLD.	En cours de préparation – annoncé le 9 février 2023
Status Report on Recommendations 2022–2023	Fournit un rapport d’étape sur la mise en œuvre des recommandations présentées dans un rapport de 2019 du Bureau pour la défense des aînés. Il s’agit du premier d’une série de rapports annuels qui seront publiés jusqu’à ce que toutes les recommandations aient été mises en œuvre.	Terminé – novembre 2022
Government of Newfoundland and Labrador: Department of Health and Community Services Long-Term Care and Community Support Services Funding Models – Final Report	Fournit un compte rendu des modalités de financement des prestataires tiers de services de SLD et de soins continus, y compris en dressant l’inventaire des services actuellement fournis par les prestataires tiers; une analyse de la littérature et un tour d’horizon des diverses méthodes de remboursement utilisées au Canada et à l’étranger; une vue d’ensemble des facteurs clés à prendre en compte dans l’élaboration d’un modèle de financement; et un plan de mise en œuvre des modèles de financement proposés.	Terminé – février 2020
Île-du-Prince-Édouard		
COVID-19 : Long-Term Care External Review	Présente dans son contexte la situation de la COVID-19 à l’Î. P. É., analyse la performance de la province dans quatre domaines clés et formule des recommandations en les reliant aux Normes nationales en matière de soins de longue durée.	Terminé – août 2023
Department of Health: Internal Long-Term Care Review	Décrit le contexte actuel des SLD à l’Î.-P.-É., en fournissant notamment les caractéristiques des établissements de SLD de la province, une comparaison entre les établissements publics et privés, les caractéristiques des résidents, les expériences en matière de SLD, les taux d’événements indésirables et de blessures, les caractéristiques du personnel de SLD et de brefs aperçus du financement, du cadre législatif et de la réglementation liés aux établissements de SLD.	Terminé – juin 2022

Nouvelle-Écosse		
COVID-19 First Wave Review : March to September 2020	Examine la prévention et le contrôle des infections (PCI) dans les établissements de SLD de la Nouvelle-Écosse en se fondant sur les réponses au sondage fournies par les directions des établissements de SLD, sur des conversations avec le personnel des établissements de SLD, sur des visites virtuelles d'établissements de SLD et sur une analyse documentaire des pratiques exemplaires de PCI employées dans les établissements de SLD. Présente des solutions immédiates et à plus long terme axées sur l'accès à l'expertise en PCI; l'accès à la formation et aux outils de PCI; les défis liés aux systèmes, normes et processus particuliers des établissements; l'équipement et les ressources matérielles; les mécanismes de surveillance et de signalement; ainsi que l'infrastructure et la conception des locaux.	Terminé – septembre 2020
Northwood Review	Ce document cerne les facteurs importants qui ont contribué aux conséquences de l'épidémie de COVID-19 à l'établissement Northwood Manor et formule 17 recommandations axées sur le CPI, la communication et la qualité des soins à l'intention de l'établissement, du ministère de la Santé et du Bien-être et du gouvernement.	Terminé – septembre 2020
Expert Advisory Panel on Long-Term Care Outcome Report Update – March 2022	Fait le point sur les progrès réalisés dans la mise en œuvre des 22 recommandations formulées en 2019 en vue d'améliorer la qualité des soins dans les établissements de SLD en Nouvelle-Écosse. Les recommandations portent notamment sur la dotation, l'éducation et l'infrastructure.	Terminé – mars 2022
Nouveau-Brunswick		
Examen du système de soins de longue durée	Examine les besoins du secteur des SLD en ce qui a trait à la gouvernance, à la transférabilité, aux ressources humaines, à la qualité des soins, à la sécurité et à la qualité de vie. Le but est de formuler des recommandations pour améliorer le système.	En cours – lancement annoncé le 13 février 2023
Québec		
Réorganiser les soins de longue durée à la lumière de la pandémie	Relève trois groupes de causes qui contribuent à expliquer la crise de la COVID-19 dans les centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) au Québec : les causes épidémiologiques, les causes liées à la gestion de la crise et les causes durables antérieures qui ont rendu les CHSLD particulièrement vulnérables. Définit 3 domaines prioritaires pour les projets à lancer.	Terminé – décembre 2021
Première vague de COVID-19 dans les CHSLD : rapport final du Protecteur du citoyen	Présente une vue d'ensemble de la façon dont la crise de la COVID-19 a été vécue dans les CHSLD, y compris une chronologie des événements survenus au Québec et un examen des causes qui ont contribué à la crise. Comprend 27 recommandations portant sur 11 grands domaines prioritaires.	Terminé – novembre 2021

La COVID-19 dans les CHSLD Durant la première vague de la pandémie : Apprendre de la crise et passer à l'action pour respecter les droits et la dignité des personnes hébergées	Présente une vue d'ensemble des lacunes des CHSLD et de la façon dont elles ont été amplifiées par la crise de la COVID-19. Relate les commentaires d'une préposée aux bénéficiaires, d'une infirmière auxiliaire, d'une infirmière, de gestionnaires de Centres intégrés universitaires de santé et de services sociaux (CIUSSS) et d'une personne proche aidante sur leur expérience de la pandémie. Relève cinq enseignements à tirer qui coïncident avec les priorités d'action proposées.	Terminé – décembre 2020
COVID-19 : Plan d'action pour une deuxième vague – Document synthèse	Présente un bref résumé des enseignements tirés de la première vague de la COVID-19, décrit les mesures prises pour ralentir la propagation de la COVID-19 et les problèmes rencontrés tout au long de la première vague, et décrit neuf axes d'intervention pour le plan d'action visant à mieux faire face à une deuxième vague.	Terminé – août 2020
Rapport d'enquête sur la qualité des services médicaux et des soins infirmiers au CHSLD Herron et à l'Institut universitaire de gériatrie de Montréal durant la première vague de la pandémie de COVID 19	Donne un aperçu de la qualité des services médicaux et des soins infirmiers fournis au CHSLD Herron et à l'Institut universitaire de gériatrie de Montréal lors de la première vague de la pandémie de COVID-19.	Terminé – février 2021
Commissaire à la santé et au bien-être. Le devoir de faire autrement. Partie 2 : Réorienter la gouvernance vers des résultats qui comptent pour les gens	Examine la performance du système de santé et de services sociaux dans le contexte de la gestion de la première vague de la pandémie. Se concentre sur la réorientation de la gouvernance vers des résultats qui comptent pour les personnes.	Terminé – janvier 2022
COVID-19 et main-d'œuvre en santé : Déminer le terrain et lever les verrous institutionnels	Examine de manière critique la réponse offerte par le Québec à la crise de la COVID-19 sur le plan du personnel de santé et explore les politiques qui pourraient être mises en œuvre pour renforcer les capacités dans ce domaine.	Terminé – juillet 2020
Ontario		
Examen des pratiques de tarification des agences d'infirmières pour le travail effectué dans les établissements de soins de longue durée	Répond aux questions concernant le gonflement des honoraires chargés par les agences d'infirmières.	En cours – annoncé le 1er mars 2023
The COVID-19 Pandemic's Impact on Long-Term Care Homes: Five Lessons Learned	Regroupe les conclusions et les recommandations de cinq rapports sur la COVID-19 et les SLD dans cinq domaines prioritaires : améliorer la dotation, réduire la surpopulation, intégrer les soins palliatifs, communiquer et établir des liens avec les familles et les partenaires de soins essentiels, et optimiser la PCI.	Terminé – avril 2022
Commission d'enquête sur la COVID-19 dans les foyers de soins de longue durée : rapport final	Fournit une vue d'ensemble du système des SLD de la province, un compte rendu de l'état de préparation à une pandémie avant la COVID 19 et de la réponse à la pandémie, énonce les meilleures pratiques dans le domaine et propose des idées prometteuses. Formule 85 recommandations regroupées en 11 catégories.	Terminé – avril 2021

Rapport spécial sur la préparation et la réponse à la pandémie dans les foyers de soins de longue durée	Fournit une vue d'ensemble du système des SLD, des observations détaillées regroupées en 5 catégories, des recommandations et des réponses du ministère des Soins de longue durée, du ministère de la Santé, du vérificateur général, du médecin hygiéniste en chef, etc., précisant ce qui a été ou sera fait pour répondre à ces recommandations.	Terminé – avril 2021
Ministère des soins de longue durée : préparation des foyers de soins de longue durée	Fournit un très bref aperçu des mesures prises par le gouvernement dans le cadre du plan de préparation de l'automne 2020 à la COVID-19, regroupées dans les deux catégories du soutien aux établissements de SLD et du renforcement de la main-d'œuvre.	Terminé – septembre 2020
Manitoba		
Rapport Stevenson	Examine le déroulement de l'épidémie de COVID-19 dans le foyer de soins personnels Maples, y compris les conditions dans le foyer avant l'épidémie, la chronologie de l'épidémie, le contexte de la dotation, la documentation sur les soins et la communication pendant l'épidémie. Passe en revue les entretiens et les consultations menés avec des personnes impliquées dans l'épisode. Fournit 17 recommandations, réparties entre le niveau des établissements de SLD, le niveau régional et le niveau provincial.	Terminé – rapport publié en janvier 2021, plan de mise en œuvre publié en mars 2021
Rapport final sur le plan provincial de mise en œuvre des recommandations du rapport Stevenson	Fait état de ce qui a été fait pour donner suite aux 17 recommandations du rapport initial de Stevenson.	Terminé – février 2022
Revitalizing the Conditions of Care in Manitoba	Rend compte de l'expérience du personnel des soins continus œuvrant à domicile et dans les établissements SLD pendant la pandémie de COVID-19 au Manitoba. Formule des recommandations visant à améliorer la qualité des soins.	Terminé – août 2023
Saskatchewan		
Review Of Long-Term Care Pharmacy Procurement Process	Répond aux préoccupations des résidents de la Saskatchewan relativement aux modifications apportées à la politique régissant le processus d'approvisionnement des pharmacies dans les établissements de SLD gérés par l'Autorité de la santé de la Saskatchewan.	En cours – annoncé le 30 juin 2021
Caring in Crisis: An investigation into the response to the COVID-19 outbreak at Extendicare Parkside	Examen de l'épidémie survenue à l'établissement Extendicare Parkside. Formule des recommandations à l'intention d'Extendicare et de l'Autorité de la santé de la Saskatchewan.	Terminé – août 2021

Alberta		
Improving Quality of Life for Residents in Facility-Based Continuing Care	Présente les constats faits relativement à 11 domaines liés aux soins continus fournis en établissement, décrivant brièvement le contexte actuel, ce que les évaluateurs ont entendu lors des rencontres avec les parties prenantes et les pratiques exemplaires ou les résultats obtenus en dehors de la Saskatchewan. Formule des recommandations pour chaque domaine, 42 au total, regroupées en 11 orientations politiques plus générales.	Terminé – mai 2021
Auditor General Report : Seniors Care in Long-term Care: Assessment of Implementation Report	Examine les mesures prises pour donner suite aux recommandations formulées en 2014 et indique si elles ont été mises en œuvre (et, le cas échéant, de quelle manière).	Terminé – février 2023
Colombie-Britannique		
Review of COVID-19 Outbreaks in Care Homes in British Columbia	Résume le déroulement de la pandémie et son impact sur les établissements de SLD et les résidences avec services de soutien de la Colombie-Britannique. Fournit des données sur les caractéristiques des établissements, notamment sur la composition du personnel et les congés de maladie, ainsi que des données issues d'une enquête sur les expériences du personnel. Formule sept recommandations concernant le CPI.	Terminé – octobre 2021
BC Ministry of Health Long-term care COVID-19 response review	Fournit un calendrier d'application des mesures de lutte contre la COVID-19 et des observations relatives sur l'approche prise par la Colombie-Britannique face à la pandémie de COVID-19, regroupées en 4 domaines : la gouvernance, les politiques, le travail sur le terrain et la main-d'œuvre. Inclut des recommandations à court terme pour ces domaines ainsi que cinq recommandations à plus long terme.	Terminé – octobre 2020
A Billion Reasons To Care: A Funding Review of Contracted Long-Term Care in B.C	Fournit des recommandations sur le financement des soins de longue durée en Colombie-Britannique.	Terminé – février 2020
Nunavut, Territoires-du-Nord-Ouest, Yukon		
Nil		

Tableau 2. Mesures fédérales, provinciales et territoriales prises en réponse aux recommandations du rapport de 2020 *Rétablir la confiance*

Recommandations de 2020	Qu'est-ce qui a été fait au niveau fédéral?	Qu'est-ce qui a été fait au niveau provincial et territorial?
<p>Recommandation 1 : Le gouvernement fédéral devrait immédiatement lancer une évaluation pancanadienne exhaustive, fondée sur des données probantes, sur des normes nationales qui pourraient régir le niveau et la composition des effectifs œuvrant dans les établissements de SLD, et devrait ensuite prendre les mesures qui s'imposent.</p>	<p>Le gouvernement canadien a chargé l'Organisation des normes de santé (HSO) et l'Association canadienne de normalisation (CSA) d'élaborer des normes sur les SLD. Les normes de l'HSO et de la CSA sont plus exhaustives que celles proposées dans cette recommandation, mais elles n'abordent pas la question de la composition et des niveaux d'effectifs.</p>	<p>À notre connaissance, les provinces et les territoires n'ont pas donné suite à cette recommandation.</p> <p>Un rapport de l'Ontario demandait l'élaboration d'une stratégie provinciale de dotation pour résoudre les problèmes de niveaux et de composition des effectifs, ce à quoi le ministère des Soins de longue durée a répondu qu'il suivrait l'orientation du Plan de dotation des soins de longue durée de décembre 2020¹⁸⁴.</p>
<p>Recommandation 2 : Le gouvernement fédéral devrait établir et voir à l'application de normes nationales sur les établissements de SLD qui établiraient (a) les exigences en matière de formation et de ressources nécessaires à la lutte contre les infections, y compris en ce qui concerne l'utilisation optimale de l'équipement de protection individuelle, ainsi que (b) les modalités de renforcement des effectifs et de limitation des visites pendant les épidémies.</p>	<p>Élaboration de normes de l'HSO et de la CSA. Les normes de la CSA portent sur la prévention et le contrôle des infections, ainsi que sur la conception et l'exploitation des établissements⁶⁷, tandis que les normes de l'HSO portent sur les pratiques de soins de qualité⁶⁸.</p> <p>À compter de 2022-2023, le gouvernement canadien prévoit d'allouer 3 milliards de dollars sur 5 ans à Santé Canada pour soutenir l'application des normes sur les SLD dans les provinces et les territoires, le gouvernement fédéral travaillant en collaboration avec les provinces et les territoires tout en respectant leurs champs de compétences¹⁵⁰.</p>	<p>Certains gouvernements provinciaux ont indiqué qu'ils étaient en train d'examiner les normes^{185,186}. À notre connaissance, aucune province ni aucun territoire ne les a officiellement adoptées au moment de la rédaction du présent rapport.</p>

<p>Recommandation 3 : Les gouvernements provinciaux et territoriaux, appuyés par de nouveaux fonds du gouvernement fédéral, devraient immédiatement mettre en place des normes appropriées de rémunération et de conditions de travail, notamment en matière de congés de maladie, pour la main-d'œuvre non réglementée des préposés aux bénéficiaires et des préposés aux services de soutien à la personne, laquelle est considérable et essentielle.</p>	<p>À compter de 2023-2024, 50 millions de dollars seront alloués sur 5 ans à Emploi et Développement social Canada pour élaborer et tester des moyens de renforcer l'épargne-retraite des préposés aux services de soutien à la personne qui n'ont aucune couverture de sécurité de retraite au travail¹⁵¹.</p> <p>Le gouvernement versera 1,7 milliard de dollars sur cinq ans pour soutenir l'augmentation horaire du salaire des préposés aux services de soutien à la personne et des professions connexes.</p> <p>115 millions de dollars sur 5 ans et 30 millions de dollars par la suite pour élargir le Programme de reconnaissance des titres de compétences étrangers. Ce programme aidera jusqu'à 11 000 professionnels de la santé formés à l'étranger par année à obtenir la reconnaissance de leurs titres de compétences et à trouver du travail dans leur domaine. Il appuiera également des projets qui réduiront les obstacles à la reconnaissance des titres de compétences étrangers¹⁵¹.</p>	<p>Le gouvernement du Yukon a récemment annoncé un programme financé par le gouvernement qui prévoit 40 heures de congés de maladie payés pour les travailleurs qui gagnent 33,94 \$ de l'heure ou moins et qui ne bénéficient pas de congés de maladie payés par l'intermédiaire de leur employeur¹⁸⁷.</p> <p>Bien que certaines provinces aient mis en œuvre des mesures telles que des augmentations de salaire et des congés de maladie rémunérés pendant la pandémie, ces mesures ne sont pas toutes permanentes. L'Ontario a mis fin au programme de congés de maladie payés en mars 2023¹⁸⁸.</p> <p>En Ontario, la loi 124, qui plafonnait les augmentations salariales des infirmières et des autres travailleurs du secteur public à 1 % par an pendant trois ans, a récemment été jugée inconstitutionnelle. Les arbitres ont accordé aux infirmières une augmentation salariale supplémentaire de 0,75 % pour l'année commençant le 1er avril 2020, de 1 % pour l'année suivante et de 2 % pour la dernière année¹⁶⁰.</p>
--	--	---

<p>Recommandation 4 : Les gouvernements provinciaux et territoriaux devraient offrir des emplois à temps plein et des avantages sociaux à l'ensemble du personnel non réglementé et du personnel soignant réglementé. Ils devraient de plus évaluer les conséquences qu'aurait pour les établissements de SLD l'application d'une politique du « lieu de travail unique », laquelle est actuellement appliquée dans plusieurs établissements de SLD, et les conséquences également d'une telle politique sur la qualité des soins fournis dans d'autres milieux de SLD, tels que les résidences pour personnes âgées, les hôpitaux et les résidences personnelles.</p>	<p>À notre connaissance, le gouvernement fédéral n'a pas pris de mesures pour donner suite à cette recommandation.</p>	<p>Les examens de la Nouvelle-Écosse, du Québec, de l'Ontario, du Manitoba, de l'Alberta et de la Colombie-Britannique comprennent des recommandations relatives à cette recommandation, mais les seules actions rapportées sont les suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> o Le gouvernement de la Nouvelle-Écosse a annoncé une enveloppe de 8 millions de dollars pour aider les établissements SLD à offrir des postes à temps plein aux employés occasionnels et à temps partiel qui fournissent des soins directs¹¹⁷. o Le gouvernement de l'Ontario a investi 18 millions de dollars dans l'initiative de la Garantie d'emploi des diplômés en soins infirmiers, qui fournit des salaires et des avantages à temps plein à plus de 600 infirmières, l'accent étant mis sur le recrutement dans les domaines où les besoins sont les plus importants, y compris les SLD¹²⁸.
---	--	---

<p>Recommandation 5 : Les gouvernements provinciaux et territoriaux devraient établir et mettre en œuvre (a) des normes minimales de scolarisation pour le personnel non réglementé et réglementé qui fournit les soins de première ligne dans les établissements de SLD, (b) des normes de formation continue pour le personnel de première ligne non réglementé et réglementé des établissements de SLD et (C) des normes de formation et d'orientation pour toutes les personnes placées dans des établissements de SLD par des agences privées.</p>	<p>À notre connaissance, le gouvernement fédéral n'a pas pris de mesures pour donner suite à cette recommandation.</p>	<ul style="list-style-type: none"> o Health Association Nova Scotia a reçu des fonds pour lancer un programme de formation des formateurs sur le traitement des plaies¹¹⁷. o Le gouvernement de la Nouvelle-Écosse a annoncé la mise en œuvre d'un programme d'alternance travail-études pour les assistants en soins continus (CCA)¹¹⁷. o Parmi les autres mesures prises en Nouvelle-Écosse dans le domaine de l'éducation, on peut citer : la réintroduction d'un programme de bourses et le financement du remboursement des droits de scolarité et des coûts des programmes connexes pour les étudiants déjà inscrits aux programmes de CCA, ainsi que le financement des droits de scolarité de plus de 2000 nouveaux étudiants aux programmes de CCA sur deux ans; le financement de l'élaboration de modules pour les programmes pilotes de CCA à temps partiel flexible; et l'octroi de 1,28 million de dollars à Health Association Nova Scotia pour accroître les possibilités de perfectionnement pour le personnel¹¹⁷.
<p>Recommandation 6 : Pour atteindre ces objectifs de scolarisation et de formation, les gouvernements provinciaux et territoriaux devraient soutenir des réformes éducatives concernant les spécialisations en SLD, qui s'adresseraient à tous les fournisseurs de soins directs, aux préposés aux bénéficiaires, aux professionnels de la santé et des services sociaux, ainsi qu'aux gestionnaires et aux directeurs des soins des établissements de SLD.</p>	<p>À notre connaissance, les gouvernements provinciaux et territoriaux n'ont pas pris de mesures pour donner suite à cette recommandation.</p>	

<p>Recommandation 7 : Les gouvernements provinciaux et territoriaux, avec le soutien financier du gouvernement fédéral, devraient offrir un soutien en santé mentale à tout le personnel des établissements de SLD.</p>	<p>Engagement pris de verser 100 millions de dollars sur 3 ans, à compter de 2021-2022, pour soutenir les initiatives de santé mentale visant les personnes touchées de manière disproportionnée par la COVID-19, y compris les travailleurs de première ligne¹⁵¹.</p> <p>Parmi les autres mesures liées à la santé mentale énoncées dans le budget de 2023 figurent un fonds de 5 milliards de dollars qui sera versé sur 10 ans (à partir de 2017-2018) aux provinces et aux territoires pour améliorer et accroître la disponibilité des services de santé mentale et de toxicomanie; le financement du portail Espace mieux-être Canada; le financement d'un service pancanadien bilingue de prévention du suicide ouvert à toute heure du jour et de la semaine; le financement d'un service tenant compte des traumatismes, adapté à la culture et dirigé par des Autochtones pour améliorer le bien-être mental; ainsi que la mise sur pied et la mise en œuvre d'une ligne de prévention du suicide (988) et le financement de l'Agence de la santé publique du Canada pour soutenir sa mise en œuvre et son fonctionnement¹⁵¹.</p>	<p>Les rapports de la Nouvelle-Écosse, du Québec, de l'Ontario, de l'Alberta et de la Colombie-Britannique contiennent des recommandations sur le soutien à la santé mentale, mais la seule mesure rapportée est l'annonce par le gouvernement de la Nouvelle-Écosse d'une enveloppe de 466 000 dollars pour permettre aux employés du secteur des SLD d'accéder au programme de soutien au bien-être¹¹⁷.</p>
--	---	--

<p>Recommandation 8 : Le soutien fédéral accordé au secteur des SLD devrait être rattaché à des exigences relatives à la collecte de données pour tous les domaines qui sont pertinents pour une gestion et un soutien efficace des établissements de SLD et de leurs effectifs.</p>	<p>Octroi de 505 millions de dollars à l'Institut canadien d'information sur la santé, à Inforoute Santé du Canada et à d'autres partenaires fédéraux en matière de données pour aider les provinces et les territoires à élaborer de nouveaux indicateurs de mesure de la santé, pour créer un centre d'excellence sur les données relatives aux travailleurs de la santé, pour faire progresser les outils de santé numériques et une feuille de route sur l'interopérabilité, et pour soutenir les efforts visant à utiliser les données pour améliorer la sûreté et la qualité des soins de santé¹⁵¹.</p> <p>Une enveloppe de 41,3 millions de dollars sur 6 ans, et 7,7 millions de dollars par la suite, à partir de 2021-2022, pour que Statistique Canada améliore l'infrastructure et la collecte de données sur les soins de soutien, les soins primaires et les produits pharmaceutiques¹⁵⁰.</p>	<p>Les rapports de la Nouvelle-Écosse, du Québec, de l'Ontario, de l'Alberta et de la Colombie-Britannique comprennent des recommandations relatives à la collecte des données, mais, à notre connaissance, la seule mesure rapportée est le lancement prévu en 2022 en Nouvelle-Écosse du système d'évaluation des établissements de soins de longue durée interRAI, un système exhaustif et normalisé d'évaluation des besoins, des forces et des préférences des résidents des établissements de soins des malades chroniques et des établissements de SLD¹¹⁷.</p>
<p>Recommandation 9 : La collecte des données devrait être transparente et effectuée par des organismes indépendants du secteur des SLD et des gouvernements.</p>	<p>À notre connaissance, aucune mesure n'a été prise pour donner suite à cette recommandation.</p>	



RSC SRC

The Royal Society of Canada

282 Somerset Street West
Ottawa, Ontario K2P 0J6

www.rsc-src.ca
613-991-6990

La Société royale du Canada

282, rue Somerset ouest
Ottawa (Ontario) K2P 0J6

www.rsc-src.ca
613-991-6990