



Le travail social est essentiel

**Ne revenons pas en arrière : Faisons mieux  
Travail social, Covid-19, et soins de longue durée**

L'ASSOCIATION CANADIENNE DES TRAVAILLEURS SOCIAUX – DÉCEMBRE 2021

## RÉSUMÉ

Partout au Canada, la pandémie de COVID-19 a mis davantage l'accent sur le secteur des soins de longue durée (SLD), mais malgré le tollé public actuel concernant les nombreux résultats négatifs flagrants et très médiatisés mis en évidence tout au long de la pandémie, de nombreux problèmes existaient dans le secteur des SLD avant la pandémie de COVID-19. Au lieu d'essayer de « revenir à la normale », ce document fournit des recommandations pour améliorer le secteur des SLD au Canada : démontrer l'importance cruciale du travail social dans tous les milieux de SLD, pour renforcer les ressources et pour accroître la dignité, la sécurité et le choix pour tous ceux qui dépendent des SLD au Canada. Bref, la présence et la perspective du travail social sont nécessaires pour améliorer la qualité de vie de toutes celles et de tous ceux qui vivent au Canada et passer de modèles de soins davantage axés sur la garde à des approches relationnelles axées sur la personne — ce qui réduira également les coûts, humains et financiers : une politique de compassion est une politique efficace.

## Recommandations

Que le gouvernement fédéral :

- 1) Augmente le financement fédéral des soins de longue durée pour le porter, au minimum, à la moyenne de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE).
- 2) Crée un nouveau *transfert de supplément démographique*.
- 3) Formule une *Loi sur la sécurité des soins de longue durée* en collaboration avec les provinces et les territoires afin de créer des normes nationales améliorées et d'encourager le recours à des Travailleuses et Travailleurs sociaux inscrits (TSI) dans tous les milieux de SLD.
- 4) Finance des options pour vivre et vieillir chez soi.
- 5) Établisse en collaboration avec les Premières Nations un nouveau cadre pour les soins de longue durée aux Autochtones.

*L'Association canadienne des travailleuses et travailleurs sociaux (ACTS) représente le travail social au Canada. Elle a pour double mission de promouvoir la profession et de faire progresser la justice sociale. En tant que profession fondée sur les principes de la justice sociale, l'ACTS défend la dignité, la valeur et l'autorité inhérentes à toute personne.*

## INTRODUCTION

Le secteur actuel des soins de longue durée (SLD) — une expression fourre-tout pour le système fragmentaire à travers le Canada, avec des installations souvent appelées *CHSLD* — a laissé tomber de

nombreux Canadiens tout au long de la pandémie de COVID-19. L'acronyme « SLD » sera utilisé dans le présent document pour désigner divers services conçus pour répondre aux besoins en matière de soins de santé ou de soins personnels, 24 heures sur 24, dans un établissement. Si cette crise immédiate a mis en lumière et, dans certains cas, aggravé les problèmes liés aux SLD, ces problèmes ne sont pas nouveaux. Deux choses sont claires : les problèmes du secteur des SLD nécessitent une attention immédiate et un plan de relance solide. Les travailleurs sociaux doivent jouer un rôle essentiel dans la reconstruction du secteur des SLD pour en faire un système durable et efficace qui répond réellement aux besoins de tous ceux qui vivent au Canada.

Les personnes âgées ou handicapées courent un risque exceptionnellement élevé de subir des complications de la COVID-19. Les pensionnaires des établissements de SLD sont parmi les plus vulnérables, en raison de leurs besoins en matière de soins de santé et du fait qu'elles vivent dans un environnement communautaire peuplé de plusieurs autres personnes.<sup>1</sup> Plus de 80 % des décès de Canadiens dus à la COVID-19 ont eu lieu dans des établissements de soins de longue durée.<sup>2</sup> Le système de santé canadien et les établissements de soins de longue durée étaient et sont toujours mal équipés pour faire face à l'afflux de personnes âgées nécessitant des soins. Par conséquent, les SLD sont rapidement devenus un point chaud pour les personnes âgées au cours des premiers mois de la pandémie.

Au Canada, les soins de longue durée ont fait l'objet d'une approche fragmentaire depuis leur création. Lorsque le Canada a créé la *Loi canadienne sur la santé* (LCS), les SLD n'y étaient pas mentionnés. Cette exclusion a entraîné la responsabilité provinciale et territoriale du financement, de la prestation et de l'entretien des établissements de SLD. Même si l'on avait la preuve que les personnes âgées vivaient plus longtemps grâce aux progrès de la médecine, de la technologie et de l'hygiène, les soins de longue durée pour les personnes âgées restaient une préoccupation secondaire au niveau national. Le cœur des problèmes du SLD est que le système n'a jamais été planifié ; il a simplement évolué.<sup>3</sup>

La demande de soins de longue durée n'a cessé de croître, ce qui a entraîné une pression en faveur d'une expansion rapide d'un système surtaxé.<sup>4</sup> Les besoins en matière de santé des résidents des établissements de SLD sont de plus en plus complexes ; avec les modèles de financement actuels, il est devenu plus difficile de fournir le niveau de soins requis que chaque résident mérite.<sup>5</sup> En effet, « les systèmes à faibles ressources ne peuvent pas s'adapter à des facteurs de stress tels que les pandémies, et les pansements ne peuvent plus couvrir les blessures du système mises en évidence par la COVID-19 ».<sup>6</sup>

L'ACTS tient à souligner les efforts déployés par les gouvernements fédéral et provinciaux pour atténuer la COVID-19 dans les foyers de soins et les tentatives de résolution des problèmes systémiques. Par exemple, le récent budget du gouvernement fédéral prévoit 90 millions de dollars sur trois ans pour financer des groupes communautaires permettant aux personnes âgées de vieillir à domicile, une augmentation des pensions de la Sécurité de la vieillesse (SV) et 3 milliards de dollars sur cinq ans pour aider les provinces à améliorer et à réglementer les SLD. De plus, en 2020, le gouvernement fédéral s'est associé à des équipes scientifiques de tout le Canada pour étudier l'efficacité des pratiques, des interventions et des options stratégiques prometteuses en matière de SLD. Ces contributions financières sont un pas nécessaire dans la bonne direction pour reconstruire un secteur dysfonctionnel et négligé.

## CONTEXTE

Avant les soins formels et institutionnalisés, les personnes âgées étaient généralement prises en charge par des membres de la famille et restaient à leur domicile. Lorsque le Canada a mis en place son système de soins de santé universel, l'espérance de vie était inférieure à 70 ans.<sup>7</sup> Les décideurs des générations précédentes ont subi moins de pression pour planifier la manière dont les SLD seraient établis ou financés de manière globale. Maintenant que l'espérance de vie moyenne a considérablement augmenté et que les citoyens canadiens ont vieilli, le système de soins de santé ne suit plus le rythme ni ne répond aux besoins en constante évolution.<sup>8</sup>

La *Loi canadienne sur la santé* (LCS) a été promulguée en 1984. La LCS a remplacé les lois fédérales sur l'assurance maladie et l'assurance hospitalisation et a consolidé ses principes en établissant cinq principes fondamentaux.<sup>9</sup> Elle prévoit pour les provinces et les territoires du Canada des conditions que les régimes d'assurance maladie doivent respecter pour recevoir des contributions fédérales en espèces.

1. **Administration publique** : Les régimes d'assurance doivent être publiquement responsables des fonds qu'ils dépensent.
2. **Accessibilité** : Les régimes doivent donner un accès raisonnable aux services assurés.
3. **Exhaustivité** : Les régimes doivent couvrir tous les services médicalement nécessaires.
4. **Universalité** : Les régimes provinciaux d'assurance maladie doivent garantir aux Canadiens la prise en charge de tous les soins hospitaliers et médicaux médicalement nécessaires.
5. **Transférabilité** : Le régime d'assurance d'une province doit couvrir les Canadiens pendant de courts séjours dans une autre province.

Pendant des décennies, le gouvernement fédéral a transféré des paiements aux provinces pour qu'elles assument leurs responsabilités en matière de soins de santé, d'éducation postsecondaire et d'aide publique. Ces transferts étaient connus sous le nom de Financement des programmes établis (FPE) et de Régime d'assistance publique du Canada (RAPC). En 1995, le gouvernement fédéral a éliminé ces transferts et a fusionné le FPE et le RAPC dans le cadre du projet de loi C-76, le Transfert canadien en matière de santé et de programmes sociaux (TCSPS). En 2003, ces transferts ont été divisés en deux pour les soins de santé et les programmes sociaux.<sup>10</sup> Ces changements ont considérablement réduit les transferts en argent pour ces programmes essentiels et ont créé une confusion dans la détermination de la contribution fédérale exacte au financement des soins de santé.

En réponse à ces réductions, des mesures d'austérité extrêmes ont suivi. Ces mesures comprennent, entre autres, la réduction des budgets hospitaliers, la suppression du financement public des services sociaux, le transfert de la responsabilité des services aux provinces et aux municipalités et, souvent, le recours à des prestataires privés.<sup>11</sup> Le moment est venu de doter cet aspect essentiel de notre programmation sociale de ressources solides pour l'avenir.

### La COVID-19 et le rôle du gouvernement fédéral

Bien que le taux de mortalité global du Canada, attribuable à la COVID-19, ait été relativement faible par rapport aux taux des autres pays de l'OCDE, le pays a enregistré la plus forte proportion de décès dans les établissements de SLD.<sup>12</sup> Cette statistique n'est pas surprenante pour les experts qui ont plaidé pour des changements. Avant la pandémie, les établissements de SLD avaient des problèmes de dotation en

personnel, et peu d'entre eux avaient la capacité de prévenir et de contrôler efficacement les infections, ce qui était considéré comme acceptable et ordinaire. Il existe une longue histoire de dénonciations et de rapports soulignant les signes d'alerte dans le secteur depuis des décennies.

L'analyse du risque d'épidémies de COVID-19 dans les établissements de SLD montre que les résultats sont conformes aux études précédentes et aux observations actuelles. Les auteurs d'une étude attribuent certains des résultats négatifs à des conceptions dépassées qui ne respectent pas les normes de 1972, entre autres le recours accru à des chambres à occupation multiple, à des espaces communs surpeuplés et clos, ce qui entraîne une transmission généralisée.<sup>13</sup>

En avril 2020, certains établissements de soins de longue durée en Ontario et au Québec n'ont eu d'autre choix que de demander l'aide du gouvernement fédéral pour gérer les épidémies. En réponse, les Forces armées canadiennes (FAC) ont déployé des équipes dans les installations qui en avaient besoin. Les rapports font état d'observations troublantes telles que l'insuffisance des équipements de protection individuelle, la mauvaise qualité des soins, le manque chronique de personnel et les comportements inappropriés envers les résidents, ainsi que l'insuffisance des protocoles de distanciation physique et d'isolement.<sup>14</sup>

Ce rapport note également que les infirmières ou autres professionnels réglementés fournissent peu de soins directs aux résidents. Jusqu'à 90 % des soins directs sont fournis par des aides-soignants ou des préposés non réglementés et non agréés.<sup>15</sup> En raison de l'absence de réglementation et du manque de formation du personnel qui dispense des soins quotidiens aux résidents âgés, il est difficile de tenir les établissements responsables des préjudices ou des négligences. Les facteurs qui contribuent à ces statistiques sont les suivants : mauvaises infrastructures, pratiques problématiques en matière de dotation en personnel, soutien limité des infirmières et des médecins, surpopulation, peu de mesures de confinement, d'isolement et de contrôle des infections et formation insuffisante sur l'utilisation et la disponibilité des équipements de protection individuelle.<sup>16</sup>

En outre, par rapport aux autres pays de l'OCDE, le Canada dépense comparativement moins pour la fourniture de soins de longue durée financés par l'État.<sup>17</sup> La demande et la pression exercées sur le personnel de première ligne ont créé des charges de travail plus importantes, augmentant le risque d'accident du travail et conduisant à moins d'attention et de temps consacré à chaque résident.<sup>18</sup> La demande de SLD et l'acuité des besoins des résidents augmentent chaque année. Toutefois, les effectifs et l'accès à la formation n'ont pas suivi le même rythme.<sup>19</sup>

Le financement des maisons de soins dans tout le pays doit être augmenté pour permettre au personnel de répondre aux besoins des résidents. La charge de travail et les conditions de travail qui existent dans tout le pays conduisent à des soins de qualité inférieure : le nombre d'employés travaillant dans les SLD doit augmenter et un leadership et un financement fédéraux sont nécessaires à cet égard. En investissant dans le personnel, on commencera à s'attaquer aux problèmes de longue date liés aux mauvaises conditions de travail, ce qui profitera à l'ensemble du secteur. Une partie de cet investissement dans le personnel devrait inclure une enveloppe spéciale à laquelle auraient accès les provinces et les territoires pour financer le personnel de travail social dans chaque établissement de SLD, en fonction des modèles de dotation en personnel élaborés au niveau régional.

En plus du manque de financement pour une dotation adéquate, il y a la question connexe, mais distincte, d'une main-d'œuvre instable : le taux de rémunération relativement faible pour toutes les

professions de SLD, le manque de congés de maladie et une main d'œuvre surchargée qui crée des conditions de travail négatives contribuent tous à un secteur qui est souvent difficile à doter en personnel et difficile à retenir les travailleurs existants. L'augmentation du financement des SLD doit également viser ces questions : le personnel doit être rémunéré et soutenu de manière proportionnelle aux services essentiels qu'il fournit, ce qui, en retour, permettra d'obtenir de meilleurs résultats pour les résidents.

## **LE RÔLE CRITIQUE DES TRAVAILLEURS SOCIAUX DANS LES SLD**

Bien que la COVID-19 ait exacerbé de nombreux problèmes au sein des SLD, ces problèmes sont bien antérieurs à la pandémie et témoignent de la nécessité non seulement d'ajustements mineurs, mais aussi d'un changement global de philosophie. Alors que la recherche se développe autour de l'importance cruciale des déterminants sociaux de la santé, il est clair qu'un soutien solide au bien-être holistique retarde ou prévient les comorbidités coûteuses, les interventions plus poussées et les soins intensifs supplémentaires. Les SLD doivent donc adopter une approche holistique et répondre à l'ensemble des besoins des résidents — physiques, nutritionnels, émotionnels, psychosociaux, culturels, spirituels et récréatifs — pour favoriser la santé mentale et physique. Les programmes, les services et les soutiens complets et attentionnés sont aussi les plus rentables pour prévenir les interventions plus coûteuses. Dans le même ordre d'idées, les SLD nécessitent une équipe interprofessionnelle totalement intégrée, qui inclut le cercle de soins de la résidente ou du résident dans son approche et répond à l'ensemble des besoins de ce dernier. Sur la base de ce modèle de soins, le besoin de davantage de travailleurs sociaux dans les SLD est directement et logiquement indiqué.

Le travail social joue depuis longtemps un rôle important dans la prestation de soins de longue durée. En raison de leur nature multidisciplinaire, les soins de longue durée offrent aux travailleurs sociaux l'occasion de travailler en collaboration avec d'autres professionnels au sein d'une équipe interprofessionnelle totalement intégrée, tout en maintenant l'intégrité de leurs connaissances et compétences particulières.

Le travail social est une profession unique, dotée d'un ensemble de compétences à la fois large et spécialisé. Un élément essentiel de la formation des travailleurs sociaux est l'accent mis sur les visions du monde et les modalités de soins écologiques, basées sur les systèmes et la personne dans son environnement. Cela signifie que les travailleurs sociaux sont compétents pour évaluer l'ensemble des besoins et des situations d'un client afin d'optimiser sa santé et son bien-être dans son environnement et ses circonstances, tout en agissant en tant que défenseur du client et de son cercle de soins.

### **Les services de base des travailleurs sociaux peuvent comprendre les éléments suivants :**

Les services de travail social fournis au cours des différentes phases de la résidence (voir annexe), qui sont essentiels au bien-être des résidents/familles dans les soins de longue durée, sont notamment les suivants :

- les préparatifs d'admission ;
- le triage ;
- l'évaluation ;
- le conseil ;

- l'assistance pratique ;
- l'identification, la localisation et l'obtention des ressources ;
- le plaidoyer interne et externe ;
- l'éducation ;
- le travail en groupe ; et
- la planification de la sortie.

Pour le travailleur social, le champ d'exercice dans un établissement de soins de longue durée « consiste à influencer les déterminants sociaux de la santé qui concernent le résident en intervenant auprès de lui, de sa famille, des autres résidents et du personnel de l'établissement, ainsi que de la communauté au sens large. L'accent est mis sur le développement des forces existantes, la modification des risques et la recherche de solutions aux problèmes qui interfèrent avec une qualité de vie optimale. »<sup>20</sup>

En ce qui concerne le rôle plus large et contextuel dans tout établissement de SLD, le travail critique des travailleurs sociaux comprend les éléments suivants :

- Répondre aux demandes de renseignements et informer les membres de la communauté sur le système de soins de santé actuel, et aider les clients à s'orienter dans les services ;
- Fournir une expertise psychosociale dans certains aspects des soins (par exemple, en aidant le personnel et les résidents à faire face aux questions difficiles de la mort et du décès ainsi qu'aux émotions telles que la culpabilité, la colère et la peur) ;
- Soutenir, développer ou mettre en œuvre des programmes innovants ;
- Améliorer les soins aux résidents, notamment en promouvant des approches holistiques, en maintenant des relations thérapeutiques avec les résidents et les familles et en fournissant des conseils spécialisés individuels et familiaux, en s'engageant dans la défense des résidents, les groupes de soutien aux familles, les conseils de famille et les conseils de résidents, et en coordonnant avec d'autres services communautaires ;
- Promouvoir une atmosphère et des attitudes positives et jouer un rôle de premier plan dans la lutte contre les stéréotypes, la stigmatisation et la discrimination ;
- Partager la responsabilité d'éduquer les résidents, les familles et les collègues du personnel et de remettre en question le statu quo lorsqu'ils défendent les intérêts des résidents ;
- « Assurer un rôle personnel, relationnel, éducatif et de défense (par exemple, s'assurer que tout le personnel est conscient des perspectives, des besoins et des valeurs des individus et de leurs familles)<sup>21</sup> » ;
- « Plaider pour un changement institutionnel et systémique »<sup>22</sup>.

Les services sociaux fournis au cours des différentes phases du séjour — préadmission, admission, résidence et sortie, transfert ou décès — sont essentiels au bien-être des résidents en soins de longue durée et de leurs familles.<sup>23</sup>

Outre ces services et approches axés sur le client et le cercle de soins, les travailleurs sociaux peuvent également jouer un rôle essentiel en soutenant les autres membres du personnel, par exemple « en aidant les autres intervenants de première ligne à développer des compétences en matière d'écoute active, de communication et d'établissement de relations ». <sup>24</sup>

Comme nous l'avons souligné plus haut, les travailleurs sociaux jouent un rôle capital dans une variété de services essentiels au sein d'un foyer de SLD. Dans le cadre du champ d'exercice d'un travailleur social inscrit (TSI), ce dernier peut jouer un rôle essentiel pour assurer la sécurité des résidents et la qualité des soins.<sup>25</sup>

Une étude récente qui a examiné l'impact de la dotation en personnel des services sociaux sur la qualité des maisons de soins et les résultats résidentiels a révélé que l'augmentation des niveaux de dotation en personnel des services sociaux est une stratégie rentable pour améliorer la qualité des soins, et que des qualifications plus élevées du personnel des services sociaux améliorent les résultats des résidents.<sup>26</sup> Un soutien accru est nécessaire au niveau fédéral pour garantir que les qualifications du personnel correspondent aux rôles et responsabilités du poste afin de répondre au mieux aux besoins des résidents et que les maisons de soins offrent un large éventail de services aux personnes âgées afin d'améliorer leur qualité de vie.

Enfin, si l'on considère l'impact de la pandémie sur la santé mentale et psychosociale, le travail social est d'autant plus vital : les compétences spécialisées des travailleurs sociaux, qui associent une formation en santé mentale à des outils et modalités psychosociales plus larges, sont non seulement cruciales, mais aussi rentables pour le secteur des SLD. Les travailleurs sociaux sont en mesure de fournir un grand nombre des mêmes types de soins que les psychologues ou les infirmiers en santé mentale, ainsi que d'autres types de services et de soins mis en évidence dans ce document. Toutefois, le travail social se distingue de toutes les autres professions par le fait qu'il privilégie l'expérience vécue et se spécialise dans les approches holistiques de la prise en charge, axées sur la personne et l'environnement : les travailleurs sociaux ne sont pas seulement un ajout logique, mais un impératif dans ce contexte.

## **RECOMMANDATIONS**

La population vieillissante au Canada est diverse et complexe. Les complexités de la santé des résidents entrant en SLD ne sont pas réservées aux personnes âgées. En outre, de plus en plus d'adultes handicapés de moins de 65 ans sont contraints d'aller dans des maisons de retraite parce qu'il n'y a pas d'autres solutions :<sup>27</sup> le système actuel n'est pas équipé pour répondre aux besoins des Canadiens, et les solutions et la relance du secteur des SLD doivent être abordables, accessibles, et être guidées par les désirs et les besoins de la population qu'il est censé servir. Des réponses audacieuses de la part du gouvernement fédéral sont nécessaires pour corriger le tir, non seulement en réponse à la pandémie mais aussi pour aller de l'avant.

### **L'ACTS recommande que le gouvernement fédéral prenne les mesures suivantes :**

- 1.** Accroître le financement fédéral des soins de longue durée pour atteindre, au minimum, la moyenne de l'OCDE, et réévaluer régulièrement ce niveau :

Le Canada consacre 1,3 % de son PIB aux SLD, alors que la moyenne de l'OCDE est d'environ 1,7 %. De plus, la proportion des dépenses du Canada dans ce modèle a à peine augmenté depuis 2006, alors qu'elle a connu une croissance importante dans d'autres pays. L'ACTS recommande au gouvernement fédéral d'augmenter immédiatement le niveau des dépenses pour qu'elles correspondent à la moyenne de l'OCDE. L'ACTS encourage également le gouvernement fédéral à



réévaluer ce pourcentage et à ajuster ces chiffres en fonction de l'étude nationale.

2. Créer un nouveau *Transfert complémentaire démographique* pour compléter et soutenir le Transfert canadien en matière de santé :

Les premiers ministres provinciaux ont dans le passé appelé le gouvernement fédéral à porter le TCS à 25 % du coût des soins de santé des provinces et des territoires afin de satisfaire les besoins d'une population vieillissante. Toutefois, comme membre du GIAS (Groupe d'intervention action santé), l'ACTS recommande qu'au lieu d'amender la formule du TCS, on y ajoute un Transfert complémentaire démographique basé sur l'augmentation projetée des dépenses de santé associées au vieillissement de la population.

Le Conference Board du Canada a calculé le montant de ce complément au TCS en utilisant une projection basée sur les besoins : pour les exercices 2017-2020, ce complément nécessiterait un investissement fédéral d'environ 1,66 à 1,88 milliard de dollars par an.

Ce complément démographique aiderait chaque région à fournir un soutien en amont plus solide aux personnes âgées, ce qui aurait un impact exponentiel et holistique sur la santé de la population. Cela signifie que les types de soins aigus et complexes peuvent être retardés ou parfois éliminés, ce qui réduit la charge globale des SLD.

3. Élaborer une *Loi sur la sécurité des soins de longue durée* en collaboration avec les provinces et les territoires :

L'ACTS est consciente des défis posés par la réouverture de la LCS et croit que les changements nécessaires, la responsabilisation et le financement soutenu peuvent également être réalisés en élaborant une nouvelle loi — comme promis dans la plateforme électorale du Parti libéral du Canada de 2021 qui propose des normes nationales améliorées. Ces normes doivent garantir un accès équitable à un bon niveau de soins pour tous, indépendamment du modèle de financement, du revenu du résident, de sa culture, de sa langue, de sa religion, de son sexe, de sa situation géographique et de la complexité de ses besoins. À cet égard, le suivi et la responsabilité seront essentiels. Cette loi devrait être élaborée après une étude approfondie et en collaboration avec les provinces et les territoires, puis être mise en œuvre à un rythme responsable afin d'assurer un impact minimal sur les services existants tout en améliorant efficacement la situation des SLD.

Cette loi devrait, en outre, inciter et encourager le recours aux Travailleuses et Travailleurs Sociaux Inscrits (TSI) dans tous les établissements de SLD. Les travailleurs sociaux sont essentiels dans les SLD, à la fois pour le bien-être optimal des clients et comme méthode fiscalement responsable pour garantir que les SLD disposent d'un personnel adéquat composé de professionnels formés et responsables. Une partie du travail de création de cette loi devrait consister à demander aux provinces et aux territoires d'identifier des modèles de dotation qui fonctionnent dans leurs contextes particuliers. La nouvelle loi devrait contenir une enveloppe de financement spécialisée accessible aux provinces et aux territoires qui souhaitent l'adopter pour financer la composante minimale de dotation en personnel de travail social identifiée par ces modèles dans chaque

établissement de SLD. Au minimum, il est essentiel que tous les établissements de SLD aient accès à un travailleur social « pleinement intégré à l'équipe de soins, pour chaque établissement, afin de soutenir les soins centrés sur la personne, de répondre aux besoins de santé émotionnelle et mentale des familles et de fournir un soutien au personnel soignant ». <sup>28</sup>

#### 4) Soutenir et améliorer les possibilités de maintien à domicile :

Les recherches montrent que de nombreux Canadiens préfèrent vieillir à la maison. Bien que cela ne soit pas toujours possible en raison des différents niveaux de soins requis, il est inacceptable qu'une personne se voie refuser cette option en raison d'un manque de ressources : les personnes ayant des besoins moins complexes qui souhaitent vivre et vieillir chez elles devraient être soutenues dans cette démarche. En outre, une abondante littérature fait état des avantages du maintien à domicile des personnes âgées : les preuves suggèrent que les programmes de maintien à domicile peuvent entraîner des économies pour les familles, le gouvernement et les systèmes de santé, et il a également été démontré que le maintien à domicile présente des avantages sur le plan de la santé et des émotions par rapport aux soins en institution. Le gouvernement fédéral doit augmenter le financement dédié pour aider tous ceux qui vivent au Canada à vivre et à vieillir chez eux.

#### 4) Élaborer en collaboration avec les Premières Nations un nouveau cadre pour les soins de longue durée aux Autochtones, comme promis dans la plateforme électorale du Parti libéral du Canada de 2021 :

L'Assemblée des Premières Nations (APN) a plaidé pour que des fonds soient alloués aux Premières Nations pour « établir et exploiter des établissements de soins de longue durée ». Comme l'indique l'APN : « Une grande partie de la génération actuelle des aînés des Premières Nations a été contrainte de quitter sa communauté et de fréquenter les pensionnats indiens. Forcer les aînés des Premières Nations à quitter à nouveau leur communauté pour recevoir des soins palliatifs, de fin de vie ou de longue durée à la fin de leur vie est d'une cruauté inacceptable. » <sup>29</sup> Ce cadre doit également inclure des ressources pour aider les populations indigènes à vivre et à vieillir sur place, quel que soit leur lieu de résidence.



---

<sup>1</sup> Gaur, S., Dumyati, G., Nace, D., et Jump, R. (2020). Unprecedented solutions for extraordinary times: Helping long-term care settings deal with the COVID-19 pandemic. *Infection Control & Hospital Epidemiology*. doi:10.1017/ice.2020.98

<sup>2</sup>Institut canadien d'information sur la santé (2020). Pandemic Experience in the Long-Term Care Sector. [PDF]. <https://www.cihi.ca/sites/default/files/document/covid-19-rapid-response-long-term-care-snapshot-en.pdf>

<sup>3</sup>Richard O'Donnell, 1983, tel que cité dans Daly, T. (2015). Dancing the Two-Step in Ontario's Long-term Care Sector: More Deterrence-oriented Regulation= Ownership and Management Consolidation. Instituts de recherche en santé du Canada. doi:10.1080/19187033.2015.11674945.

<sup>4</sup> Marrocco, F., Coke, A., et Kitts, J. (2021). Ontario's Long-Term Care COVID-19 Commission. Rapport final. [PDF]. [http://www.ltccommission-commissionsld.ca/report/pdf/Ontarios\\_Long-Term\\_Care\\_COVID-19\\_Commission\\_Final\\_Report.pdf](http://www.ltccommission-commissionsld.ca/report/pdf/Ontarios_Long-Term_Care_COVID-19_Commission_Final_Report.pdf) .

<sup>5</sup> Ibid

<sup>6</sup> Action for Reform of Residential Care (ARRC). (2021). Improving Quality of Life in Long-Term Care—A Way Forward. [PDF]. <http://arrcbc.ca/Improving%20LTC%20-%20A%20Way%20Forward.pdf>

---

<sup>7</sup> Institut national du vieillissement. (2019). Enabling the Future Provision of Long-Term Care in Canada. [PDF]. Tiré de <https://static1.squarespace.com/static/5c2fa7b03917eed9b5a436d8/t/5d9de15a38dca21e46009548/1570627931078/Enabling+the+Future+Provision+of+Long-Term+Care+in+Canada.pdf>

<sup>8</sup> Ibid

<sup>9</sup> Gouvernement du Canada. (2020). Loi canadienne sur la santé. <https://www.canada.ca/fr/sante-canada/services/systeme-soins-sante/systeme-sante-canadien-assurance-sante/loi-canadienne-sante.html>

<sup>10</sup> Madore, O. (2003). The Canada health and social transfer: Operation and possible repercussions on the health care sector. <http://www.publications.gc.ca/Collection-R/LoPBdP/CIR/952-e.htm>

<sup>11</sup> Daly, T. (2015). Dancing the Two-Step in Ontario's Long-term Care Sector: More Deterrence-oriented Regulation= Ownership and Management Consolidation. Instituts de recherche en santé du Canada. doi:10.1080/19187033.2015.11674945.

<sup>12</sup> Institut canadien d'information sur la santé (2020). Pandemic Experience in the Long-Term Care Sector. [PDF]. <https://www.cihi.ca/sites/default/files/document/covid-19-rapid-response-long-term-care-snapshot-en.pdf>

<sup>13</sup> Ibid

<sup>14</sup> Norris, S. (2020). Les foyers de soins de longue durée au Canada — L'impact de la COVID-19. Bibliothèque du Parlement. Notes de la colline. <https://hillnotes.ca/2020/10/30/long-term-care-homes-in-canada-the-impact-of-covid-19/>

<sup>15</sup> Ibid

<sup>16</sup> Tholl, B., Hirdes, J., et Hébert, P. (2020). A Rare Window of opportunity to finally fix long-term care. Options politiques. <https://policyoptions.irpp.org/magazines/july-2020/a-rare-window-of-opportunity-to-finally-fix-long-term-care/>

<sup>17</sup> Institut national du vieillissement. (2019). Enabling the Future Provision of Long-Term Care in Canada. [PDF]. Tiré de <https://static1.squarespace.com/static/5c2fa7b03917eed9b5a436d8/t/5d9de15a38dca21e46009548/1570627931078/Enabling+the+Future+Provision+of+Long-Term+Care+in+Canada.pdf>

<sup>18</sup> Ministère des Soins de longue durée. (2020). Effectif des foyers de soins de longue durée Ontario. [PDF]. <https://files.ontario.ca/mltc-long-term-care-staffing-study-fr-2020-07-31.pdf>

<sup>19</sup> Ibid

---

<sup>20</sup> Ibid

<sup>21</sup> Action for Reform of Residential Care (ARRC). (2021). Improving Quality of Life in Long-Term Care – A Way Forward. [PDF]. <http://arrcbc.ca/Improving%20LTC%20-%20A%20Way%20Forward.pdf>

<sup>22</sup> Ibid

<sup>23</sup> Ministère des Soins de longue durée. (2020). Effectif des foyers de soins de longue durée Ontario. [PDF File]. <https://files.ontario.ca/mltc-long-term-care-staffing-study-fr-2020-07-31.pdf>

<sup>24</sup> Action for Reform of Residential Care (ARRC). (2021). Improving Quality of Life in Long-Term Care – A Way Forward. [PDF]. <http://arrcbc.ca/Improving%20LTC%20-%20A%20Way%20Forward.pdf>

<sup>25</sup> Association des travailleuses et travailleurs sociaux de l'Ontario (ATTSO). (2020). Mémoire présenté au groupe consultatif de l'étude sur la dotation en personnel du ministère des Soins de longue durée. [PDF]. [file:///Users/meganduncan/Downloads/Submission%20to%20the%20Long-Term%20Care%20Staffing%20Study%20Ad%20\(1\).pdf](file:///Users/meganduncan/Downloads/Submission%20to%20the%20Long-Term%20Care%20Staffing%20Study%20Ad%20(1).pdf)

<sup>26</sup> Restorick Roberts, A., Smith, A.C. et Bowlis. J.R. (2019). Impact of social service staffing on nursing home quality and resident outcomes. Centre de gérontologie Scripps. [PDF]. [https://sc.lib.miamioh.edu/bitstream/handle/2374.MIA/6345/Roberts-3-2019-Impact-Social-Service-Staffing-NH-Quality.pdf?\\_ga=2.201277869.2002810210.1622840162-553903643.1622840162](https://sc.lib.miamioh.edu/bitstream/handle/2374.MIA/6345/Roberts-3-2019-Impact-Social-Service-Staffing-NH-Quality.pdf?_ga=2.201277869.2002810210.1622840162-553903643.1622840162)

<sup>27</sup> Goffin, P. (2017). Thousands of under-65 adults with physical disabilities are being forced into Ontario nursing homes: Ministry data. Toronto Star.

<sup>28</sup> Action for Reform of Residential Care (ARRC). (2021). Improving Quality of Life in Long-Term Care – A Way Forward. [PDF]. <http://arrcbc.ca/Improving%20LTC%20-%20A%20Way%20Forward.pdf>

<sup>29</sup> Assemblée des Premières Nations (APN). (2017). The First Nations Health Transformation Agenda. [https://www.afn.ca/uploads/files/fnhta\\_final.pdf](https://www.afn.ca/uploads/files/fnhta_final.pdf)