

Rétablir la confiance : la COVID-19 et l'avenir des soins de longue durée

Juin 2020



Une note de breffage de la SRC

Rétablir la confiance : la COVID-19 et l'avenir des soins de longue durée

Une note de breffage de la SRC

Les membres du Groupe de travail

| | |
|--------------------------------|--------------------------------|
| Pat Armstrong, MSRC | York University |
| Véronique Boscart | Conestoga College |
| Gail Donner | University of Toronto |
| Francine Ducharme | Université de Montréal |
| Carole Estabrooks (Présidente) | University of Alberta |
| Colleen Flood, MSRC | Université d'Ottawa |
| Janice Keefe | Mount Saint Vincent University |
| James Silvius | University of Calgary |
| Sharon Straus | University of Toronto |
| Michael Wolfson | Université d'Ottawa |

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

| | |
|------------------|----------------------|
| Tom Marrie, MSRC | Dalhousie University |
|------------------|----------------------|

Pairs examinateurs de la note de breffage

| | |
|----------------------|------------------------------------|
| Naomi Black | York University |
| Claire Goodman | University of Hertfordshire |
| Ian Graham, MSRC | Université d'Ottawa |
| Anne Martin-Matthews | The University of British Columbia |
| Ingrid Sketris | Dalhousie University |

Forme suggérée pour les citations de cette note de breffage :

Estabrooks, C. A., Straus, S., Flood, C. M., Keefe, J., Armstrong, P., Donner, G., Boscart, V., Ducharme, F., Silvius, J. et Wolfson, M. *Rétablir la confiance : la COVID-19 et l'avenir des soins de longue durée*. Société royale du Canada. 2020

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 report 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

Établi par le président de la Société royale du Canada en avril 2020, le Groupe de travail de la Société royale du Canada sur la COVID-19 s'est vu confier le mandat de dégager des perspectives éclairées par la recherche 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.

Le Groupe de travail a établi un ensemble de sous-groupes de travail chargés de préparer rapidement des notes de breffage destinées à éclairer par des données probantes les réflexions des décideurs politiques.

La présente note de breffage se divise en trois sections :

- Le contexte et les politiques en vigueur avant la COVID-19
- Les vulnérabilités exposées par la COVID-19
- Les principes qui devraient guider les mesures à prendre et les principales options envisageables.

Vue d'ensemble de Rétablir la confiance : la COVID-19 et l'avenir des soins de longue durée

Cette *Note de breffage sur les soins de longue durée* s'intéresse principalement à la question de la main-d'œuvre. Le rapport débute par un examen du contexte de la recherche et de l'environnement politique qui existait au Canada dans le domaine des soins de longue durée (SLD) avant l'arrivée de la COVID-19. Il résume la base de connaissances que nous possédons actuellement et qui sous-tend les solutions à long terme et intégrées que nous proposons d'apporter pour répondre aux défis qui se posent dans le secteur des soins de longue durée. Le rapport décrit ensuite les lacunes profondes qui minent depuis longtemps le secteur des soins de longue durée et qui ont accentué la gravité de la crise de la COVID-19. D'autres facteurs ont contribué de manière aussi importante à cette crise : les caractéristiques des aînés qui vivent dans des établissements de soins de longue durée, celles des différentes personnes qui en prennent soin et celles de l'environnement physique des établissements de SLD.

Les lacunes qui subsistent depuis longtemps dans le secteur canadien des soins de longue durée et les caractéristiques des principaux acteurs ont eu une influence directe sur les causes immédiates de la crise de la COVID-19 qui a secoué les établissements de SLD. Ce rapport énumère ces causes immédiates.

Le rapport énonce ensuite les principes directeurs qui devraient sous-tendre les mesures correctrices à apporter et recommande ensuite certaines mesures qui devraient être prises de toute urgence

Note du groupe de travail

Bien que les enjeux abordés dans cette étude concernent toutes les personnes qui vivent en établissement de soins de longue durée, le groupe de travail sur les SLD est bien conscient que ce document n'aborde pas tous les problèmes touchant les établissements de SLD, ce qui aurait de toute façon dépassé son mandat. Il encourage d'autres personnes à traiter de tout

autre aspect qui mérite une attention. En particulier, cette étude n'aborde pas les questions qui concernent les Autochtones vivant dans un contexte de soins de longue durée autrement qu'en soulignant l'importance d'adopter une approche intersectionnelle. Les membres du groupe de travail estiment que les enjeux auxquels les peuples autochtones ont été confrontés au cours de la crise de la COVID-19 devraient faire l'objet d'un travail d'étude distinct qui permettrait de comprendre les défis qui se posent aux Autochtones en général, que ce soit à l'extérieur ou au sein des multiples milieux institutionnels.

Remerciements

Les auteurs rendent hommage aux résidents et résidentes, aux familles, à celles et ceux qui fournissent des SLD et, surtout, à toutes les personnes qui sont décédées dans des établissements de SLD pendant cette pandémie. Ce sont leurs histoires qui sont à l'origine de ce rapport et qui expliquent pourquoi des mesures doivent être prises de toute urgence.

Les auteurs remercient Cathy McPhalen, Ph. D., de thINK Editing Inc, Edmonton, Canada, pour ses services de rédaction et de révision, lesquels ont été financés par la *Société royale du Canada* et rendus conformément à la norme Good Publication Practice (GPP3) (<http://www.ismpp.org/gpp3>).

Les auteurs souhaitent également remercier le personnel et les stagiaires du programme Translating Research in Elder Care (Université de l'Alberta) et du Nova Scotia Centre on Aging (Université Mount Saint Vincent), pour l'aide qu'ils ont apportée à la production de ce rapport.

Table des matières

| | |
|---|----|
| Sommaire exécutif | 5 |
| Comment les SLD sont-ils nés et comment sont-ils encadrés au Canada? | 11 |
| Espoir : la recherche a généré des pratiques prometteuses dans le secteur des SLD..... | 11 |
| Les deux composantes actuelles de la crise de la COVID-19 dans les établissements de SLD... | 13 |
| Les causes profondes et de longue date de la crise de la COVID-19 dans le secteur des SLD .. | 14 |
| Les défis à venir pour les établissements de SLD..... | 18 |
| Les caractéristiques avant la pandémie des aînés vivant en établissement de SLD | 18 |
| Les caractéristiques avant la pandémie des soins fournis aux aînés dans les établissements de SLD | 20 |
| Le cas particulier de la démence | 21 |
| Les caractéristiques avant la pandémie de la main-d'œuvre du secteur des SLD | 21 |
| La main-d'œuvre rémunérée non réglementée | 22 |
| La main-d'œuvre rémunérée réglementée | 24 |
| Niveau et composition des effectifs pour une bonne qualité de soins et de vie..... | 25 |
| Soins non rémunérés fournis par la famille et les amis | 27 |
| Les caractéristiques avant la pandémie des espaces sociaux, de vie et de travail dans les établissements de SLD | 27 |
| Environnement physique | 27 |
| Plans, protocoles et ressources pour la prestation des soins..... | 28 |
| Le contexte qui a mené à la crise de la COVID-19 dans les établissements de SLD | 29 |
| Les principes qui devraient guider les mesures à prendre | 31 |
| Recommandations sur la gestion de la COVID-19 dans le secteur des SLD au Canada | 32 |
| Recommandations relatives à la main-d'œuvre pour une réforme et une restructuration des SLD au Canada | 35 |
| Le Canada doit faire des choix..... | 37 |
| Pièce jointe 1. Rapports, enquêtes, commissions et autres examens des soins de longue durée | 48 |
| Pièce jointe 2. Dix années de couverture médiatique sur les établissements de soins de longue durée | 54 |
| Tableau 1. Établissements de soins de longue durée par province : nombre d'établissements, terminologie, politique/loi applicable | 61 |
| Tableau 2. Travailleurs non réglementés fournissant des soins directs dans les établissements de soins de longue durée | 65 |

Sommaire exécutif

Pourquoi devons-nous agir de toute urgence pour réformer et restructurer les soins de longue durée fournis au Canada?

Depuis 50 ans, le Canada et plusieurs autres pays ont généré des enquêtes, des commissions, des groupes de travail, des rapports sur commande, des reportages médiatiques et des appels à l'action devant mener à une réforme du mode de fonctionnement des établissements de soins de longue durée (SLD) et améliorer la qualité des soins qui y sont donnés. Les recherches en sciences sociales et en santé réalisées de par le monde nous ont fourni suffisamment de constats probants sur lesquelles nous appuyer pour déterminer la meilleure voie à suivre.

Mais au Canada, la proportion de personnes décédées de la COVID-19 dans des établissements de SLD est bien plus élevée que dans les pays comparables – 81 % au Canada, comparativement à 28 % en Australie, 31 % aux États-Unis et 66 % en Espagne, selon les plus récents rapports¹. Parmi ces aînés résidant dans des établissements de SLD au Canada, un grand nombre meurent sans la présence de leurs proches, dans un état d'anxiété et de peur, entourés de gens portant des équipements de protection individuelle terrifiants. Pourquoi?

Notre secteur des soins de longue durée, qui englobe en particulier nos établissements de SLD, se trouve dans une situation de crise qui dépasse largement le problème de la COVID-19. Cette pandémie a tout simplement exposé les lacunes généralisées qui minaient profondément le secteur depuis un bon moment. Ces failles opérationnelles profondes sont le résultat de notre **incapacité** :

- à remédier aux conséquences de tendances démographiques bien connues qui se dessinent quant au vieillissement, à la démence et aux soins prodigués par les membres de la famille;
- à écouter nos aînés, spécialement les personnes atteintes de démence, et leurs familles;
- à reconnaître les profondes iniquités vécues par les aînés canadiens, au premier rang desquelles figure la pauvreté;
- à maintenir des niveaux suffisants de personnel responsable des repas, de la lessive et de l'entretien ménager, à orienter adéquatement ce personnel et à reconnaître son rôle dans la création d'un cadre de vie de qualité;
- à former adéquatement le personnel dirigeant et les cadres, et à les soutenir sur le terrain;
- à aider le personnel en soins de longue durée à acquérir de la résilience et à la maintenir;
- à écouter les travailleurs qui prodiguent directement les soins;
- à établir des normes relatives aux effectifs appropriés de travailleurs de la santé réglementés;
- à former, encadrer et soutenir adéquatement les soignants non réglementés, lesquels fournissent plus de 90 % des soins directs;
- à réglementer le système globalement et de manière équilibrée;
- à nous fonder sur des données pour améliorer le secteur et évaluer les résultats des mesures prises;
- à recueillir, vérifier et analyser les données cruciales qui permettent d'assurer une bonne gestion du secteur;
- à financer un robuste secteur des soins de longue durée.

Le secteur des soins de longue durée (SLD) avant la pandémie

Le secteur des SLD au Canada puise ses racines dans la *Poor Law* (Loi des pauvres) de 1601 (Élisabeth 1^{re}) et non dans le système de santé. Les programmes provinciaux et territoriaux sont disparates et parcellaires. La Loi canadienne sur la santé ne protège ni ne garantit l'universalité des SLD. Aujourd'hui, les caractéristiques *avant* la pandémie des résidents des établissements de SLD, de la main-d'œuvre qui en prend soin et de l'environnement physique qui les entoure se révèlent tous d'importants éléments qui ont contribué à la crise des soins de longue durée au Canada.

Les aînés canadiens intègrent les établissements de SLD à un âge plus avancé. Pendant que la population canadienne vieillissait et que la durée de vie de ses aînés augmentait, nous nous sommes donné les moyens de permettre à beaucoup d'entre eux de vieillir dans leur milieu. En même temps, la prévalence des maladies chroniques – principalement de la démence – a augmenté, et les défis sociaux associés au fait de vivre passé le cap des 80, des 90 et même des 100 ans se sont amplifiés. En conséquence, les résidents qui arrivent dans les établissements de SLD – souvent leur dernière demeure – ont des besoins sociaux et médicaux plus complexes et plus lourds. Cela a considérablement accru la complexité des soins que doivent fournir les établissements de SLD, même comparativement aux soins qui étaient prodigués il y a seulement une dizaine d'années.

La composition des effectifs dans les établissements de SLD au Canada a changé, mais elle ne s'est pas adaptée aux besoins des aînés, qui requièrent des soins de santé et sociaux complexes. Les soins directs sont actuellement presque entièrement donnés par des travailleurs non réglementés – préposés aux bénéficiaires et préposés aux services de soutien à la personne. Ces derniers sont les moins bien rémunérés du secteur de la santé, reçoivent une formation variable et minimale en SLD et prennent rarement part aux décisions sur les soins fournis aux résidents. Les études montrent qu'ils ont souvent trop peu de temps pour accomplir convenablement leurs tâches essentielles et qu'ils sont très susceptibles de souffrir d'épuisement professionnel et de se blesser. Malgré ces graves problèmes, la plupart de ces travailleurs estiment que leur travail est valable.

Au cours des deux dernières décennies, le ratio d'infirmières réglementées par rapport aux préposés aux bénéficiaires a constamment été réduit pour limiter les coûts et parce qu'on estimait qu'un effectif riche et diversifié n'était pas nécessaire. Les résidents des établissements de SLD au Canada n'ont peut-être pas non plus accès à tous les soins dont ils auraient besoin, lesquels comprendraient des soins médicaux, des thérapies et d'autres services de santé et sociaux. Ces soins complets exigeraient un ensemble d'effectifs et de ressources qui comprendrait notamment des médecins, des soins de santé mentale, des ressources palliatives, des physiothérapeutes, des ergothérapeutes, des orthophonistes, des récréothérapeutes, des diététiciens, des pharmaciens, des soins pastoraux, des psychologues et des travailleurs sociaux.

Les résidents des établissements de SLD au Canada ont aussi peut-être peu accès à des services non assurés tels que la podiatrie ou bien les soins dentaires, auditifs et visuels. Dans plusieurs cas, les résidents doivent payer pour certains médicaments. Les résidents qui ont de la famille et des amis à proximité peuvent parfois compter sur eux pour combler certaines lacunes dans les services qui leur sont offerts. Toutefois, de moins en moins de ces aidants naturels sont disponibles en raison des tendances qui se poursuivent quant à la taille et à l'éparpillement des familles.

Enfin, **de nombreux établissements de SLD au Canada sont vieillissants et n'ont pas été conçus pour répondre aux besoins complexes des résidents d'aujourd'hui** – ou pour contenir ou prévenir une maladie comme celle qui les balaie actuellement. Lorsqu'une infection comme la COVID-19 se manifeste, la qualité de vie et la qualité des soins doivent trop souvent céder la place à la gestion de l'épidémie. Le paradigme de l'établissement de SLD, qui constituerait un milieu social, public, invitant pour l'entourage des résidents, est entré en pleine contradiction avec celui de l'espace sécuritaire pour les résidents et le personnel pendant la crise de la COVID-19.

Un avenir souhaitable pour le secteur des SLD au Canada

Dans cette note de breffage commandée par la Société royale du Canada, nous décrivons un avenir souhaitable pour le secteur des SLD au Canada, en portant une attention spéciale à la situation de la COVID-19 et à la main-d'œuvre qui fournit les SLD. Les établissements de SLD constituent un élément essentiel de notre système social et de santé. *Pour les nombreux Canadiens qui auront besoin de ce niveau élevé de soins, les établissements de SLD représenteront un choix judicieux, si nous faisons bien les choses.* Il faudra, notamment, que nous soyons en mesure d'assurer constamment dans les établissements de SLD des soins de grande qualité et holistiques, et d'offrir aux résidents une bonne qualité de vie, une bonne fin de vie et une belle mort. Les Canadiens n'en attendent pas moins. Et le Canada a certainement les ressources et les connaissances voulues pour y parvenir.

Notre principal message sur ce qui doit être fait : nous devons résoudre la crise de la main-d'œuvre dans le secteur des SLD

Dans un premier temps, et *si nous ne faisons rien d'autre pour le moment, nous devons absolument résoudre la crise de la main-d'œuvre dans le secteur des SLD.* Il s'agit de l'aspect le plus important à régler. Réformer et restructurer la main-d'œuvre aura des avantages immédiats pour les aînés canadiens qui vivent dans des établissements de SLD et constitue une condition essentielle à un changement durable. Cela améliorera au moins aussi la qualité des soins, ce qui permettra aux établissements de SLD de diminuer le nombre de transferts inutiles vers les hôpitaux et le nombre de réclamations pour blessures présentées par le personnel, et d'interagir plus efficacement avec les personnes qui fournissent les soins à domicile et dans la collectivité.

Pour résoudre la crise de la main d'œuvre dans le secteur des SLD, il sera indispensable dorénavant d'assurer un financement adéquat et durable ainsi qu'un encadrement robuste des SLD. De nouveaux fonds fédéraux et provinciaux devraient être dégagés de toute urgence pour attaquer de front cette crise de la main d'œuvre, afin que nous soyons en mesure d'affronter et de gérer la pandémie de la COVID-19 et d'améliorer la qualité des soins, la qualité de vie et la qualité de fin de vie des résidents des établissements de SLD.

Nous recommandons 9 mesures pour résoudre la crise de la main-d'œuvre dans les établissements de SLD. Pour mettre en œuvre toutes ces mesures, le gouvernement fédéral et les gouvernements provinciaux/territoriaux devront assurer un solide leadership et travailler en coordination

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. Ces normes nationales devraient notamment déterminer l'équipe de soins requise pour fournir des soins de qualité et le

gouvernement fédéral. Les provinces et les territoires recevraient des fonds supplémentaires s'ils s'y conforment.

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.
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. Ces normes appropriées de rémunération et de conditions de travail devront être permanentes et ne pas être limitées à la période de lutte contre la COVID-19. La rémunération et les conditions de travail devraient être équitables partout au pays, au sein du secteur des SLD et entre les secteurs des SLD et des soins aigus pour le personnel réglementé et non réglementé.
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. Les gouvernements provinciaux et territoriaux devraient évaluer les mécanismes de propagation des infections qui sont favorisés par le fait que des personnes travaillent dans plusieurs établissements et devraient mettre en place un robuste système de traçage.
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.
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.
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. En plus des conditions de travail extraordinairement stressantes vécues par ce personnel pendant la pandémie, ce dernier a dû composer avec plusieurs décès de personnes âgées dont il avait pris soin pendant des mois et des années, ainsi que de collègues de travail. Il est en deuil aujourd'hui, et il continuera de l'être.

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. Les données recueillies devraient porter entre autres sur la qualité des soins fournis aux résidents, sur l'expérience vécue par les résidents et leurs familles ainsi que sur la qualité des conditions de travail du personnel. Les données devraient être recueillies à l'aide d'outils appropriés et validés, notamment des outils qui conviennent à des résidents présentant des symptômes modérés à sévères de démence. Les données recueillies devraient mettre en relief les disparités et les vulnérabilités globales vécues par les résidents et le personnel, y compris sur les plans de la race, de l'ethnicité, de la langue, de l'identité de genre, du statut de tutelle, du statut socioéconomique, de la religion, de tout handicap physique ou intellectuel et de l'exposition à des événements traumatiques.
9. La collecte des données devrait être transparente et effectuée par des organismes indépendants du secteur et SLD et des gouvernements. Les gouvernements provinciaux et territoriaux devraient évaluer et utiliser les données pour revoir au besoin la réglementation des établissements de SLD et leur agrément. Ils devraient adopter une approche équilibrée et fondée sur des preuves concernant l'agrément obligatoire ainsi que la réglementation et l'inspection des établissements de SLD. Ils devraient mobiliser la participation du secteur des SLD à ce processus, notamment des personnes qui reçoivent des soins, de leurs familles, des gestionnaires et des soignants.

Le Canada doit choisir

Généralement, les établissements de SLD au Canada réussissaient à « se tirer d'affaire » avant la pandémie. Mais cela ne suffit pas. Puis est venue la COVID-19, une onde de choc qui a ouvert toutes les failles de notre réseau d'établissements de SLD. Elle a causé, dans les pires des cas, des niveaux élevés de souffrance physique, mentale et émotionnelle chez nos aînés. Les vies qui ont été inutilement perdues comptaient. Ces aînés méritaient une belle fin de vie et une belle mort. Nous les avons laissé tomber. Nous avons le **devoir de prendre soin** de nos aînés et de corriger la situation – non seulement de résoudre la crise associée à la maladie infectieuse actuelle, mais aussi de réformer le secteur qui a permis à cette crise de causer des ravages aussi dévastateurs qu'évitables. Nous avons la capacité, les connaissances et les ressources voulues pour prendre immédiatement des mesures pour rétablir la confiance perdue.

C'est le choix qui se pose à nous.

Rétablir la confiance : la COVID-19 et l'avenir des soins de longue durée

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 gouvernement.²

Les piètres conditions de soin observées dans les établissements de SLD dans le monde ont de plus en plus fréquemment été décrites au cours des 50 dernières années dans plus d'une centaine de **rapports** publiés (Pièce jointe 1). Ces rapports concernent tous des pays à revenu élevé, mais le Canada y est montré du doigt proportionnellement plus souvent qu'à son tour. Une recherche rapide effectuée dans les **médias** pour la période des 10 dernières années seulement a permis de recenser pour le Canada à lui seul plus de 150 rapports (Pièce jointe 2) décrivant les conditions inacceptables, et parfois scandaleuses, vécues par nos aînés dans nos établissements de SLD. Ils font tous des constats semblables, expriment tous notre indignation sous-jacente, émettent tous des recommandations et sont tous lus. Ensuite, une ou deux mesures sont prises, puis ils ramassent de la poussière sur une tablette. Rien ne change. Du moins pas substantiellement, pas *fondamentalement*. Évidemment, beaucoup a été fait depuis le milieu du 20^e siècle – les nouveaux établissements de SLD sont mieux organisés pour soutenir la qualité des soins et la qualité de vie, les programmes de soins pour les personnes atteintes de démence sont plus fréquemment utilisés dans les établissements de SLD et certains exemples de pratiques prometteuses peuvent être cités^{3,4}. Pourtant, les préoccupations concernant la qualité des soins et la sécurité des résidents perdurent, les événements tragiques continuent de se succéder, les disparités s'accroissent, les problèmes de fond ne se règlent pas, les aînés souffrent inutilement et de nombreux Canadiens sont sincèrement effrayés par la perspective de devoir eux-mêmes être placés dans un établissement de SLD⁵⁻¹².

Chaque rapport et chaque événement qui l'a suscité est traité comme un cas isolé et unique. Ils ne le sont pas. La longue série d'événements qui ont suscité les différents rapports et reportages dans les médias ont pour origine des failles qui minent depuis longtemps le secteur. Les causes sont multiples et complexes, mais elles ont en commun des attitudes systémiques et profondément institutionnalisées sur l'âge et le genre – qui sont fortement ancrées, mais à peine voilées. L'état des établissements de SLD *peut* être redressé, mais les solutions exigent que nous fassions des choix.

La COVID-19 n'a pas, comme nous l'avons entendu à répétition, brisé ce secteur. *Il ne s'agit que d'un événement qui s'est ajouté aux autres*. Cette fois-ci, l'événement a occasionné un taux élevé de décès dans les établissements de SLD de par le monde. Nulle part ailleurs, cependant, ces *taux de décès excessifs dans les établissements de SLD* n'ont été plus élevés qu'au Canada¹³. La COVID-19 a entraîné, dans les pires des cas, des niveaux élevés de souffrance physique, mentale et émotionnelle chez nos aînés. Ces vies inutilement perdues comptaient. Ces aînés méritaient une belle fin de vie et une belle mort. Nous les avons laissé tomber. Nous avons rompu le pacte. Nous avons le devoir, la responsabilité et *la capacité de corriger cette situation* – non seulement de résoudre la crise associée à la maladie infectieuse actuelle, mais aussi de réformer le secteur qui a permis à cette crise de causer des ravages aussi dévastateurs qu'évitables. Nous pouvons rétablir la confiance.

Comment les SLD sont-ils nés et comment sont-ils encadrés au Canada?

Au Canada, deux expressions génériques sont employées pour décrire la gamme complète des soins autres que les soins aigus (hospitaliers) : les soins de longue durée (SLD) et les soins continus. **Nous examinons principalement ici les établissements fournissant des soins de longue durée 24 heures par jour** (souvent appelées *nursing homes* en anglais au Canada), **telles qu'ils sont définis par Santé Canada**¹⁴ :

Dans l'ensemble, les établissements de soins de longue durée offrent un logement pour les personnes qui exigent des soins supervisés sur place, jour et nuit, y compris les soins de santé professionnels, les services et les soins personnels, tels que les services de restauration, de lessive et d'entretien ménager.

La majorité des établissements de SLD pour aînés au Canada puisent leurs racines dans la *Poor Law* (Loi des pauvres) de 1601 (Élisabeth 1^{re}). Au Québec, leurs racines sont plutôt à chercher dans les œuvres des ordres religieux chrétiens. Le secteur des SLD au Canada s'est initialement concrétisé sous la forme d'hospices pour les pauvres, de *county homes*, de paroisses, de *poorhouses* et d'asiles d'indigents. Ces établissements logeaient des personnes qui étaient incapables de prendre soin d'eux-mêmes, y compris des aînés, des personnes ayant des troubles mentaux et des personnes vivant dans la pauvreté. Selon la région géographique, certains établissements étaient associés à des organismes caritatifs ou à des ordres religieux. Avec le temps, les gens de ces différents groupes ont été regroupés dans des établissements distincts. Les établissements réservés aux aînés sont graduellement apparus au début du 20^e siècle. Certains de ces premiers établissements étaient encore utilisés pendant une bonne partie des années 1950 au Canada.

La compétence des provinces et des territoires en matière de SLD découle de l'interprétation de la Loi constitutionnelle de 1867. De 1977 à 1996, le gouvernement fédéral a accordé un financement à coûts partagés pour les lits pour aînés et un financement au prorata de la population pour les SLD, par l'intermédiaire de son Régime d'assistance publique du Canada et de son Programme des services complémentaires de santé. Toutefois, **l'assurance maladie universelle n'englobe toujours pas les SLD dans ses services de santé** protégés par la Loi canadienne sur la santé¹⁵. La Loi canadienne sur la santé précise que¹⁴ :

Les soins offerts en établissements de soins de longue durée ne sont pas assurés par l'État au moyen de la Loi canadienne sur la santé. Ils sont régis par les lois provinciales et territoriales. Au pays, les compétences fournissent un éventail varié de couverture de services et de coûts. Ainsi, il y a peu d'uniformité à l'échelle du Canada sur les points suivants : la désignation des établissements (p. ex. centres d'hébergement et de soins de longue durée, foyers de soins personnels, foyers de soins infirmiers, centres de soins continus, etc.), le niveau ou le type de soins dispensés et la manière de les évaluer, la façon dont les établissements sont régis, et qui en est le propriétaire.

Nous résumons ces différences entre les provinces et les territoires dans le tableau 1.

Espoir : la recherche a généré des pratiques prometteuses dans le secteur des SLD

Une bonne partie de ce qui suit dans le présent document n'est pas très rose, mais nous devons affronter la triste réalité de ce que nous avons laissé se produire au regard des soins fournis à nos aînés les plus vulnérables. Nous devons également tirer des leçons, afin que nous ne continuions

pas de rechercher des solutions à court terme et compartimentées qui ne feront que masquer les problèmes. Nous décrivons ici certaines pratiques prometteuses qui ont été mises en œuvre à l'étranger et au Canada dans le secteur des SLD.

Un corpus de recherches réalisées par les membres de ce groupe de travail et d'autres traite des multiples obstacles qui se posent à l'amélioration des établissements de SLD ainsi que des solutions qui pourraient être apportées :

- *Re-imagining Long Term Residential Care* (Réimaginer les soins fournis dans les établissements de SLD) – Un programme de recherche dirigé par des chercheurs de l'Université York¹⁶ (Toronto) examine et évalue certaines approches utilisées en matière de soins, d'organisation du travail, de reddition de comptes ainsi que de financement et de propriété.¹⁷ Il traite également du travail non rémunéré, de l'invisibilité des femmes et du vieillissement en santé dans les établissements de SLD.
- *Family/friend caregivers of older people needing assistance and formal caregivers and human resource issues in LTC and home care* (Les aidants naturels des aînés qui ont besoin d'aide et les problèmes qui se posent relativement aux soignants professionnels et aux ressources humaines dans le domaine des SLD et des soins à domicile)¹⁸. Ce groupe de recherche basé à l'Université Mount Saint Vincent étudie aussi les *soins de fin de vie*¹⁹ offerts dans les établissements de SLD, les soins donnés aux personnes atteintes de démence, le vieillissement en milieu rural et l'environnement physique des établissements de SLD.
- *Translating Research in Elder Care*²⁰ (Application de la recherche sur les soins donnés aux aînés), un programme de recherches appliquées longitudinales de l'Université de l'Alberta sur les SLD en établissement. Cette équipe étudie la qualité des soins, la qualité de vie et la qualité de vie professionnelle dans les établissements de SLD. Elle élabore et évalue des stratégies et des interventions destinées à améliorer la qualité dans tous ces domaines.

Quelques membres du présent groupe de travail ont présidé des comités examinant divers aspects de la qualité dans les établissements de SLD²¹⁻²⁵ ou le rôle des membres de la famille^{26,27}, ou ont été des membres actifs d'équipes qui ont produit des rapports et formulé des recommandations²⁸⁻³⁰. Leur expertise collective en matière de politiques publiques, de données et de législation éclaire également le présent document. D'autres membres de ce groupe de travail ont mené des recherches sur les aidants naturels des personnes atteintes de démence^{26,31}, les libertés civiles, le financement futur des SLD³⁰, les soins aux aînés fondés sur la recherche, la formation des préposés aux bénéficiaires, les questions de communication touchant les préposés³², la relation entre les effectifs et la qualité des soins³³, les modèles de soins en établissement^{34,35} et l'impact subi par les personnes vulnérables pendant la crise de la COVID-19^{36,37}.

Leurs différents travaux et le vaste corpus de recherches publiées ailleurs dans le monde sur les établissements de SLD offrent une source abondante de solutions prometteuses. *Il n'existe pas de solution unique*. On peut chercher des pistes de solution dans les modèles utilisés dans d'autres pays, en Scandinavie et en Europe par exemple, tels que les « villages pour la démence » et les « fermes vertes ». Dans notre propre pays, d'excellents établissements de SLD ont été étudiés et devraient continuer de l'être. Certains établissements de SLD à quelques endroits au Canada³⁸ se sont préparés à la COVID-19 et ont évité jusqu'ici les infections et les décès associés, ou ont bien géré les éclosions. Par exemple, à Kingston, en Ontario, les établissements de SLD ont connu peu de cas de COVID-19. À Edmonton, en Alberta, un établissement de SLD administré par une

famille était toujours exempt de cas de COVID-19 au moment d'écrire ce rapport. Nous devons comprendre comment ils ont pu y arriver et pourquoi d'autres n'ont pas eu d'aussi bons résultats. Par exemple, quel rôle ont joué la réglementation et les inspections dans la matérialisation des meilleurs et des pires résultats?

Le **premier** obstacle n'est pas le manque de résultats de recherches. Nous disposons d'une bonne quantité de constats de recherche qui peuvent nous aider à apporter des améliorations importantes, mais personne n'a donné de suite à ces constats.

Deuxièmement, les chercheurs ne peuvent pas à eux seuls transformer le secteur des SLD – leur rôle est de fournir des constats fondés sur des données de grande qualité. Les données de recherches, mêmes lorsqu'elles sont transformées en formats utilisables, doivent tout de même être évaluées et leurs avantages doivent être soupesés en tenant compte d'enjeux liés au contexte, à l'échelle et aux coûts. Des décennies de rapports pâtissent sur les tablettes pour diverses raisons, mais au cœur du problème, se profile un problème manifeste : une volonté politique insuffisamment forte pour entendre la dure réalité. Parmi les meilleurs exemples à ce sujet figurent les recherches sur le niveau et le type appropriés d'effectifs. Cela constitue sans l'ombre d'un doute l'un des facteurs qui contribuent le plus à la qualité des services offerts dans les établissements de SLD.

Troisièmement, nous devons évaluer de manière rigoureuse et comparative les réformes qui seront mises en œuvre au Canada pour améliorer les SLD. Il nous faudra pour cela des données fraîches de qualité, ce dont nous manquons affreusement relativement au secteur des SLD.

Quatrièmement, la réforme du secteur des SLD exigera une forte dose de leadership en matière de prise de décisions et une volonté de sortir de la phase actuelle des changements graduels et du rafistolage secondaire pour passer à une phase de changements réellement transformatifs. Nos dirigeants devront aussi avoir la volonté de dégager les ressources nécessaires pour parvenir à ces fins. Nous devons être capables et avoir le courage non seulement de mettre en œuvre les pratiques prometteuses élaborées, mais aussi de mettre un terme aux pratiques qui ne sont pas utiles ou efficaces.

Enfin, et ce qui est peut-être le plus important – pour redresser le secteur des SLD – les Canadiens et leurs gouvernements devront décider si l'objectif compte suffisamment à leurs yeux pour faire ce qu'il faut pour l'atteindre. C'est le choix qui se pose. Nous avons de très bons motifs d'espérer que nous serons en mesure d'améliorer ce secteur pour nos aînés les plus vulnérables qui vivent dans des établissements de SLD, **mais nous devons choisir sciemment et délibérément, en tant que pays, de prendre les mesures nécessaires.**

Les deux composantes actuelles de la crise de la COVID-19 dans les établissements de SLD

Le défi posé par la pandémie actuelle dans le secteur des SLD a deux principales composantes. **Premièrement**, cette crise a engendré les taux de mortalité excessifs qui ont été observés dans les établissements de SLD. Ceux-ci dépassent de loin les taux de mortalité enregistrés pour la grippe saisonnière dans les établissements de SLD (0,1 % par rapport à 3 % à 4 %^{39,40}). Les chiffres évoluent rapidement, mais jusqu'à maintenant, le Canada a enregistré, à l'échelle nationale, la plus forte proportion de décès de résidents d'établissements de SLD liés à la COVID-19. Les données canadiennes indiquent que 81 % de toutes les personnes décédées de la COVID-19

sont des résidents d'établissements de SLD¹. D'autres pays comparables signalent des taux de 27 % (Angleterre et Pays de Galles⁴¹), 28 % (Australie¹), 31 % (É.-U.¹), 34 % (Danemark⁴²), 34 % (Allemagne¹), 47 % (Écosse⁴³), 49 % (Suède⁴²) et 66 % (Espagne¹). À l'échelle mondiale, le taux de mortalité des personnes qui ont contracté la COVID-19 a été évalué à 3,4 %⁴⁰, mais ce taux varie remarquablement d'un pays à l'autre – d'un taux aussi faible que 0,1 % (Qatar) à un taux aussi élevé que 26,3 % (Yémen⁴⁴). Au Canada, le taux de mortalité global a été évalué à 8,2 %⁴⁴, mais celui des résidents d'établissements de SLD canadiens a été évalué à 25 % (variant de 11 % à 35 %⁴⁵). Le taux de mortalité mondial pour toutes les personnes de plus de 85 ans, indépendamment de l'endroit, est de 10 % à 27 %⁴⁶.

Deuxièmement, et ce qui est au moins aussi troublant, c'est que la crise de la COVID-19 vécue dans les établissements de SLD est *une crise humaine*. Une crise qui concerne la façon dont nos aînés sont morts et continuent de mourir. Dans les cas les pires observés en Europe, aux États-Unis et au Canada, les images cruelles diffusées dans les médias continuent de nous hanter – des personnes âgées abandonnées, laissées à elles-mêmes à mourir dans leurs propres excréments, sans nourriture et sans eau, complètement seules^{5-9,11,12,47-52}. Ces images ont galvanisé le monde entier. Des mesures d'urgence ont été instituées et les pires situations de cette crise dévastatrice ont été atténuées dans un nombre limité d'établissements de soins de longue durée, mais les aînés dans ces établissements courent toujours des risques extrêmement élevés – ils continuent de mourir seuls à un rythme trop élevé. Ce qui exacerbe notamment cette crise humaine, c'est que 87 % des résidents des établissements de SLD ont un trouble cognitif²⁹, 25 % ont un trouble cognitif grave⁵³ et les deux tiers ont reçu un diagnostic de démence^{54,55}. Ils sont anxieux et ont peur, et ils sont incapables de comprendre pourquoi les gens qui les entourent portent un équipement de protection individuelle, ont le visage couvert et parlent avec une voix étouffée. Ces résidents se portent le mieux quand leur environnement leur est familier, mais la situation qu'ils traversent actuellement est loin de leur être suffisamment familière pour favoriser une belle vie ou une belle mort.

Les causes profondes et de longue date de la crise de la COVID-19 dans le secteur des SLD

La réponse du Canada à la COVID-19 a exposé des lacunes généralisées qui minent profondément le secteur des SLD depuis un bon moment. Ces failles opérationnelles profondes diminuent l'efficacité de l'intervention de lutte contre la pandémie. Elles sabotent également la qualité des soins, la qualité de vie, les conditions de décès, la qualité de vie professionnelle du personnel ainsi que la santé et la sécurité des résidents, des aidants naturels, des familles et du personnel. Ces lacunes ont comme facteur sous-jacent des attitudes négatives implicites à l'égard de l'utilité et de la nécessité de s'appuyer sur l'expertise pour assurer de bons soins de longue durée. Bien que les problèmes suivants se manifestent peut-être à un degré variable dans chaque province et territoire, ils ont été observés partout sur le territoire canadien.

1. Le Canada n'a pas réussi à résoudre la question du **financement présent et futur des SLD**. Il faudrait tout d'abord pour cela s'entendre à l'échelle nationale sur ce à quoi les aînés canadiens vivant en établissement de SLD *devraient pouvoir s'attendre*. Le financement d'un secteur robuste de SLD est également intimement lié à d'autres composantes des soins continus, y compris les programmes offerts dans la collectivité, les soins à domicile, l'aide à la vie et les résidences pour personnes âgées. Lorsque chacun de ces éléments

interconnectés sera plus solide, les besoins des établissements de SLD diminueront. *Toutefois, la nécessité des établissements de SLD ne disparaîtra pas et ne devrait pas disparaître.* La clé pour les aînés canadiens, est de recevoir les soins appropriés, à l'endroit approprié et au moment approprié.

2. La Canada n'a pas réussi à optimiser **l'intégration des secteurs des soins dans la collectivité, des soins continus et des soins aigus**. Ces différents systèmes fonctionnent largement de façon indépendante et ignorent les transitions importantes et fréquentes qui s'effectuent entre chacun d'entre eux. De plus, ce qui peut survenir dans l'un de ces systèmes, par exemple une éclosion d'une maladie infectieuse, peut avoir et a des incidences sur les autres secteurs. Cette intégration exigera, entre autres choses, des données interreliées robustes et l'adoption d'une approche systémique en matière de gouvernance. Si une approche systémique avait été en place, les hôpitaux n'auraient pas retourné des patients atteints de la COVID-19 dans leurs établissements de SLD sans s'assurer que des mesures appropriées de prévention de la maladie avaient été prises.
3. Le Canada manque de **données à jour pour gérer son secteur des SLD**. Cette lacune est généralisée et profonde. Si le Canada ne peut pas mesurer les aspects cruciaux de ce secteur, il ne pourra pas le gérer de manière efficace. Gérer un secteur complexe comme celui des SLD, qui est imbriqué dans le secteur plus vaste des soins continus – sans données – c'est comme gérer un système à l'aide d'une planche Ouija. Malheureusement, les efforts de collecte, d'analyse et d'utilisation, normalisés ou non, des données restent minimes au pays.

Nous ne manquons pas de sources de données à citer. Mais cela ne signifie pas que le Canada dispose de toutes les données dont il aurait besoin pour gérer le secteur complexe des SLD. De nombreuses sources citées ici proviennent d'autres pays. De nombreuses études citées sont des études transversales et ne peuvent pas être utilisées pour cerner des causes. Les études varient énormément quant aux méthodes utilisées et quant aux milieux et aux personnes considérés. Peu d'études sont longitudinales et de nombreuses sont des études ponctuelles qui ne peuvent pas être extrapolées avec un bon degré de confiance au vaste secteur complexe et hétérogène canadien des SLD. Voilà déjà 25 ans que la seule comparaison internationale substantielle de qualité incluant le Canada a été réalisée⁵⁶. Elle consistait principalement en une description sommaire des services, des résidents, des constats, de la réglementation et du personnel, et était quelque peu biaisée en faveur d'une province.

Le Canada doit disposer de données sur ses propres établissements de SLD, sur les résidents, sur le personnel qui en prend soin et sur le secteur des SLD dans son ensemble :

- Des données administratives robustes sur les aspects comme le financement, la rémunération (niveaux de personnel, heures effectivement travaillées par catégorie de travailleurs, composition des effectifs et coûts), les événements liés au personnel (absences pour maladie ou d'autres raisons, roulement, rétention, taux de blessures et coûts) et la situation des résidents (allers et venues entre les établissements de soins aigus et les établissements de SLD, décès en établissement de SLD par rapport aux décès en établissement de soins aigus, etc.). Pour la COVID-19, ces données devraient englober l'équipement de protection individuelle (ÉPI), le matériel de

diagnostic et de dépistage, et les stocks de médicaments disponibles, qui seraient mis en correspondance avec des listes maîtresses des résidents lorsque cela peut être pertinent.

- Des données systématiquement recueillies et comparatives sur la *qualité des soins* et les résultats des soins. Actuellement, les provinces n'utilisent pas toutes la norme internationale de la trousse d'outils de mesure interRAI pour évaluer leurs établissements de SLD⁵⁷.
 - Des données systématiquement recueillies à l'aide d'outils de mesure validés sur la *qualité de vie professionnelle* de tous les types de *travailleurs* des établissements de SLD. Comme exemples de données clés, on pourrait citer la satisfaction au travail, l'intention de quitter son emploi, l'état de santé, l'épuisement professionnel, l'implication au travail, l'autonomie et les indicateurs de mesure liés aux processus de travail (p. ex., les soins manqués, les soins hâtés, le travail à court de personnel).
 - Des données sur la *qualité de vie des résidents* systématiquement recueillies à l'aide d'outils de mesure validés pour des personnes atteintes de démence à un degré modéré à sévère.
 - Des données systématiquement recueillies sur l'expérience vécue par les aidants non rémunérés : la famille et les amis des résidents des établissements de SLD.
 - Des données systématiquement recueillies sur les bénévoles et les accompagnateurs rémunérés.
 - Des données accessibles au public, exhaustives et pertinentes sur chaque établissement de SLD.
4. Le Canada **n'utilise pas les données pour agir**. Avoir des données de qualité, exhaustives et vérifiées ne représente que la moitié de l'équation. Pour être utiles, les données doivent être retransmises aux gouvernements provinciaux et territoriaux, au gouvernement fédéral, aux gestionnaires des régies régionales de santé, aux organisations responsables des établissements de SLD (p. ex., les propriétaires et gestionnaires de regroupement d'établissements) et, surtout, aux gestionnaires de chaque établissement de SLD. Des mesures doivent ensuite être prises et les résultats doivent être évalués. Il s'agit d'un cycle continu que tout **système de santé prêt à apprendre** doit respecter pour s'améliorer. Les données doivent se présenter dans des formats utilisables et les attentes et les responsabilités doivent être établies pour assurer une gestion judicieuse. Se contenter de retransmettre d'importantes masses de données aux gestionnaires du secteur des SLD serait complètement inadéquat. Les données doivent être accessibles et compréhensibles. Nous devons mettre en place des éléments pour aider les gestionnaires à agir en fonction des données et à évaluer les mesures prises, et les responsabilités doivent être établies de manière claire et transparente.
5. Le Canada a failli à la tâche d'examiner la question de **l'agrément et de la réglementation des établissements du secteur des SLD** de manière *systémique*, en fondant sa réglementation sur les pratiques exemplaires utilisées dans le domaine. Il a également failli à la tâche de revoir systématiquement et régulièrement sa réglementation et ses mécanismes de surveillance et d'application dans le cadre d'un *processus systémique*. Les soins en établissements de SLD sont à la fois hautement réglementés et très allergiques

aux risques. Par contre, certains éléments de réglementation essentiels manquent encore, tels que des normes sur les effectifs et sur la qualité des conditions de travail. Ces grands facteurs réglementaires (ou leur absence) nuisent à la qualité de vie et de fin de vie et à la qualité des soins. Lorsque nous consultons un fournisseur de soins de santé ou allons à l'hôpital, nous avons certaines attentes relatives à la préparation et à l'expérience du personnel. Nous n'estimons pas qu'il serait juste que l'on nous impose des restrictions sévères sur le plan de notre vie personnelle ou des soins qui nous sont offerts afin que nous évitions tous les risques possibles.

6. Les niveaux de **personnel réglementé dans les établissements de SLD ont été systématiquement réduits**, y compris en ce qui a trait au personnel assurant les soins médicaux, au personnel infirmier réglementé⁵⁸ et à tous les autres professionnels de la santé réglementés, tels que les physiothérapeutes et les ergothérapeutes. Les services fournis par des thérapeutes, par exemple, contribuent directement à la qualité des soins et à la qualité de vie. Les soins sociaux et spirituels sont trop souvent presque inexistants. La plupart des membres de ces groupes professionnels sont des femmes.
7. La **main-d'œuvre non réglementée qui fournit plus de 90 % des soins directs dans les établissements de SLD n'a pas voix au chapitre**⁵⁹. Nous ne recensons pas ces préposés aux bénéficiaires et préposés aux services de soutien à la personne de manière précise au Canada, nous ne les réglementons pas et nous n'imposons pas uniformément au pays de normes de scolarisation ou de normes de formation continue à ces travailleurs. Bien qu'ils soient en contact quotidien avec les résidents, ils prennent rarement part aux décisions sur les soins fournis aux résidents et participent rarement aux réunions avec les familles. Plus de 90 % de ces travailleurs sont des femmes, jusqu'à 70 % ont plus de 40 ans, approximativement 60 % utilisent l'anglais comme langue seconde^{60,61} et approximativement la moitié de ceux qui travaillent dans des centres urbains sont des immigrants^{60,61}.
8. Nous n'avons pas réussi à soutenir la **résilience d'une main-d'œuvre rémunérée qui est composée à plus de 90 % de femmes**. Plus de femmes assument l'imposante responsabilité de s'occuper d'enfants ou de parents vieillissants en dehors de leur travail. Le manque de services de garde abordables et accessibles ou de services de répit diminue considérablement l'aptitude de ces travailleuses à répondre à des situations de crise dans leur milieu de SLD. Dans la situation actuelle, pour que nous soyons prêts à affronter la seconde vague de la COVID-19, nous devons apporter immédiatement des changements à la situation de la main-d'œuvre rémunérée du secteur des SLD.
9. Nous n'avons pas préparé ou adéquatement aidé les **gestionnaires et les dirigeants** du secteur des SLD, soit par une formation continue appropriée en leadership et gestion, soit par des ressources suffisantes, à gérer de manière efficace et optimale leurs établissements de SLD.
10. Nous n'avons pas maintenu des effectifs suffisants et adéquatement orientés de **personnel responsable des repas, de la lessive et l'entretien ménager** et nous n'avons pas reconnu leur rôle dans la création d'un cadre de vie de qualité dans les établissements de SLD.
11. Le Canada n'a pas réussi à reconnaître les **iniquités et les inégalités profondes** auxquelles se confrontent de nombreux aînés canadiens et qui sont exacerbées dans les établissements de SLD. *La pauvreté figure en haut de la liste de ces iniquités*. Elle pose particulièrement

problème lorsque des frais sont exigés pour ne nombreux services, produits et traitements. La pauvreté est un facteur de risque indépendant associé à une qualité de vie diminuée sur le plan de la santé⁶²⁻⁶⁵. Les résidents vivent également des iniquités et des inégalités en raison de maladies mentales, de problèmes de consommation de substances et de toxicomanie, de situations d'itinérance, de l'absence d'une famille ou d'amis, de handicaps intellectuels ou physiques, de leur appartenance à une minorité visible, de leur appartenance autochtone ou de leur identité LGBTQ2S+*.

12. Les aînés canadiens atteints de démence, qui sont fragiles et vulnérables, **n'ont pas voix au chapitre**. Ils ne font plus partie du moteur économique canadien. Ils ne votent plus. Ils sont réduits au silence par le vieillissement, leurs maladies débilitantes, et les soins et l'attention inadéquats que nous leur accordons. *Les deux tiers des aînés sont des femmes et les deux tiers sont atteints de démence. **Nous devons leur redonner voix au chapitre.***
13. Le Canada a systématiquement failli à la tâche de s'adapter aux **conséquences des tendances démographiques** liées au vieillissement, à la prévalence de la démence et à la diminution du nombre d'aidants naturels disponibles pour s'occuper des aînés. Nous avons compté de plus en plus sur les familles pour fournir des soins non rémunérés et nous ne les avons pas soutenues. Nous ne reconnaissons pas la valeur économique de ces soins et les incidences importantes sur la santé physique et mentale de ce travail, et nous n'avons pas pris acte de la diminution du nombre d'aidants naturels au sein de la main-d'œuvre canadienne globale^{66,67}. Deux tiers à trois quarts des aidants non rémunérés sont des femmes⁶⁶⁻⁷⁰. En situation de pandémie, elles s'occupent peut-être de membres âgés de leurs familles et de la scolarisation de leurs enfants à la maison, supportant le plus gros du fardeau engendré par la pandémie. Certaines familles peuvent, en temps normal, se permettre d'engager au privé des compagnons rémunérés pour accompagner leurs aînés atteints de démence qui vivent en établissement de SLD, mais ces employés ne sont pas toujours suffisamment bien formés pour combler les lacunes en matière de soins et d'accompagnement. Cela exige aussi que les familles deviennent des employeurs, un statut pour lequel elles ne sont peut-être pas bien outillées.

Les défis à venir pour les établissements de SLD

Les caractéristiques avant la pandémie des aînés vivant en établissement de SLD

Nous ne pouvons pas bâtir un meilleur secteur si nous ne comprenons pas les personnes qu'il doit desservir. D'ici à 2036, jusqu'à 25 % des Canadiens auront 65 ans ou plus⁷¹. Le groupe qui connaîtra la plus forte croissance sera celui des personnes de 85 ans et plus⁷². L'évolution de notre structure démographique fera monter en flèche le nombre de Canadiens ayant à composer avec la maladie d'Alzheimer ou d'autres formes de démence liées à l'âge. Aujourd'hui, 1 Canadien sur 40 de 65 à 74 ans et 1 sur 3 de plus de 85 ans vit avec une démence liée à l'âge⁷³⁻⁷⁵. Sans découverte majeure sur le plan de la prévention, de la guérison ou du traitement, un nombre de plus en plus important de ces personnes dépendront fortement de services de soins de soutien tels que ceux fournis par les établissements de SLD, spécialement celles qui en seront à un stade avancé de démence.

* LGBTQ2S+ : lesbiennes, gais, bisexuels, transgenres, allosexuels et bispirituels. + symbolise les autres identités sexuelles possibles, dont les pansexuels, les asexuels et les omnisexuels.

À tout moment, approximativement 1,2 % des aînés canadiens vivent dans un établissement de SLD ou une résidence pour personnes âgées⁷⁶. Environ 225 000 aînés vivent dans un établissement de SLD⁷⁷ et 168 000 dans un autre type de résidence pour personnes âgées⁷⁷. Toutefois, les arrivées et les départs sont fréquents dans les établissements de SLD. Approximativement 80 % des résidents meurent dans leur établissement de SLD, ou bien le quittent ou sont dirigés vers un hôpital immédiatement avant leur décès^{78,79}. Par conséquent, sur une période d'un an, bien plus que 225 000 aînés canadiens vivent en établissement de SLD. Bien que le temps d'attente vécu par les aînés pour obtenir une place dans un établissement de SLD dépasse la portée de ce rapport, nous savons qu'il est beaucoup trop long : 150 jours pour une personne vivant dans la collectivité et 100 jours pour une personne en milieu de soins aigus en Ontario, par exemple^{80,81}.

Les caractéristiques des aînés en établissement de SLD ont radicalement changé au cours des deux dernières décennies. De 2011-2012 à 2018-2019, la proportion de résidents ayant un trouble cognitif modéré à sévère est passé de 60 % dans la plupart des provinces et a atteint 68 % en Ontario. Au cours de la même période, la proportion de résidents de 85 ans ou plus (aînés parmi les aînés) est passée de 49 % à 54 %^{55,82}. Les Canadiens arrivent maintenant dans les établissements de SLD à un âge plus avancé, sont plus dépendants et ont des besoins médicaux et sociaux plus complexes^{53-55,83-90}. Entre **65 % et 70 % des résidents d'établissements de SLD sont des femmes**^{54,55,87,91,92}. Les résidents présentent souvent un éventail de problèmes de santé coexistants, tels que la démence, des maladies chroniques du cœur, des poumons ou des reins et des maladies métaboliques, comme le diabète.

Les résidents des établissements de SLD reflètent également de plus en plus l'extraordinaire hétérogénéité de la société canadienne. Par exemple :

- *Identité LGBTQ2S+* : un nombre de plus en plus grand d'aînés LGBTQ2S+ ont besoin de soins en établissement de SLD. À peu près 3 %⁹³ des Canadiens s'identifient comme LGBTQ2S+, mais ils ne se déclarent pas tous et cette proportion est donc probablement beaucoup plus élevée. Les membres du groupe LGBTQ2S+ sont largement invisibles au sein des services du secteur des SLD et les chiffres sur ce groupe sont souvent inexacts et peu fiables⁹⁴. Les aînés LGBTQ2S+ expriment de nombreuses craintes quant à la perspective d'intégrer un établissement de SLD⁹⁵.
- *Besoin d'un tuteur public* : les aînés ayant une capacité décisionnelle diminuée et aucune famille ou amis peuvent avoir besoin d'un tuteur public⁹⁶. La proportion de gens de ce groupe dans les établissements de SLD se situe approximativement à 4 % en Alberta et peut être extrapolée à environ 9 000 personnes à l'échelle du pays⁹⁷. Ils ont souvent des besoins personnels et en soins qui ne sont pas comblés ainsi qu'une piètre qualité de vie⁹⁸. Nombre de ces personnes ont vécu des situations d'itinérance ou ont eu des problèmes de santé mentale ou de consommation⁹⁸.
- *Santé mentale* : Il y a beaucoup plus d'aînés ayant une maladie mentale grave dans les établissements de SLD qu'au sein de la collectivité. Selon les données, 40 % des aînés en établissement de SLD en Ontario auraient besoin de services psychiatriques⁹⁹, mais moins de 5 % reçoivent des soins. La dépression, la démence et l'anxiété sont les problèmes de santé mentale les plus fréquemment rencontrés dans les établissements de SLD¹⁰⁰. La dépression bipolaire, le trouble dépressif caractérisé et la schizophrénie sont également observés indépendamment de tout signe de démence¹⁰¹. Un examen récent indiquait que près de 25 % des résidents sans démence des établissements de SLD en Amérique du Nord

présentaient un trouble dépressif caractérisé¹⁰¹. Au Canada, 27 % des résidents souffrent de dépression et approximativement 23 % de dépression et de démence^{100,102}.

- *Race* : La population canadienne est multiraciale et cela se reflète dans nos établissements de SLD, mais les données sur la race, la langue parlée et le groupe ethnique d'appartenance ne sont pas systématiquement recueillies¹⁰³. Cela pose peut poser problème dans certaines situations. Par exemple, la COVID-19 a touché de façon diverse les différents groupes raciaux.

Les caractéristiques avant la pandémie des soins fournis aux aînés dans les établissements de SLD

Les objectifs des soins donnés dans les établissements de SLD se distinguent radicalement des objectifs du secteur des soins aigus (hôpitaux). Dans le cas des résidents des établissements de SLD, les objectifs de soins sont principalement d'assurer une bonne qualité de vie, une bonne qualité de vie au moment où la fin de vie approche et une belle mort. Une belle mort est un résultat futur, anticipé et approprié. En 2009, aux États-Unis, une mort sur quatre a été celle d'une personne décédée en établissement de SLD¹⁰⁴. Malgré cela et, bien que les soins palliatifs donnés dans les établissements de SLD évoluent rapidement¹⁰⁵, les patients n'ont souvent pas accès à des services palliatifs¹⁰⁶. Nous ne savons pas si les aînés au Canada sont confrontés à des lacunes importantes quant à l'accès aux services palliatifs¹⁰⁷. Nous n'avons pas non plus de données sur la qualité des soins palliatifs offerts en établissement de SLD dans l'ensemble du pays ou sur la mesure dans laquelle les « approches palliatives¹⁰⁸ » sont mises en œuvre. Nous savons cependant que les disparités structurelles ont une incidence profonde sur l'accès en général aux soins palliatifs¹⁰⁹.

Les résidents des établissements de SLD connaissent des taux inacceptables de symptômes accablants et de soins potentiellement inappropriés à la fin de leur vie au Canada^{110,111} et dans le reste du monde¹¹²⁻¹¹⁴. Les symptômes accablants sont très éprouvants, largement évitables ou traitables, et causent des souffrances inutiles. Les symptômes accablants les plus courants chez les résidents des établissements de SLD sont la douleur (chez 26 % à 86 %¹¹⁵⁻¹²²), les problèmes d'alimentation (47 % à 70 %^{115,116,123,124}), le souffle court (10 % à 75 %^{112,115,116,118,125,126}) et l'état confusionnel aigu (29 % à 46 %)^{118,125,127}.

En moyenne, les résidents des établissements de SLD vivent plus d'un transfert vers l'hôpital au cours de leurs derniers jours de vie¹²⁸⁻¹³¹. Parmi ces transferts, 75 % auraient dû être évités parce que le traitement approprié n'était pas offert dans l'établissement de SLD ou parce que le transfert vers l'hôpital était contraire aux préférences du résident et de la famille^{130,132}. Parmi les soins régulièrement fournis (mais habituellement inappropriés) à la fin de vie des résidents dans les établissements de SLD figurent l'administration d'un médicament antipsychotique sans un diagnostic de psychose¹³³⁻¹³⁷, une gestion inappropriés de la médication pour la dépression^{138,139}, l'utilisation de moyens de contention¹⁴⁰⁻¹⁴⁴, la prescription d'une combinaison de multiples médicaments¹⁴⁵⁻¹⁴⁸, l'installation d'une sonde urinaire à demeure¹⁴⁹⁻¹⁵¹ et des traitements agressifs comme la dialyse rénale^{152,153} ou l'administration d'une thérapie intraveineuse non reliée à la douleur, par exemple des antibiotiques¹⁵⁴⁻¹⁵⁶.

Au Canada, la structure des soins offerts dans les établissements de SLD et les effectifs qui y sont consacrés ne favorisent pas le maintien ou l'amélioration des capacités fonctionnelles des résidents. Par exemple, les résidents perdent souvent rapidement leur mobilité fonctionnelle¹⁵⁷.

Jusqu'à 70 % des résidents des établissements de SLD utilisent des fauteuils roulants^{87,158-160}, ce qui les rend très susceptibles de faire des chutes, de faire de l'incontinence, de développer des plaies de pression et de contracter des pneumonies¹⁶¹.

Le cas particulier de la démence

L'espérance de vie continue de s'élever au Canada, tout comme la prévalence des maladies chroniques. En moyenne, les femmes au Canada peuvent espérer vivre jusqu'à 84 ans et les hommes jusqu'à 79,9 ans¹⁶². Fait important pour le secteur des SLD, le nombre de cas de démence a augmenté de façon exponentielle. Dans le monde, on prévoit que 75 millions de personnes seront atteintes de démence en 2030 et 131,5 millions de personnes en 2050¹⁶³. Aujourd'hui, la démence liée à l'âge touche quatre Canadiens sur quarante de 65 à 74 ans et un Canadien sur trois de plus de 85 ans⁷³⁻⁷⁵. D'ici à 2038, on prévoit que 1,125 millions de Canadiens, soit près de 3 % de la population totale, auront une démence liée à l'âge⁷⁴. Les taux de démence continueront d'augmenter, parce que l'âge est le principal facteur de risque.

La démence réduit elle-même l'espérance de vie. Le mot *démence* est un terme générique utilisé pour décrire un ensemble de maladies dégénératives du cerveau. Elle entraîne une diminution des capacités cognitives et fonctionnelles. Elle s'attaque d'abord aux fonctions cérébrales supérieures utiles pour la planification, l'attention et la mémoire. À terme, même les activités cérébrales les moins élevées, comme la maîtrise de la vessie et des intestins, la reconnaissance ainsi que la commande des mouvements et de la déglutition, cessent. La démence est à terme mortelle, à moins qu'une autre affection, par exemple une pneumonie, n'entraîne le décès de la personne plus tôt^{164,165}. Les personnes atteintes de démence subissent un déclin progressif. Même en optimisant tous les soins fournis dans la collectivité, les soins à domicile et les nouvelles formes de soutien de proximité, les soins exigés par la démence dépasseront avec le temps les capacités de la famille et de la collectivité. Il n'est pas surprenant, en conséquence, que la démence soit le *principal facteur d'admission en établissement de SLD*. Plus de deux tiers des aînés avec une démence auront besoin de soins en établissement de SLD^{166,167}. La démence peut représenter un défi intenable dans une période de crise comme celle de la COVID-19 – et certains pays ont réfléchi à la possibilité de rationner les ressources pour les personnes atteintes de démence, ce qui a soulevé des questions complexes de discrimination et de vulnérabilité¹⁶⁸. Nous découvrons aussi que les symptômes rattachés à la COVID-19 et le cours de la maladie évoluent différemment pour les aînés atteints de démence et que ces derniers ont un taux de mortalité plus élevé que les personnes sans démence¹⁶⁹.

La démence détermine les soins de santé et sociaux complexes requis dans les établissements de SLD. Les soins donnés aux personnes avec une démence sont exigeants et spécialisés¹⁷⁰⁻¹⁷³. Ils doivent être fournis par un personnel instruit et compétent. *Il est absolument faux de prétendre que n'importe qui peut fournir les soins de santé et sociaux dont ont besoin les personnes atteintes de démence.*

Les caractéristiques avant la pandémie de la main-d'œuvre du secteur des SLD

Nous ne pourrions pas bâtir un meilleur secteur des SLD si nous ne comprenons pas les personnes qui fournissent les services essentiels dont ont besoin les résidents des établissements de SLD, si nous ne reconnaissons leur valeur et si nous ne les formons et rémunérons pas adéquatement. Dans le passé, de nombreux aînés habitaient des « foyers pour personnes âgées ». Ceux qui avaient

besoin de soins médicaux plus spécialisés vivaient dans des établissements dotés d'infirmières réglementées (infirmières agréées et auxiliaires autorisées). Certains soins complémentaires étaient fournis par des aides-infirmiers ou des préposés aux bénéficiaires. Avec l'augmentation des coûts, la composition des effectifs a changé.

Aujourd'hui, nous pouvons constater que le nombre de soignants réglementés de toutes sortes a diminué dans la plupart des provinces et territoires^{174,175}, pendant que les besoins médicaux et sociaux des résidents des établissements de SLD augmentaient de façon marquée. Le principal modèle actuellement utilisé pour doter en personnel les établissements de SLD prévoit quelques infirmières réglementées et un certain nombre d'infirmières auxiliaires autorisées. La majorité des soins directs aux résidents sont fournis par des travailleurs non réglementés, diversement nommés préposés aux bénéficiaires, préposés aux services de soutien à la personne, préposés aux bénéficiaires ou aides-infirmiers. D'autres soignants réglementés s'ajoutent en petit nombre à ce groupe : des assistants-physiothérapeutes et des assistants-physiothérapeutes, des travailleurs sociaux, des ergothérapeutes et d'autres. Selon les constats d'études dont nous disposons et ceux qui continuent de s'accumuler, le niveau et la composition des effectifs ont une influence sur la qualité des soins¹⁷⁶⁻¹⁸⁰ et sur la qualité des conditions de travail¹⁸¹.

La main-d'œuvre rémunérée non réglementée

Préposés aux services de soutien à la personne, aides-soignants, préposés aux bénéficiaires, aides-infirmiers

Les travailleurs des établissements de SLD prennent soin d'aînés fragiles et vulnérables qui ont des besoins médicaux et sociaux de plus en plus complexes. Les besoins des résidents ont un impact important sur les **préposés aux bénéficiaires non réglementés**, le plus important groupe d'employés dans les établissements de SLD, qui fournit plus de 90 % des soins directs¹⁸²⁻¹⁸⁶. Les préposés aux bénéficiaires ont un niveau de scolarité limité et gèrent des charges de travail fréquemment interrompues¹⁸⁷. Ils doivent souvent composer avec les problèmes de comportements réceptifs des résidents atteints de démence, comme les cris et les coups^{59-61,188}. Ils sont très susceptibles d'être insatisfaits de leur travail¹⁸⁹, de souffrir d'épuisement professionnel¹⁹⁰ et d'avoir des problèmes de santé mentale et physique¹⁹¹. De plus, les préposés aux bénéficiaires font eux-mêmes partie d'un groupe vulnérable. La plupart sont des femmes relativement âgées et issues de minorités ethniques⁶⁰.

Le Canada n'est pas en mesure actuellement de planifier une main-d'œuvre suffisamment nombreuse de travailleurs bien formés qui permettra d'offrir des soins de qualité dans les établissements de SLD. Nous ne comptons même pas précisément le nombre de travailleurs non réglementés qui donnent des soins dans les établissements de SLD canadiens ou dans d'autres milieux de SLD, tels que les résidences pour personnes âgées et les domiciles privés. Il est impossible d'utiliser les sources nationales de données pour déduire où les travailleurs non réglementés travaillent en ce moment et en quel nombre. *Nous ne recueillons pas systématiquement de données à l'échelle nationale ou provinciale* sur les caractéristiques des effectifs en préposés aux bénéficiaires, sur leur qualité de vie professionnelle ou sur les normes de formation que chaque province impose à leur égard.

En menant des recherches sur les sites Web et en faisant appel à nos réseaux professionnels du secteur des SLD, nous avons recueilli une quantité limitée de renseignements à l'échelle nationale sur les préposés aux bénéficiaires (tableau 2). D'après les recherches publiées, les reportages médiatiques et certains canaux non officiels, nous savons aussi qu'**avant la pandémie** :

- les préposés aux bénéficiaires étaient les travailleurs les moins bien rémunérés du secteur de la santé (12 à 14 dollars l'heure)¹⁹²⁻¹⁹⁴;
- les préposés aux bénéficiaires avaient reçu une formation scolaire variable et minime;
- de nombreux préposés aux bénéficiaires n'avaient pas un emploi à temps plein ou un emploi régulier à temps partiel assorti d'avantages sociaux, parce que certains employeurs faisaient appel à du personnel occasionnel^{195,196};
- dans certaines provinces, comme en Ontario, de nombreux préposés aux bénéficiaires étaient recrutés par des agences de placement à la demande des établissements de SLD; les préposés aux bénéficiaires engagés par l'intermédiaire de ces agences n'étaient pas bien rémunérés, même si les établissements de SLD payaient une prime aux agences pour les obtenir; le personnel envoyé par les agences n'était parfois pas bien orienté dans les SLD, ce qui rendait le travail d'équipe plus difficile et augmentait la charge de travail du personnel déjà débordé;
- aucun préposé aux bénéficiaires n'était réglementé ou autorisé au Canada; peu étaient enregistrés^{60,61,197};
- tous les préposés aux bénéficiaires travaillaient au plus bas échelon d'une hiérarchie rigide; ils prenaient rarement part aux décisions sur les soins donnés aux résidents et participaient rarement aux réunions avec les familles ou aux décisions sur la façon dont un établissement de SLD est organisé ou administré¹⁹⁸;
- avant la pandémie, un résident d'établissement de SLD ne recevait que de 2,2 à 2,3 heures de soins directs (travaillés) de la part de préposés aux bénéficiaires par période de 24 heures^{61,181}.

Nous savons, en grande partie grâce à une étude longitudinale réalisée dans l'Ouest canadien, qu'**avant la pandémie**, les préposés aux bénéficiaires de première ligne :

- étaient principalement des femmes d'âge moyen ou mûr (66 % à 71 %⁶¹)
- étaient souvent des nouveaux arrivants ou des immigrants (60 % des préposés aux bénéficiaires travaillant en zone urbaine), dont l'anglais était la langue seconde⁶⁰;
- n'étaient souvent pas obligés de suivre une formation continue et ne s'en voyaient pas souvent offrir la possibilité⁶¹;
- occupaient fréquemment plus d'un emploi (25 % à 30 %), notamment dans des milieux de soins de la santé autres que les établissements de SLD (p. ex. des hôpitaux; 15 %^{59-61,196,199,200});
- travaillaient souvent dans un contexte de manque de personnel¹⁹⁸;
- avaient trop peu de temps pour fournir les soins nécessaires et devaient hâter leurs tâches essentielles (jusqu'à 65 % des préposés aux bénéficiaires par quart de travail)²⁰¹;
- étaient exposés à un risque élevé et préoccupant de subir un épuisement professionnel et des blessures physiques^{59-61,190};
- estimaient que leur travail était important et avait du sens, malgré des niveaux élevés de stress professionnel^{60,61,198}.

L'impact de la COVID-19 sur la santé psychologique et la sécurité des fournisseurs de soins directs des établissements de SLD s'est ajouté à des tendances préalables déjà inquiétantes²⁰². Des études menées sur l'épidémie du SRAS de 2003²⁰³ et de récentes études réalisées sur les effets

de la COVID-19 sur les fournisseurs de soins directs en Chine²⁰⁴ indiqueraient que les travailleurs de première ligne sont susceptibles d'avoir des séquelles traumatiques mentales à long terme. Les préposés aux bénéficiaires subissent déjà un stress psychologique énorme et on anticipe que certains symptômes, comme le trouble de stress aigu, la dépression, la consommation excessive d'alcool, l'anxiété, l'insomnie et le trouble de stress post-traumatique (TSPT), se manifesteront chez plusieurs d'entre eux, même plusieurs années après la pandémie de la COVID-19²⁰⁵.

Personnel de soins indirects non réglementé

D'autres groupes nombreux de travailleurs non réglementés présents dans les établissements de SLD s'occupent de l'entretien ménager, de la lessive et des repas. Ils contribuent de manière importante à la maîtrise des infections, à aider les résidents de chaque établissement de SLD à se sentir *chez-soi* et contribuent globalement à la qualité de la vie des résidents²⁰⁶. Toutefois, ces services sont fréquemment sous-traités et ce personnel est moins bien intégré aux établissements de SLD. Malgré leur travail essentiel, nous avons peu de données sur eux et peu d'études s'intéressent à eux. Une étude réalisée à l'Université York constitue une exception notable à cette règle^{16,36}. Bien que ces travailleurs soient rarement considérés lors des discussions sur une réforme et une restructuration des établissements de SLD, ils contribuent de manière essentielle à la qualité de vie et à la sécurité des résidents des établissements.

La main-d'œuvre rémunérée réglementée

La **présence des médecins** assurée dans les établissements de SLD varie considérablement d'une province à l'autre. Par exemple, une équipe désignée de médecins de famille peut traiter des résidents d'un ou de plusieurs établissements de SLD ou un établissement peut avoir son médecin de famille en résidence²⁰⁷. Certaines régions utilisent une combinaison de ces solutions ou n'offrent presque pas de soins sur place (« soins médicaux par télécopieur »). Quelques provinces et régions font assurer la prestation des soins médicaux par des infirmières praticiennes, soit essentiellement, soit en combinaison avec des services médicaux généraux et spécialisés. L'accès aux services de santé mentale varie largement et est habituellement assuré sur une base de consultation seulement, lorsque ces services sont disponibles²⁰⁸. Les services de santé mentale et de soins palliatifs ne répondent souvent pas à la demande²⁰⁹. Nous savons encore peu de choses sur la disponibilité des services palliatifs qui ont été fournis aux résidents qui sont décédés dans les établissements de SLD pendant la crise de la COVID-19.

Les établissements de SLD ont également besoin d'une équipe diversifiée d'**infirmières réglementées et d'autres professionnels de la santé**. Le groupe le plus nombreux est celui des infirmières – infirmières autorisées, infirmières auxiliaires autorisées et infirmières psychiatriques autorisées (et, dans certains établissements de SLD de quelques provinces, des infirmières praticiennes). Au cours des deux dernières décennies, le ratio d'infirmières réglementées par rapport aux préposés aux bénéficiaires a connu une baisse soutenue^{174,210}. En même temps, le personnel infirmier réglementé doit passer plus de temps à remplir les formulaires exigés (« paperasse ») – du temps qui n'est pas utilisé pour assurer la prestation directe et la supervision des soins. Les infirmières autorisées ont également diminué en nombre pour faire place à des infirmières auxiliaires autorisées, ce qui a permis des économies¹⁷⁴. Ces changements reflètent une incapacité ou une réticence de plus en plus répandues à donner aux résidents accès à des soins infirmiers spécialisés pour répondre à leurs besoins de plus en plus complexes¹⁹⁵.

Les établissements de SLD n'offrent souvent pas à tous les résidents accès à un éventail de services spécialisés. Les résidents ont souvent besoin des services de **spécialistes et de techniciens des domaines de la physiothérapie, de l'ergothérapie, de l'orthophonie et de la récréologie**. Les compétences de ces travailleurs influencent à la fois la qualité des soins et la qualité de vie des résidents en prolongeant leur mobilité, en optimisant leurs appareils fonctionnels, en les aidant avec leurs problèmes de déglutition (souvent lorsqu'ils sont à un stade avancé de démence) et en programmant des options récréatives et sociales. Les **travailleurs sociaux et les soins pastoraux** sont importants pour aider les résidents et les familles. Toutefois, à mesure que la maîtrise de la hausse des coûts s'est faite plus pressante, tous les services réglementés ont décliné en dépit des besoins croissants de la population de résidents^{174,211}.

De nombreux résidents d'établissements de SLD doivent pouvoir avoir accès à des **services non assurés**, comme les soins de la vue, les soins dentaires, les soins auditifs, les soins podiatriques, et l'évaluation des protecteurs de hanche, des dispositifs de mobilité spécialisés ou des fauteuils roulants. Peu de services mobiles se déplacent dans les établissements de SLD. Les résidents et les soignants (rémunérés ou non) doivent donc se rendre au point de service. Les fournisseurs de services ne peuvent pas tous offrir des services aux résidents des établissements de SLD présentant une mobilité réduite ou une forme de démence ou ne sont pas tous disposés à le faire.

La perte sensorielle est un trouble grave associé à la démence, ce qui rend le manque de services visuels et auditifs particulièrement préoccupant. Le manque de soins dentaires représente un problème majeur sur le plan de la santé. Il diminue la qualité des soins et nuit à la qualité de vie^{212,213}. Les besoins dentaires augmentent énormément du fait que les Canadiens vieillissent avec leur dentition naturelle, qui a subi des interventions complexes (ponts, couronnes, implants). Ils ont donc besoin de soins spécialisés – qui ne sont pas offerts dans les établissements de SLD.

Niveau et composition des effectifs pour une bonne qualité de soins et de vie

La plupart des études sur la composition appropriée des effectifs dans les établissements de soins aigus et de longue durée ont été réalisées aux États-Unis, certaines en Europe, presque aucune au Canada. La majorité des études sur les soins aigus sont fortement axées sur l'incidence du nombre d'heures²¹⁴ de soins infirmiers fournies par jour sur un résultat donné, par exemple la mortalité^{215,216}. De récents rapports relèvent des différences marquées dans les heures travaillées par le personnel réglementé²¹⁷. Les examens des études sur les effectifs, presque tous réalisés aux États-Unis^{178,180,218-220}, relèvent tous des problèmes majeurs dans la façon dont les études ont été menées ainsi qu'un manque de comparabilité entre elles. Toutefois, un certain corpus de connaissances s'est constitué, malgré les défis inhérents posés par les études transversales et d'autres défis méthodologiques. En 2001, les Centres for Medicare & Medicaid Services des États-Unis ont présenté un important rapport au Congrès sur les effectifs des établissements de SLD²²¹. Depuis, de multiples rapports ont fourni au Congrès des éléments d'orientation et ont accentué la pression sur lui pour qu'il impose, malgré les défis qui se posaient, des normes aux établissements de SLD américaines. Les soins de santé aux États-Unis sont organisés différemment et les données et les constats ne se transposent pas directement au contexte canadien, mais ils permettent de dégager des tendances qui se profilent probablement de manière similaire au Canada. Lorsque les effectifs ne sont pas appropriés, la qualité décline.

Un processus utile a été proposé pour déterminer les niveaux suffisants et appropriés d'effectifs pour tous les groupes de personnel infirmier²²² : a) déterminer les besoins en soins de l'ensemble

des résidents, b) déterminer les niveaux existants des effectifs en personnel infirmier, c) déterminer les niveaux de personnel infirmier qui permettront de répondre aux besoins des patients, d) examiner les données probantes sur les niveaux d'effectifs appropriés et e) cerner l'écart entre les niveaux d'effectifs existants et les niveaux appropriés. Harrington, une leader et une experte en matière d'effectifs appropriés pour les établissements de SLD, recommande un nombre total minimal de 4,1 heures d'heures par période de 24 heures de soins infirmiers par résident pour assurer des soins de qualité²²³. Cela ne comprend pas les soins fournis par les médecins ni les services connexes nécessaires à la qualité des soins (services médicaux, de physiothérapie, d'ergothérapie, récréatifs et d'orthophonie, services sociaux, soins pastoraux, lessive, entretien ménager et restauration). Le niveau suggéré de 4,1 heures de soins infirmiers par période de 24 heures est sensiblement plus élevé que ce qui est fourni au Canada – la Colombie-Britannique a le nombre *recommandé* d'heures par résident et par jour le plus élevé au pays, qui se situe à 3,36 heures, ce qui est supérieur à la moyenne canadienne, qui est de 3,30 heures^{224,225}.

Il est important de souligner qu'un effectif approprié est une condition nécessaire, mais insuffisante pour assurer la qualité.²²⁶ Un établissement de SLD est un *système adaptatif complexe*^{227,228}, comprenant de nombreuses composantes mobiles et de multiples éléments qui contribuent à la qualité des soins et à la qualité de vie des résidents. Nous ne devons pas concentrer uniquement notre attention sur les effectifs et penser que cet aspect résoudra tous les problèmes de qualité. Parmi les autres dimensions essentielles de la qualité figurent les soins centrés sur la personne et les soins relationnels, un groupe solide de dirigeants et de gestionnaires, les conditions de travail et l'environnement de l'unité de soins, l'environnement bâti ainsi que l'expérience des résidents et de leurs familles/amis. Ce ne sont là que quelques exemples d'éléments essentiels de la qualité. Pour améliorer la qualité des soins, nous devons recueillir systématiquement des données sur de multiples aspects et sous de multiples formes – et nous devons mettre en place des mécanismes et des structures de soutien qui permettront de donner suite aux constats effectués et d'évaluer subséquemment les mesures prises. *Les données de qualité et les cycles d'action sont les éléments phares d'un système de santé qui apprend*²²⁹.

Le Canada ne dispose d'aucune évaluation exhaustive, basée sur des données probantes, sur les effectifs nécessaires dans les établissements de SLD – le nombre minimal d'heures de soins permettant de fournir des soins et un milieu de vie de qualité acceptable. Le nombre minimal d'heures de soins doit être basé sur les besoins de chacun des résidents, sur le niveau de complexité de ses besoins sociaux et médicaux et sur ses besoins aigus. Déterminer le niveau d'effectifs nécessaire dans les établissements de SLD doit également prendre soigneusement en compte **l'équipe de soins** requise pour fournir des soins de qualité. Cette évaluation doit englober le niveau d'effectifs et les combinaisons de compétences, et doit s'appuyer sur la définition la plus large possible de ce qu'est une équipe de soins. Une évaluation des effectifs dans les établissements de SLD doit également prendre en compte les besoins (et les solutions possibles pour répondre à ces besoins) d'une *main-d'œuvre composée principalement de femmes*, tels que les services de garde et le fait pour certaines de devoir s'occuper de parents vieillissants. Enfin, elle doit prendre en considération les coûts, les avantages et les exigences liées à une mise en œuvre durable.

Jamais une recherche empirique exhaustive n'a été menée au Canada pour déterminer le *niveau minimal, adéquat, approprié ou optimal d'effectifs* requis pour pouvoir offrir aux résidents des soins sociaux (qualité de vie) et des soins de santé (qualité des soins) de bonne qualité. *Une telle recherche aurait dû être faite il y a longtemps.*

Soins non rémunérés fournis par la famille et les amis

Le secteur des SLD et les établissements de SLD comptent de plus en plus sur les membres des familles et les amis des résidents pour fournir des soins non rémunérés. Ces personnes sont en majorité des femmes, en particulier pour ce qui est des soins quotidiens. Elles s'occupent d'un large éventail de tâches liées aux soins. Toutefois, notre société accorde peu d'attention au répit dont ces aidants naturels ont besoin ou aux effets néfastes de leur fardeau de soins.

Ce qui vient accentuer ce problème, c'est que d'ici à 2050, approximativement 30 % moins de membres de la famille proche – époux, épouses et enfants adultes – seront disponibles pour donner des soins non rémunérés²³⁰. La composition des familles est en train de changer : les taux de fertilité diminuent, les familles sont plus petites et de plus en plus éparpillées au pays et dans le monde. Un plus grand nombre de personnes n'auront pas de famille ou d'amis à leur disposition. Compter sur les soins non rémunérés fournis par la famille et les amis rend le secteur des SLD particulièrement vulnérable aux crises comme celle de la COVID-19, lorsque ces aidants naturels non rémunérés ne sont soudainement plus disponibles – ou, comme au cours de la première vague de la COVID-19, ne sont pas autorisés à l'intérieur des établissements de SLD. Comme pour le vieillissement de notre population et l'augmentation du nombre de cas de démence, nous pouvons prédire avec une certaine certitude que le nombre d'aidants naturels diminuera. Lorsque cela se produira, ce ne sera pas une surprise. Reste à voir si nous serons prêts.

On propose souvent des bénévoles pour combler les lacunes dans les soins et les activités sociales des résidents des établissements de SLD. Cette solution n'est pourtant pas si simple. Avons-nous régulièrement à notre disposition un nombre suffisant de bénévoles formés? Les bénévoles profitent-ils d'une planification, d'une orientation et d'un soutien appropriés pour assurer des soins équitables, sécuritaires et constants? Utilisons-nous les bénévoles pour remplacer des travailleurs expérimentés et compétents et est-il approprié de le faire? Les soins aux résidents des établissements de SLD ne peuvent pas être assurés par n'importe qui. Par exemple, pour aider les résidents à manger, le bénévole doit avoir reçu une formation spéciale sur les problèmes de déglutition et les risques d'étouffement. Même pour les activités sociales, les bénévoles doivent être pleinement conscients des difficultés qui posent la communication avec une personne atteinte de démence et ses comportements perturbateurs.

Les caractéristiques avant la pandémie des espaces sociaux, de vie et de travail dans les établissements de SLD

Environnement physique

L'aménagement des établissements de SLD (~1800 au Canada) ne contribue pas au contrôle des virus ou des infections, même dans le cas des établissements plus récents. De nombreux établissements de SLD au Canada sont âgés et ont été construits entre 1950 et 1990. Les plus vieux bâtiments sont généralement de plus grande dimension, pouvant accueillir 200 à 400 résidents. Ils ressemblent à des hôpitaux : salles de bain communes, chambres pour deux à quatre résidents, couloirs étroits, grandes salles à manger, postes de garde et salles de médicaments de petite dimension et bondés et un nombre limité d'espaces à l'écart des chambres des résidents pour le personnel et les familles. Ils peuvent manquer d'espaces extérieurs ou d'éclairage naturel et certainement de technologies modernes qui permettraient d'améliorer les soins, telles qu'un couvre-planche approprié²³¹. La distanciation physique est presque impossible sans diminuer le nombre de résidents. La façon dont ces bâtiments plus anciens ont été conçus rend difficile

l'isolement ou la séparation des résidents infectés à la COVID-19. Certains rapports initiaux montrent de façon préoccupante qu'il y aurait un lien entre la taille et l'âge des établissements, d'une part, et la situation relative à la COVID-19, d'autre part^{30,232,233}.

Les établissements de SLD construits dans les 20 dernières années ne peuvent souvent accueillir que de 80 à 120 résidents. Ils ont été expressément conçus pour répondre aux besoins sociaux des résidents atteints de démence : de plus petits « quartiers » de résidents, des caractéristiques physiques qui rendent la vie des personnes atteintes de démence moins angoissante et plus agréable, de larges corridors et embrasures de portes et de plus petites salles à manger communes locales. Ils comprennent souvent des aires extérieures spacieuses où les personnes atteintes de démence peuvent profiter de l'extérieur sans qu'on ait à craindre qu'ils s'éloignent. Au moins trois provinces ont adopté des normes de construction pour les établissements de SLD qui imposent ces caractéristiques (N.-É., Alb., Ont.). Ces normes peuvent aussi faciliter la distanciation physique et le contrôle des infections.

Plans, protocoles et ressources pour la prestation des soins

Lorsque l'épidémie de la COVID-19 est survenue, les établissements de SLD n'avaient pas les capacités voulues pour contenir l'éclosion. Ils ont eu à relever le grand défi de déterminer quels soins étaient prioritaires et comment il fallait les donner. La qualité de vie et la qualité des soins des résidents ont pris une importance secondaire dans plusieurs cas. Pour être entièrement prêts à affronter cette crise, les établissements de SLD auraient dû pouvoir compter sur de multiples plans et ressources dans les domaines suivants :

- un approvisionnement en ÉPI et une formation sur son utilisation et sa conservation afin de prévenir et de contrôler les infections
- des stratégies de regroupement et d'isolement des résidents malades et des résidents qui ont reçu un diagnostic positif
- des stratégies de surveillance des infections que peut mettre en œuvre le personnel
- des politiques relatives aux visiteurs, prenant en compte les risques d'infection, mais aussi le rôle essentiel que jouent les amis et la famille relativement à la qualité de vie des résidents et à la prestation de soins dans les établissements en manque d'effectifs
- des capacités de dépistage et de traçage des contacts
- suffisamment de personnel ayant la formation requise pour combler les postes vacants laissés par le personnel ou les bénévoles pour des raisons de maladie et de confinement
- une équipe efficace de dirigeants et de cadres *sur place*
- des rapports continus et productifs avec les hôpitaux de soins aigus
- une formation sur les soins de fin de vie, un accès aux médicaments nécessaires et un personnel formé pour les administrer
- des ressources sur les décisions de fin de vie
- des ressources pour assurer le bien-être du personnel
- une infrastructure de TI et un accès Internet permettant une communication vidéo avec les familles et d'autres personnes proches

Ce qui ajoute à la complexité de la situation, c'est que les établissements de SLD constituent un milieu social. Beaucoup de travail a été fait pour faire entrer la communauté – familles, bénévoles,

enfants, animaux – dans les établissements de SLD. De nombreuses politiques sont normalement accueillantes au regard de cet afflux et n'ont pas pour objectif de le contrôler – heures de visite illimitées, politiques de « portes ouvertes », entrée sans contrainte de la nourriture et des animaux, et des résidents qui peuvent librement quitter l'établissement et y revenir. Pendant la COVID-19, la notion de l'établissement de SLD qui constituerait un milieu social public est entrée en pleine contradiction avec celle d'un espace où les résidents peuvent vivre et où le personnel peut travailler en toute sécurité. Le personnel avait comme mission de sécuriser les lieux. Manifestement, le fait qu'un aussi grand nombre d'établissements soient devenus des points chauds de la COVID-19 a mis à rude épreuve la volonté des résidents, de leurs familles et du personnel de se conformer aux nouvelles politiques destinées à favoriser la sécurité des gens. La communication a été un problème pour beaucoup d'établissements, bien que pas pour tous.

Le contexte qui a mené à la crise de la COVID-19 dans les établissements de SLD

Plusieurs facteurs se sont conjugués pour rendre aussi vulnérables les aînés vivant en établissement de SLD :

1. **Les préparatifs en vue de la pandémie favorisaient les milieux de soins aigus** (hôpitaux). Presque tous les efforts ont été axés sur la mise en place d'une *capacité de pointe* dans les hôpitaux et les unités de soins intensifs : la préparation de la majorité des établissements de SLD a été compromise et, pire encore, dans certaines provinces, des aînés en établissements de soins aigus ont été envoyés en établissement de SLD.
2. Les résidents des établissements de SLD ont un système immunitaire affaibli en raison de leur âge. Cela diminue considérablement leur aptitude à combattre une infection.
3. **La COVID-19 est une maladie entièrement nouvelle.** Ni les résidents ni le personnel des établissements de SLD ne sont vaccinés contre la COVID-19, alors que la plupart d'entre eux sont vaccinés annuellement contre la grippe. Une telle vaccination procurerait une immunité collective.
4. **La COVID-19 est très contagieuse** et a une **longue période d'incubation pendant laquelle la personne infectée ne présente aucun symptôme.** La propagation peut se faire de manière invisible. Au cours des premières semaines de la pandémie, avant que cette information soit largement diffusée, la propagation asymptomatique invisible de la maladie a eu des effets mortels. Le virus s'est répandu dans les établissements de SLD et s'est propagé à l'extérieur de ces derniers alors que les familles, les visiteurs et le personnel entraient et sortaient sans être conscients des conséquences. Trop souvent, les pratiques élémentaires de contrôle des infections et l'ÉPI nécessaire qui auraient dû être en place ne l'étaient pas. Une part des employés des établissements de SLD travaillaient dans plus d'un établissement (SLD ou de la santé), propageant silencieusement le virus à l'intérieur et à l'extérieur des établissements de SLD au cours des premières semaines de la pandémie.
5. De nombreux établissements de SLD au Canada **n'ont pas été conçus physiquement pour faciliter les pratiques de contrôle des infections** qui sont requises pour prévenir la COVID-19 ou pour en empêcher la propagation. Les établissements de SLD comprennent plusieurs espaces collectifs, y compris des salles de bain, des salles à manger et des chambres à plusieurs lits. La séparation des résidents atteints de la COVID-19 n'a pas été jugée essentielle dans les premiers jours, et de nombreux établissements de SLD n'ont pas été physiquement conçus pour rendre ce type de mesure possible. Le problème est

d'autant plus complexe à résoudre quand vient le temps de s'occuper des résidents atteints de démence, qui sont susceptibles d'errer et qui ne peuvent pas se rappeler les règles de distanciation physique.

6. Le personnel **ne savait pas ou ne comprenait pas comment prévenir et contrôler la propagation de la COVID-19** au cours des premiers jours de la pandémie. Le personnel avait des *connaissances inadéquates en matière de contrôle des infections*. Les moyens pris pas les établissements de SLD pour contrôler la propagation de la maladie variaient considérablement d'une province à l'autre et au sein d'une même province.
7. Les établissements de SLD ont connu des **pénuries d'ÉPI** ainsi que des problèmes et un manque de soutien quant à la façon d'utiliser correctement l'ÉPI, et n'ont pas suffisamment bien compris l'importance de l'ÉPI pour assurer la sécurité des personnes. À certains moments, on a retiré des équipements de protection individuelle des établissements de SLD pour les envoyer dans le secteur des soins aigus^{234,235}. Le personnel des établissements de SLD doit régulièrement entrer en contact étroit avec les résidents et doit porter un ÉPI pour correctement prendre soin des résidents en période de COVID-19. Souvent, certains travailleurs qui jouent un rôle crucial dans le contrôle des infections, comme les préposés à l'entretien ménager, n'ont pas été pris en compte concernant l'approvisionnement en ÉPI et la formation donnée sur son utilisation.
8. Certains hôpitaux ont dirigé des patients atteints de la COVID-19 vers des établissements de SLD. Certains hôpitaux n'acceptaient pas de patients infectés provenant d'établissements de SLD.
9. Jusqu'à 30 % des **préposés aux bénéficiaires et autres membres du personnel occupaient plus d'un emploi**. Comme les préposés aux bénéficiaires ne sont pas inscrits à un registre, ces chiffres n'étaient pas connus ou pris en considération. Au début de la pandémie, cela a favorisé la propagation de l'infection à la COVID-19.
10. De nombreux établissements de SLD n'avaient pas les **ressources voulues pour dépister les symptômes ou pour assurer le suivi de l'historique de voyage et le traçage des contacts** des résidents et du personnel. De nombreux établissements n'avaient pas non plus de programme de dépistage et de traçage des contacts, ni de plan pour intervenir efficacement.
11. **Plusieurs membres du personnel n'ont pas pu travailler** pour diverses raisons. Certains étaient symptomatiques et devaient se confiner à la maison. Certains étaient malades ou avaient un membre de leur famille qui était malade. Certains devaient prendre soin de leurs enfants à la maison lorsque les écoles ont fermé. Certains avaient peur de travailler et d'autres ont quitté leur poste. La peur et les fausses informations ont poussé des familles, des propriétaires et des syndicats à faire pression sur le personnel pour qu'il reste à l'écart des établissements de SLD où des cas de COVID-19 avaient été recensés. Le fonctionnement des établissements de SLD est assuré par une combinaison complexe de personnel à temps plein *en quantité à peine suffisante* et, en majorité, de personnel à temps partiel. Les établissements comblent les besoins avec du personnel occasionnel et du personnel fourni par les agences de placement et ont peu de réserves pour remplacer les travailleurs absents. Les familles, qui souvent fournissent une partie substantielle des soins, n'étaient pas autorisées à visiter les résidents. Le secteur des SLD n'a pas pu faire face aux pressions inattendues engendrées par le manque de personnel et de bénévoles pendant

la pandémie, alors que les besoins des résidents, eux, sont restés constants (24 heures par jour). Ces pressions ont rapidement pris une ampleur catastrophique.

12. Des rapports troublants en provenance d'Europe²³⁶ et maintenant du Canada^{11,12} indiquent que de nombreux décès évitables seraient survenus dans des établissements de SLD pendant la crise de la COVID-19. *Certains décès sont dus au fait que les résidents n'ont pas eu accès à temps à des soins, à de l'eau ou à des services élémentaires d'hygiène, et non à une infection à la COVID-19.* Cela met en relief l'état de fragilité et de grande vulnérabilité dans lequel se trouvent les résidents des établissements de SLD. Il s'agit aussi d'une illustration parfaite de notre échec. Bon nombre de résidents ne sont pas mobiles ou ne peuvent pas exprimer leurs besoins. **Ce qui s'est produit a été plus qu'un problème de maladie infectieuse.**

Les principes qui devraient guider les mesures à prendre

Bien qu'il nous en reste encore à apprendre sur la façon de lutter contre la COVID-19, les principes suivants devraient guider les efforts qui seront faits pour améliorer la sécurité et la qualité de vie des résidents et du personnel des établissements de SLD canadiens. Nous devons créer un avenir meilleur pour les aînés canadiens qui ont besoin de soins en établissement de soins de longue durée et veiller à ce que leurs voix et leurs vœux soient respectés. *Ces principes sont fondamentalement basés sur les valeurs communes des Canadiens et des Canadiennes.*

1. Le financement doit être suffisant et durable; le gouvernement fédéral doit aider les gouvernements provinciaux et territoriaux à atteindre des normes d'excellence élevées partout au Canada dans le domaine des SLD.
2. La qualité des soins dans les établissements de SLD est d'une importance capitale et est intimement liée à la qualité de vie.
3. La qualité de vie de nos fragiles aînés est un objectif *non négociable*.
4. La qualité de la fin de vie et une belle mort sont également des objectifs non négociables.
5. Les normes de soins sont essentielles et doivent être clairement précisées, tout comme les responsabilités à cet égard.
6. Les responsabilités relatives aux politiques, aux normes et à la réglementation doivent être clairement énoncées. Les résultats souhaités doivent être précisés et évalués et la reddition de comptes concernant ces résultats doit être assurée.
7. Une évaluation systématique du rendement doit être effectuée, notamment à l'aide d'indicateurs du rendement qui sont pertinents pour les résidents et pour leurs familles.
8. Des données (quantitatives et qualitatives) de grande qualité et exhaustives sont nécessaires pour bien gérer le secteur des SLD et doivent être recueillies, vérifiées, analysées et déclarées de façon à assurer l'efficacité de la réglementation, de l'évaluation et du suivi du rendement.
9. Des mécanismes assurant *l'adoption de mesures en réponse aux données* recueillies doivent être mis en place et avoir l'appui des intervenants de tous niveaux, des soignants de première ligne aux responsables des politiques.
10. Le financement des établissements de SLD doit être rattaché à une évaluation et à une surveillance régulières effectuées à l'aide d'indicateurs de la qualité des soins, de la qualité

de vie et de la qualité de fin de vie des résidents, de la qualité de vie professionnelle du personnel et de l'expérience vécue par les résidents et leurs familles. Toutes les informations doivent être accessibles au public.

11. Le gouvernement fédéral doit assumer un rôle majeur et mettre en place un mécanisme permettant d'aider les gouvernements provinciaux et territoriaux à atteindre des normes élevées d'excellence partout au Canada dans le secteur des SLD. Cela pourrait être assuré par l'intermédiaire d'un cadre semblable à la Loi canadienne sur la santé, qui établit des normes de base. Les gouvernements provinciaux et territoriaux qui se conformeraient à ces normes recevraient des paiements de transfert fédéraux supplémentaires.
12. Les rapports professionnels entre les divers intervenants – les gouvernements, les autorités de la santé, les propriétaires des établissements de SLD et les établissements de SLD eux-mêmes – doivent être basés sur la collaboration – et l'avis très important des personnes qui vivent ou travaillent dans les établissements de SLD et de celles qui les visitent doit être pris en compte.
13. Tous les citoyens de toutes les régions doivent bénéficier d'un accès *universel, abordable et équitable* à des soins 24 heures sur 24 et 7 jours par semaine en établissement de SLD, sans devoir se buter à de longues listes d'attente.
14. L'intégration des secteurs des soins dans la collectivité, des soins continus et des soins aigus doit être améliorée. Les transitions entre les divers milieux de SLD doivent être mieux gérées, en appliquant une approche systémique relative à la conception de la gouvernance, de la réglementation et des mesures incitatives.
15. Les effectifs dans les établissements de SLD doivent être de niveau constant et adéquat et un ensemble de travailleurs qualifiés doit collectivement offrir une combinaison appropriée de compétences et de connaissances.
16. Les environnements physiques des établissements de SLD et les plans, les protocoles et les ressources encadrant la prestation des soins doivent répondre aux besoins médicaux et sociaux complexes des résidents et à leur besoin de se sentir chez eux. Ils doivent également répondre aux besoins complexes des résidents en matière d'espace, de sécurité, et de contrôle et de prévention des infections. Ils ne doivent pas sacrifier la possibilité pour les membres de la famille proche (d'origine ou de choix) de contribuer aux soins et d'être présents auprès des résidents mourants.

Recommandations sur la gestion de la COVID-19 dans le secteur des SLD au Canada

Réformer et restructurer le secteur prendra du temps. De multiples organisations dans le monde ont commencé à dégager les nombreuses mesures immédiatement applicables qui doivent être entreprises pour gérer à plus court terme la crise de la COVID-19 dans les établissements de SLD^{13,237-239}. En mai 2020, Comas-Herrera et al.²⁴⁰ ont formulé des recommandations applicables aux politiques publiques. Subséquemment, les membres du présent groupe de travail ont présenté leur ordonnance relative aux préparatifs qui permettront de faire face à la seconde vague de la COVID-19 dans les établissements de SLD, qui est reproduite ici.²⁴¹

Premièrement, tous les établissements de SLD (pas seulement quelques-uns), toutes les résidences pour personnes âgées et tous les autres centres d'aide à la vie devraient se doter d'un plan approuvé d'intervention en cas d'épidémie de maladie

infectieuse, y compris de COVID-19. Ce plan devrait préciser la personne qui a la responsabilité de prévenir et de maîtriser une éclosion. Cette personne devrait se trouver sur place et le rendement de l'établissement devrait être évalué à l'aide d'indicateurs de rendement clairs et mesurables. L'élaboration du plan devrait notamment s'appuyer sur une consultation des résidents et de leurs familles, et des rapports transparents devraient être présentés au public.

Deuxièmement, des inspections régulières et en personne de tous ces établissements devraient être faites par le service de santé responsable (et non par un organisme d'accréditation) pour s'assurer que les plans sont bien appliqués et que les résidents et les travailleurs sont en sécurité. Il va sans dire que ces inspections ne devraient pas se faire par téléphone et que les CHSLD ne devraient pas être avisés au préalable de la tenue prochaine d'une inspection, pratique pourtant en usage dans certaines provinces. Les résultats des inspections devraient être publiés et toute non-conformité devrait entraîner des conséquences.

Troisièmement, les gouvernements provinciaux devraient gérer l'approvisionnement et faire en sorte que les CHSDL soient bien outillés pour lutter contre les infections. Toute personne, préposée ou autre, qui entre en contact direct avec les résidents d'un CHSLD devrait porter un équipement de protection individuelle (ÉPI) approprié. De plus, cette personne devrait avoir une formation appropriée en prévention des infections ainsi qu'un soutien et des cours périodiques de formation continue sur le contrôle des infections et sur l'utilisation et l'entreposage appropriés de l'ÉPI. Aussi, tous les établissements de SLD devraient adopter et posséder les ressources nécessaires pour mettre en œuvre une stratégie de dépistage et de traçage couvrant tous les résidents et les employés.

Quatrièmement, les préposés des CHSLD devraient être employés à temps plein et bénéficier d'un salaire et d'avantages sociaux équitables, y compris d'un soutien en santé mentale pour la gestion du TSPT, dont plusieurs ont souffert pendant la crise de la COVID-19. De nombreux préposés aux bénéficiaires sont payés au salaire minimum, ce qui est normalement inacceptable, compte tenu de l'importance de ce travail et de l'expertise qu'il exige. Ce salaire est tout simplement ridicule en situation de COVID-19, considérant les risques personnels auxquels les préposés et leurs familles sont exposés. De même, les travailleurs qui fournissent des services essentiels d'alimentation, d'entretien ménager et de lessive devraient être rémunérés de manière équitable. Lorsque des militaires ont été déployés dans des CHSLD au Québec et en Ontario, ils ont reçu une prime de risque en plus de leur salaire relativement avantageux.

Cinquièmement, chaque province et territoire devrait adopter une politique du « lieu de travail unique » pendant toute la durée de la pandémie et par la suite. Le fait de travailler à deux endroits ou plus a contribué à la propagation de la COVID-19 dans les établissements et hors de ceux-ci et, à d'autres moments, contribue à la propagation de la grippe.

Sixièmement, tous les établissements de soins de longue durée devraient avoir les capacités voulues pour confiner adéquatement une personne atteinte de la

COVID-19 ou pour regrouper les résidents infectés dans une zone de l'établissement réservée à cet effet. Si cela n'est pas possible, le patient devrait être dirigé vers un hôpital ou un établissement approprié où l'isolement des cas positifs serait possible. Aucun hôpital ne devrait rediriger des cas soupçonnés ou confirmés de COVID-19 vers un établissement de SLD avant que la guérison de la personne ait été confirmée par un test négatif. Les plans de gestion de la COVID-19 devraient également comprendre un accès en cas de besoin à des soins palliatifs, y compris à une médication et à des services de traitement de la douleur appropriés.

Septièmement, les plans d'intervention des CHSLD devraient comprendre des mesures qui font en sorte que les technologies et autres moyens disponibles soient pleinement mis à contribution pour relier les résidents avec leurs familles et leurs amis, et qu'au moins un ou deux membres de la famille puissent les visiter de manière sécuritaire (avec l'ÉPI nécessaire et en respectant les mesures de contrôle qui s'imposent grâce à une formation appropriée). Les résidents sont près de la fin de leur vie; plusieurs souffrent de démence. Les voix, le soutien et le réconfort des personnes qui leur sont familières sont indispensables, et parfois ces nécessités ne peuvent être fournies que par un membre de la famille ou un ami. Nous ne pouvons pas permettre que des personnes en fin de vie meurent sans soins, que ce soit de la COVID-19 ou pour toute autre raison. Les familles et les amis ont aussi par le passé aidé à faire en sorte que les établissements prennent leurs responsabilités, particulièrement lorsque les résidents étaient trop fragiles pour faire part de leurs préoccupations ou pour se faire entendre. Compte tenu du stress important vécu par les préposés et les gestionnaires au cours de la pandémie de la COVID-19, cette responsabilisation est essentielle²⁴¹.

Manifestement, la responsabilité des services de SLD relève principalement des gouvernements provinciaux et territoriaux, mais nous pouvons observer autour du monde que des efforts sérieux ont été entrepris pour créer un cadre de coordination national permettant de répondre efficacement à la crise de la COVID-19 dans le secteur des SLD. La réalité canadienne veut que, sans le soutien financier du gouvernement fédéral, les gouvernements provinciaux et territoriaux ne sont pas susceptibles de pouvoir se doter des ressources nécessaires pour atteindre les normes élevées d'excellence que nos fragiles aînés méritent, que ce soit dans les établissements de SLD ou dans les contextes de SLD en général. Nous pouvons nous inspirer du cas de la Nouvelle-Zélande, qui a pu revendiquer le statut de pays exempt de la COVID-19 le 8 juin²⁴² (bien qu'on continue d'y relever de nouveaux cas isolés)²⁴³. L'Australie et la Corée du Sud ont obtenu des résultats semblablement favorables grâce à de fortes stratégies nationales. Le gouvernement australien a privilégié le secteur des soins aux aînés dans sa gestion de la crise de la COVID-19 – « Le 11 mars, le gouvernement s'est engagé à verser 440 millions de dollars pour la prestation des soins aux aînés, y compris pour résoudre les problèmes de rétention du personnel et de constitution d'une réserve de personnel d'appoint, ce qui a contribué à améliorer la capacité de contrôle de l'infection du pays. Les fournisseurs de soins aux aînés ont un accès prioritaire aux réserves nationales d'ÉPI, ainsi qu'à des équipes d'intervention rapide en soins de santé et à un soutien en effectifs lorsqu'une éclosion se produit dans un établissement ou dans un contexte de soins à domicile²⁴⁴. » Au moment où ce rapport australien a été publié, moins de 1 % des cas de COVID-19 et 17 % de tous les décès associés à la maladie avaient été relevés dans les établissements de SLD du pays. Ces chiffres tranchent avec les 81 % des décès attribuables à

la COVID-19 survenus en établissement de SLD au Canada¹. La réponse nationale agressive de la Corée du Sud à la COVID-19 comprenait un programme de surveillance et d'inspection, des quarantaines en cohortes imposées à des établissements choisis, des modalités temporaires de remboursement, des masques à bas coût pour le personnel soignant et des lignes directrices. Au moment de la publication du rapport de la Corée du Sud, seulement 8,1 % des décès liés à la COVID-19 étaient survenus dans des établissements de SLD et un autre 25,9 % étaient survenus dans des hôpitaux de SLD²⁴⁵.

Ce groupe de travail, cependant, est d'avis que **la réforme et la restructuration du secteur devront non seulement avoir pour but de s'attaquer à la crise liée à la pandémie, mais aussi celui de corriger les failles présentes depuis longtemps dans le système** – les causes fondamentales de la crise de la COVID-19 dans les établissements de SLD canadiens. Si nous ne réussissons pas à accomplir cette mission, nous nous retrouverons avec notre même système de SLD, qui est tristement inadéquat, et avec la certitude que la prochaine crise aura des conséquences semblables ou encore plus catastrophiques. L'effort de réforme et de restructuration

- doit être entrepris immédiatement
- donnera de meilleurs résultats s'il est mené en collaboration par les provinces/territoires et le gouvernement fédéral, à l'intérieur d'un cadre de national
- devra rendre compte au public des progrès réalisés, et ce, de manière transparente et en temps opportun
- devra inclure des cibles immédiates, à moyen terme et à long terme, et une évaluation continue et perpétuelle de la qualité et de la sécurité.

Recommandations relatives à la main-d'œuvre pour une réforme et une restructuration des SLD au Canada

Nous recommandons que *le Canada, s'il ne fait rien d'autre immédiatement, concentre de manière urgente et soutenue son attention, ses efforts et ses ressources à la résolution de la crise de la main-d'œuvre dans le secteur des SLD*. Relever ce défi majeur contribuera de façon importante à la restructuration et à la réforme du secteur. Cela aura une incidence immédiate sur la qualité des soins et la qualité de vie des résidents vulnérables des établissements de SLD, sur leurs familles et sur le personnel responsable de leurs soins. Une main-d'œuvre de qualité, résiliente et bénéficiant de soutien est, sans aucun doute, le principal facteur favorisant la qualité des soins.

Nous recommandons neuf mesures pour résoudre la crise de la main-d'œuvre dans les établissements de SLD. La mise en œuvre de toutes ces mesures exigera un leadership fort et coordonné de la part du gouvernement fédéral et des gouvernements provinciaux/territoriaux.

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. Ces normes nationales devraient notamment déterminer l'équipe de soins requise pour fournir des soins de qualité et le gouvernement fédéral. Les provinces et les territoires recevraient des fonds supplémentaires s'ils s'y conforment.

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.
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. Ces normes appropriées de rémunération et de conditions de travail devront être permanentes et ne pas être limitées à la période de lutte contre la COVID-19. La rémunération et les conditions de travail devraient être équitables partout au pays, au sein du secteur des SLD et entre les secteurs des SLD et des soins aigus pour le personnel réglementé et non réglementé.
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. Les gouvernements provinciaux et territoriaux devraient évaluer les mécanismes de propagation des infections qui sont favorisés par le fait que des personnes travaillent dans plusieurs établissements et devraient mettre en place un robuste système de traçage.
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.
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.
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. En plus des conditions de travail extraordinairement stressantes vécues par ce personnel pendant la pandémie, ce dernier a dû composer avec plusieurs décès de personnes âgées dont il avait pris soin pendant des mois et des années, ainsi que de collègues de travail. Il est en deuil aujourd'hui, et il continuera de l'être.

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. Les données recueillies devraient porter entre autres sur la qualité des soins fournis aux résidents, sur l'expérience vécue par les résidents et leurs familles ainsi que sur la qualité des conditions de travail du personnel. Les données devraient être recueillies à l'aide d'outils appropriés et validés, notamment des outils qui conviennent à des résidents présentant des symptômes modérés à sévères de démence. Les données recueillies devraient mettre en relief les disparités et les vulnérabilités globales vécues par les résidents et le personnel, y compris sur les plans de la race, de l'ethnicité, de la langue, de l'identité de genre, du statut de tutelle, du statut socioéconomique, de la religion, de tout handicap physique ou intellectuel et de l'exposition à des événements traumatiques.
9. La collecte des données devrait être transparente et effectuée par des organismes indépendants du secteur et SLD et des gouvernements. Les gouvernements provinciaux et territoriaux devraient évaluer et utiliser les données pour revoir au besoin la réglementation des établissements de SLD et leur agrément. Ils devraient adopter une approche équilibrée et fondée sur des preuves concernant l'agrément obligatoire ainsi que la réglementation et l'inspection des établissements de SLD. Ils devraient mobiliser la participation du secteur des SLD à ce processus, notamment des personnes qui reçoivent des soins, de leurs familles, des gestionnaires et des soignants.

Nous n'avons pas besoin d'une autre commission, d'une autre enquête, d'un autre rapport sur l'ensemble du système et il ne faudrait pas que les forces armées soient la meilleure ou la seule solution de rechange possible pour endiguer une crise évitable dans les établissements de SLD. Ce dont nous avons besoin, c'est plutôt d'un **plan d'action national** transparent appuyé par un leadership solide et coordonné à l'échelle nationale et provinciale/territoriale, qui tiendrait compte de l'avis d'un large éventail d'intervenants et qui préciserait qui est responsable de sa mise en œuvre, qui doit rendre des comptes à l'égard de cette mise en œuvre et qui a la possibilité de mobiliser les ressources nécessaires. Un tel plan d'action devrait bien entendu s'intégrer aux autres stratégies nationales pertinentes, telles que la stratégie sur la démence de l'Agence de la santé publique du Canada.

Le Canada doit faire des choix

Toute recommandation ainsi que toute réforme et restructuration du secteur des SLD résidentiels devra reconnaître que ces milieux sont avant tout des **demeures** pour leurs résidents. Dans la plupart des cas, l'établissement de SLD est leur dernière demeure. La qualité de la vie et de la mort ne doit pas être sacrifiée à la négligence, lorsque la réglementation est raisonnable et justifiée. Elle ne doit pas non plus être sacrifiée à une réglementation excessive et rigide lorsqu'une certaine tolérance au risque est justifiée. De bons soins sociaux et de santé feront que les aînés dans les établissements de SLD auront une bonne qualité de vie et une belle mort. Ces ingrédients sont indispensables si nous voulons remplir notre **devoir de prendre soin** des aînés dans les établissements de SLD et ils doivent avoir la priorité.

Nous avons laissé tombé nos fragiles aînés en ne répondant pas à l'augmentation des besoins en soins, en présumant que les fournis dans les établissements de SLD ne sont « que des soins de

base » et que n'importe qui avec peu ou presque pas de formation et d'éducation peut les donner, en ignorant le caractère fortement sexospécifique des soins fournis dans les établissements de SLD et en plafonnant les ressources. Nous les avons laissé tomber en croyant que la solution résidait dans une approche réglementaire moins que cohérente – une réglementation très serrée sur certains aspects, qui peut, par exemple, enfreindre les droits et les libertés individuelles, et une absence de réglementation sur d'autres aspects, comme en ce qui concerne les normes d'éducation applicables au personnel responsable des soins directs. Ce qui est le plus honteux, c'est que nous avons failli à la tâche d'écouter nos aînés qui en étaient à la dernière étape de leur vie. Généralement, les établissements de SLD au Canada réussissaient à « se tirer d'affaire », ce qui était loin d'être adéquat avant la pandémie.

Puis est venue la COVID-19, une onde de choc qui a ouvert toutes les failles préexistantes de notre réseau d'établissements de SLD. Elle a précipité, dans les pires des cas, le décès de nombreux aînés, et a causé chez beaucoup des niveaux élevés de souffrance physique, mentale et émotionnelle. **Ces vies inutilement perdues comptaient.** Ces aînés méritaient les dernières années de leurs vies et méritaient une belle mort. Nous les avons laissé tomber. Nous avons le devoir et la responsabilité de corriger la situation – non seulement de nous préparer à une seconde vague de la COVID-19 et à d'autres maladies infectieuses futures, mais aussi de revoir de fond en comble un secteur des SLD qui a aidé cette crise à causer ces ravages évitables et tragiques. Nous pouvons prendre des mesures immédiates pour commencer à rétablir la confiance perdue. *C'est une question de choix.*

Les défis immédiats et à long terme dans les établissements de SLD et leurs solutions sont tous complexes. Il faudra du temps pour réaliser une réforme exhaustive, intégrée et éclairée par des données probantes. De nombreuses priorités réelles et urgentes surgiront et se feront concurrence à mesure que les choses progresseront. En tant que pays, nous devons nous poser la question suivante : « Quels choix sommes-nous prêts à faire afin que personne d'entre nous n'ait à craindre la qualité de la vie et la qualité des soins qui nous attendent dans les établissements de SLD? » Briser de vieilles habitudes est difficile et le choix le plus simple pour plusieurs sera de ne pas perturber le statu quo. Pour réussir à transformer radicalement les établissements de SLD, nous devons faire preuve d'un leadership courageux et résolu, et faire des choix judicieux.

Références

1. Canadian Institute for Health Information. "New analysis paints international picture of COVID-19's long-term care impacts": CIHI; June 25, 2020. Available from: http://emktg.cihi.ca/ViewEmail.aspx?em_key=08jafBPP2IXCQzTRLz6rSCxyfUk+dfkDpRY-QwdGchCoOfLXGIWW6Y6UWEMHRnlQqp03BjiwW7pQ5bqfdhCmHXL3vARE3YTEE&em_source=html
2. "Remarks at the dedication of the Hubert H, Humphrey Building". Congressional Record; November 4, 1977; 123:37287.
3. Armstrong P, Baines D. Promising Practices in Long Term Care: Can Work Organisation Treat Both Residents and Providers with Dignity and Respect? *Social Work & Policy Studies: Social Justice, Practice and Theory*. 2018;1(1)
4. Armstrong P, Baines D. Promising Practices in Long-term Care: Ideas Worth Sharing. 2019; Available from: https://www.policyalternatives.ca/sites/default/files/uploads/publications/National%20Office/2015/12/Promising%20Practices_online.pdf. [Accessed May 30, 2020].
5. Lapierre M. Military preparing report on conditions at Quebec's CHSLDs. Montreal Gazette. May 27, 2020; Available from: <https://montrealgazette.com/news/local-news/an-inquiry-has-been-launched-into-covid-19s-toll-on-seniors-residences>. [Accessed May 30, 2020].
6. Kirkup K. Canadian military releases 'deeply disturbing' report on Ontario long-term care facilities. The Globe and Mail. May 26, 2020; Available from: <https://www.theglobeandmail.com/politics/article-trudeau-ford-discuss-deeply-disturbing-canadian-forces-report-on/>. [Accessed May 30, 2020].
7. DiManno R. The military's report details the horrors of Ontario long-term-care homes. Shame on all of us for letting it happen. The Star. May 26, 2020; Available from: <https://www.thestar.com/opinion/star-columnists/2020/05/26/the-militarys-report-details-the-horrors-of-long-term-care-homes-shame-on-all-of-us-for-letting-it-happen.html>. [Accessed May 30, 2020].
8. Brewster M, Kapelos V. Military alleges horrific conditions, abuse in pandemic-hit Ontario nursing homes. CBC News. May 26, 2020; Available from: <https://www.cbc.ca/news/politics/long-term-care-pandemic-covid-coronavirus-trudeau-1.5584960>. [Accessed June 1, 2020].
9. Perron LS, Marquis M. The Armed Forces prepare a report on the CHSLDs in Quebec. La Presse. June 3, 2020; Available from: <https://www.lapresse.ca/covid-19/202005/26/01-5275077-les-forces-armees-preparent-un-rapport-sur-les-chsld-du-quebec.php>. [Accessed June 12, 2020].
10. Holroyd-Leduc JM, Laupacis A. Continuing care and COVID-19: A Canadian tragedy that must not be allowed to happen again. *CMAJ*. 2020;192(23):e632-e633. doi: 10.1503/cmaj.201017
11. 2nd Canadian Division and Joint Task Force (East). Observations sur les Centres D'Hebergement de soins Longues Durees de Montreal. 2020; Available from: https://cdn-contenu.quebec.ca/cdn-contenu/sante/documents/Problemes_de_sante/covid-19/Rapport_FAC/Observation_FAC_CHSLD.pdf?1590587216. [Accessed June 1, 2020].
12. 4th Canadian Division Joint Task Force (Central). Op Laser - JTFC Observations in Long Term Care Facilities in Ontario. 2020; Available from: <https://www.macleans.ca/wp-content/uploads/2020/05/JTFC-Observations-in-LTCF-in-ON.pdf>. [Accessed June 1, 2020].
13. Hsu AT, Lane N, Sinha SK, et al. "Impact of COVID-19 on residents of Canada's long-term care homes – ongoing challenges and policy responses": International Long Term Care Policy Network; June 2020. Available from: https://lccovid.org/wp-content/uploads/2020/06/LTCcovid-country-reports_Canada_June-4-2020.pdf
14. Government of Canada. Long-term facilities-based care. 2004; Available from: <https://www.canada.ca/en/health-canada/services/home-continuing-care/long-term-facilities-based-care.html>. [Accessed June 12, 2020].
15. MacDonald M. Regulating Individual Charges for Long-Term Residential Care In Canada. *Studies in Political Economy*. 2015;95(1):83-114. doi: 10.1080/19187033.2015.11674947
16. Armstrong P. The Re-imagining Long-term Residential Care project seeks to identify promising practices for thinking about, planning and organizing long-term residential care. 2020; Available from: <https://reltc.apps01.yorku.ca/>. [Accessed May 30, 2020].
17. Armstrong P, Armstrong H. *The privatization of care: The case of Nursing Homes*: Routledge; 2020.
18. Mount Saint Vincent University. Janice Keefe. Available from: <https://www.msvu.ca/academics/bachelor-of-arts-ba/family-studies/meet-our-faculty/janice-keefe/>.
19. Mount Saint Vincent University. Seniors- Adding Life To Years (SALTY). Available from: <https://www.msvu.ca/research-at-the-mount/research-chairs/centres-and-institutes/nova-scotia-centre-on-aging/projects/current-projects/seniors-adding-life-to-years-salty/>.
20. TREC. Translating Research in Elder Care. Available from: <https://trecresearch.ca/>.
21. Donner G, Fooks C, McReynolds J, et al. "Bringing Care Home". Toronto, ON: Expert Group on Home & Community Care; 2015. Available from: http://www.health.gov.on.ca/en/public/programs/lhin/docs/hcc_report.pdf
22. Donner G, Amodeo J, Armstrong H, Armstrong P, et al. "Long-Term Care Task Force on Resident Care and Safety. An Action Plan to Address Abuse and Neglect in Long-Term Care Homes"; 2012. Available from: <http://www.eapon.ca/wp-content/uploads/2015/01/LTCFTReportEnglish.pdf>
23. Keefe J, Smith CA, Archibald G. "Minister's Expert Advisory Panel on Long-Term Care: Recommendations": Queen's Printer for Ontario; December 2018. Available from: <https://novascotia.ca/dhw/publications/Minister-Expert-Advisory-Panel-on-Long-Term-Care.pdf>
24. Bourbonnais A, Ducharme F, Landreville P, et al. An action research to optimize the well-being of older people in nursing homes : Challenges and strategies for implementing a complex intervention. *J Appl Gerontol*. 2018;39(2):119-128

25. Bourbonnais A, Ducharme F. The social positioning of older people living with Alzheimer's disease emitting screams in long-term care homes. *Dementia: The International Journal of Research and Practice*. 2015;14(6):751-768
26. Ducharme F, Levesque L, Sarit S, et al. Maintaining the potential of a psycho-educational program: Efficacy of a booster session after an intervention offered family caregivers at disclosure of a relative's dementia diagnosis. *Aging and Mental Health*. 2015;19(3):207-216
27. Ducharme F. Psycho-educational interventions for family caregivers of seniors across their life trajectory: An evidence-based research program to inform clinical practice. *Advances in Geriatrics*. 2014. doi: 10.1155/2014/316203
28. Research Institute for Aging. Living Classroom Implementation Guide. Available from: <https://the-ria.ca/resources/living-classroom-implementation-guide/>.
29. National Institute on Ageing. "Enabling the Future Provision of Long-Term Care in Canada". Toronto, ON: National Institute on Ageing White Paper; September 2019. Available from: <https://static1.squarespace.com/static/5c2fa7b03917eed9b5a436d8/t/5d9de15a38dca21e46009548/1570627931078/Enabling+the+Future+Provision+of+Long+Term+Care+in+Canada.pdf>
30. MacDonald BJ, Wolfson M, Hirdes JP. "The Future Cost of Long-Term Care in Canada National Institute on Ageing". Toronto, ON: National Institute on Ageing, Ryerson University; 2019. Available from: <https://static1.squarespace.com/static/5c2fa7b03917eed9b5a436d8/t/5dbadf6ce6598c340ee6978f/1572527988847/The+Future+Cost+of+Long+Term+Care+in+Canada.pdf>
31. Ducharme F, Lachance L, Kergoat MJ, et al. A comparative descriptive study of characteristics of early- and late-onset dementia family caregivers. *American Journal of Alzheimer's Disease and other Dementias*. 2016;31(1):48-56
32. McGilton K, Sorin-Peters R, Sidani S, et al. Focus on communication: increasing the opportunity for successful staff-patient interactions. *Int J Older People Nurs*. 2011;6(1):13-24
33. Boscart VM, Sidani S, Poss J, et al. The associations between staffing hours and quality of care indicators in long-term care. *BMC Health Serv Res*. 2018;18(1):750
34. Keller HH, Carrier N, Slaughter SE, Lengyel C, Steele CM, Duizer L, Brown SK, Chaudhury H, Yoon MN, Duncan AM, Boscart V, Heckman G, Villalon L. Prevalence and Determinants of Poor Food Intake of Residents Living in Long-Term Care. *J Am Med Dir Assoc*. 2017;18(11):941-947. doi:10.1016/j.jamda.2017.05.003
35. McGilton KS, Sorin-Peters R, Rochon E, et al. The effects of an interprofessional patient-centered communication intervention for patients with communication disorders. *Appl Nurs Res*. 2018;39:189-194
36. Armstrong P, Armstrong J, Choiniere J, et al. "Re-imagining Long-term Residential Care in the COVID-19 Crisis". Ottawa, ON: Canadian Centre for Policy Alternatives; April 2020. Available from: <https://www.policyalternatives.ca/sites/default/files/uploads/publications/National%20Office/2020/04/Reimagining%20residential%20care%20COVID%20crisis.pdf>
37. Flood CM, MacDonnell V, Philpott J, et al. *Vulnerable: The Policy, Law and Ethics of COVID-19*. Ottawa, ON: University of Ottawa Press; 2020.
38. Mazur A. Kingston's long-term care COVID-19 inspection initiative a 'big win': public health. Global News. April 23, 2020; Available from: <https://globalnews.ca/news/6859843/kingstons-long-term-care-covid-19-inspections/>. [Accessed May 30, 2020].
39. World Health Organization. Q&A: Influenza and COVID-19 - similarities and differences. 2020; Available from: https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/question-and-answers-hub/q-a-detail/q-a-similarities-and-differences-covid-19-and-influenza?gclid=EAlaQobChMIg5bTvslk6QIV1CCtBh0MZAhPEAAAYASAAEgKJM_D_BwE. [Accessed June 12, 2020].
40. World Health Organization. WHO Director-General's opening remarks at the media briefing on COVID-19. March 2020; Available from: <https://www.who.int/dg/speeches/detail/who-director-general-s-opening-remarks-at-the-media-briefing-on-covid-19---3-march-2020>. [Accessed May 30, 2020].
41. Comas-Herrera A, Zalakaín J, Litwin C, et al. "Mortality associated with COVID-19 outbreaks in care homes: early international evidence": International Long Term Care Policy Network; May 21, 2020. Available from: <https://ltccovid.org/wp-content/uploads/2020/05/Mortality-associated-with-COVID-21-May-5.pdf>
42. Comas-Herrera A, Zalakaín J, Litwin C, et al. "Mortality associated with COVID-19 outbreaks in care homes: early international evidence": International Long Term Care Policy Network; May 2020. Available from: <https://ltccovid.org/2020/04/12/mortality-associated-with-covid-19-outbreaks-in-care-homes-early-international-evidence/>
43. National Records of Scotland. "Deaths involving coronavirus (COVID-19) in Scotland, Weeks 25 (15 to 21 June 2020)": National Records of Scotland; June 24, 2020. Available from: <https://www.nrscotland.gov.uk/files//statistics/covid19/covid-deaths-report-week-25.pdf>
44. Johns Hopkins University Coronavirus Resource Center. How does mortality differ across countries? June 2020; Available from: <https://coronavirus.jhu.edu/data/mortality>. [Accessed June 20, 2020].
45. Hsu AT, Lane N, Sinha SK, et al. "Impact of COVID-19 on residents of Canada's long-term care homes – ongoing challenges and policy responses": International Long Term Care Policy Network; May 3, 2020. Available from: <https://ltccovid.org/wp-content/uploads/2020/05/LTC-COVID19-situation-in-Canada-3-May-2020-2.pdf>
46. Centers for Disease Control and Prevention. "Severe Outcomes Among Patients with Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) - United States, February 12-March 16, 2020". *MMWR Morb Mortal Wkly Rep* 2020: U.S. Department of Health & Human Services; March 2020. Available from: <https://www.cdc.gov/mmwr/volumes/69/wr/mm6912e2.htm>
47. D'Amours JK. Canada: How Quebec elder care homes became coronavirus hotspots. April 24, 2020; Available from: <https://www.aljazeera.com/indepth/features/canada-quebec-elder-care-homes-coronavirus-hotspots-200423214537289.html>. [Accessed May 30, 2020].
48. Feinstein C. 42 more coronavirus deaths, 170 outbreaks in Ontario long-term care homes. April 27, 2020; Available from: <https://dailyhive.com/toronto/ontario-long-term-care-homes-coronavirus-cases-deaths>. [Accessed May 30, 2020].

49. CBC News. Bodies of coronavirus victims found in Spanish nursing homes. March 24, 2020; Available from: <https://www.cbc.ca/news/world/spanish-nursing-homes-bodies-1.5508523>. [Accessed May 30, 2020].
50. CBC News. Another death at Northwood brings Nova Scotia's COVID-19 fatalities to 58. May 21, 2020; Available from: <https://www.cbc.ca/news/canada/nova-scotia/covid-19-death-northwood-1.5578630>. [Accessed May 30, 2020].
51. Lee J. Nurses allege lack of cleaning and isolation contributed to deadly COVID-19 outbreak at Calgary care home. CBC News. April 9, 2020; Available from: <https://www.cbc.ca/news/canada/calgary/covid-19-revera-mckenzie-towne-calgary-nurses-1.5527550>. [Accessed May 30, 2020].
52. Hager M. How the coronavirus took North Vancouver's Lynn Valley Care Centre. The Globe and Mail. March 21, 2020; Available from: <https://www.theglobeandmail.com/canada/article-how-the-coronavirus-took-north-vancouver-s-lynn-valley-care-centre/>. [Accessed May 30, 2020].
53. Hoben M, Chamberlain S, Gruneir A, Knopp-Sihota J, Sutherland J, et al. Nursing home length of stay in three Canadian health regions: temporal trends, jurisdictional differences and associated factors. *J Am Med Dir Assoc*. 2019;20(9):1121-1128
54. Estabrooks CA, Poss JW, Squires JE, et al. A profile of residents in prairie nursing homes. *Can J Aging*. 2013;32(3):223-231
55. Canadian Institute for Health Information. "Profile of Residents in Residential and Hospital-Based Continuing Care, 2018–2019". Ottawa, ON: CIHI; 2020. Available from: <https://www.cihi.ca/en/profile-of-residents-in-residential-and-hospital-based-continuing-care-2018-2019>
56. Van Nostrand J, Howe AL, Havens B, Bray D, Van Den Heuvel W, et al. "Overview of Long-Term Care in Five Nations: Australia, Canada, The Netherlands, Norway, and The United States": U.S. Department of Health and Human Services; 1995. Available from: <https://aspe.hhs.gov/basic-report/overview-long-term-care-five-nations-australia-canada-netherlands-norways-and-united-states>
57. interRAI. Long-Term Care Facilities (LTCF). Available from: <https://www.interrai.org/long-term-care-facilities.html>.
58. Canadian Institute for Health Information. Regulated Nurses, 2016: Indicators (XLSX). Table 6 Regulated nursing workforce employed in direct care, by place of work and profession, Canada, 2007 to 2016. 2017; Available from: https://www.cihi.ca/en/access-data-reports/results?fs3%5B0%5D=geographies%3A707&fs3%5B1%5D=primary_theme%3A673&fs3%5B2%5D=primary_theme%3A677&query=&page=1. [Accessed June 12, 2020].
59. Hewko SJ, Cooper SL, Huynh H, et al. Invisible no more: a scoping review of the health care aide workforce literature. *BMC Nurs*. 2015;14(1):38
60. Chamberlain SA, Hoben M, Squires JE, Cummings GG, Norton P, Estabrooks CA. Who Is (Still) Looking After Mom and Dad? Few Improvements in Care Aides' Quality-of-Work Life. *Canadian Journal on Aging*. 2018;38(1):1-16
61. Estabrooks CA, Squires JE, Carleton HL, Cummings GG, Norton PG. Who is looking after Mom and Dad? Unregulated workers in Canadian long-term care homes. *Can J Aging*. 2015;34(1):47-59
62. McIntosh CN, Finès P, Wilkins R, et al. Income disparities in health-adjusted life expectancy for Canadian adults, 1991 to 2001. Statistics Canada. 2009; Available from: <https://www150.statcan.gc.ca/n1/en/catalogue/82-003-X200900411019>. [Accessed May 30, 2020].
63. Ross N, Wolfson M, Kaplan GA, et al. Income Inequality as a Determinant of Health. In: Heymann J HC, Barer ML, Evans RG, ed. *Healthier Societies: From Analysis to Action*. Oxford: Oxford University Press; 2009.
64. Dorman K, Pellizzari R, Rachlis M. Why poverty is medical problem. *Ont Med Rev*. 2013;80(17):114-0065
65. Tjepkema M, Wilkins R, Long A. Cause-specific mortality by income adequacy in Canada: a 16-year follow-up study. *Health Rep*. 2013;24(7):14-22
66. CIHI. Unpaid caregiver challenges and supports. Available from: <https://www.cihi.ca/en/dementia-in-canada/unpaid-caregiver-challenges-and-supports>. [Accessed June 12, 2020].
67. Colombo F, et al. The Impact of Caring on Family Carers. In: OECD Health Policy Studies, ed. *Help Wanted? Providing and Paying for Long-Term Care*. Paris: OECD Publishing; 2011. Available from: <https://www.oecd.org/els/health-systems/47884865.pdf>.
68. Williams S, Zimmerman S, Williams CS. Family Caregiver Involvement for Long-Term Care Residents at the End of Life. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci*. 2012;67(5):595-604
69. National Center on Caregiving at Family Caregiver Alliance. Women and Caregiving: Facts and Figures. 2003; Available from: <https://www.caregiver.org/women-and-caregiving-facts-and-figures>. [Accessed May 30, 2020].
70. Chitayat D. "UN Report, Gender Equality in Caregiving: The United Nations Response": American Psychological Association; July 2009. Available from: <https://www.apa.org/international/pi/2009/07/un-gender>
71. Statistics Canada. Seniors. Available from: <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/11-402-x/2011000/chap/seniors-aines/seniors-aines-eng.htm>.
72. Statistics Canada. "A portrait of the population aged 85 and older in 2016 in Canada"; May 2017. Available from: <https://www12.statcan.gc.ca/census-recensement/2016/as-sa/98-200-x/2016004/98-200-x2016004-eng.pdf>
73. Feldman HH, Estabrooks CA. The Canadian dementia challenge: Ensuring optimal care and services for those at risk or with dementia throughout the country. *Can J Public Health*. 2017;108(1):e95-e97
74. CIHR. "Turning the tide: A strategy for international leadership in the prevention and early treatment of Alzheimer's disease and related dementias". Ottawa, ON: Canadian Institute of Health Research; 2010
75. Alzheimer Society of Canada. "Prevalence and Monetary Costs of Dementia in Canada". Toronto, ON: The Alzheimer Society of Canada in Collaboration with the Public Health Agency of Canada; 2016. Available from: https://alzheimer.ca/sites/default/files/files/national/statistics/prevalenceandcostsofdementia_en.pdf
76. Statistics Canada. "Census in Brief: Dwellings in Canada". Ottawa, ON; May 2017. Available from: <https://www12.statcan.gc.ca/census-recensement/2016/as-sa/98-200-x/2016005/98-200-x2016005-eng.pdf>

77. Statistics Canada. "Census in Brief: Living Arrangement of Seniors". Ottawa, ON; September 2012. Available from: https://www12.statcan.gc.ca/census-recensement/2011/as-sa/98-312-x/98-312-x2011003_4-eng.pdf
78. McGregor MJ, Tate RB, Ronald LA, et al. Variation in site of death among nursing home residents in British Columbia, Canada. *J Palliat Med*. 2007;10(5):1128-1136
79. Menec VH, Nowicki S, Blandford A, et al. Hospitalizations at the end of life among long-term care residents. *Journals of Gerontology - Series A Biological Sciences and Medical Sciences*. 2009;64(3):395-402
80. Health Quality Ontario. Wait Times for Long-Term Care Homes. 2020; Available from: <https://www.hqontario.ca/System-Performance/Long-Term-Care-Home-Performance/Wait-Times>. [Accessed June 12, 2020].
81. Ontario Long Term Care Association. Sector Dashboard - Ontario. 2019; Available from: <https://www.oltca.com/OLTCA/Documents/SectorDashboards/ON.pdf>. [Accessed June 1, 2020].
82. Canadian Institute for Health Information. "When a Nursing Home Is Home: How Do Canadian Nursing Homes Measure Up on Quality?". Ottawa, ON: CIHI; 2013. Available from: https://secure.cihi.ca/free_products/CCRS_QualityinLongTermCare_EN.pdf
83. Koller D, Schön G, Schäfer I, et al. Multimorbidity and long-term care dependency—a five-year follow-up. *BMC Geriatr*. 2014;14(70). doi: 10.1186/1471-2318-14-70
84. Doupe MB, St. John P, Chateau D, et al. Profiling the multidimensional needs of new nursing home residents: Evidence to support planning. *J Am Med Dir Assoc*. 2012;13(5):e9-17
85. Armitage R, Nellums LB. COVID-19 and the consequences of isolating the elderly. *Lancet*. 2020;5(5):e256
86. Simard J, Volicer L. Loneliness and Isolation in Long-term Care and the Covid-19 pandemic. *J Am Med Dir Assoc*. 2020. doi: 10.1016/j.jamda.2020.05.006
87. Hirdes JP, Mitchell L, Maxwell CJ, et al. Beyond the 'Iron Lungs of Gerontology': Using Evidence to Shape the Future of Nursing Homes in Canada. *Can J Aging*. 2011;30(3):371-390
88. Aung KT, Nurumal MS, Syakihar WN, et al. Loneliness Among Elderly in Nursing Homes. *International Journal for Studies on Children, Women, Elderly And Disabled*. 2020;129(2):72-78
89. Paque K, Bastiaens H, Van Bogaert P, et al. Living in a nursing home: a phenomenological 131 study exploring residents' loneliness and other feelings. *Scand J Caring Sci*. 2018;32(4):1477-1484
90. National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine. "Social isolation and loneliness in older adults: Opportunities for the Health Care System": National Academies Press; 2020
91. Colombo F, et al. Long-term Care: Growing Sector, Multifaceted Systems. In: OECD Health Policy Studies, ed. *Help Wanted? Providing and Paying for Long-Term Care*. Paris: OECD Publishing; 2011. Available from: <http://www.oecd.org/els/health-systems/47884520.pdf>.
92. Public Health Agency of Canada. Dementia in Canada, including Alzheimer's disease. 2018; Available from: <https://www.cihi.ca/en/dementia-in-canada/how-dementia-impacts-canadians#ref1>.
93. Statistics Canada. Same-sex couples and sexual orientation... by the numbers. 2015; Available from: https://www.statcan.gc.ca/eng/dai/smr08/2015/smr08_203_2015.
94. Brotman S, Ryan B, Cormier R. The Health and Social Service Needs of Gay and Lesbian Elders and Their Families in Canada. *Gerontologist*. 2003;43(2):192-202
95. Schwinn SV, Dinkel SA. Changing the Culture of Long-Term Care: Combating Heterosexism. *OJIN*. 2015;20(2)
96. Chamberlain S, Baik S, Estabrooks C. Going it Alone: A Scoping Review of Unbefriended Older Adults. *Can J Aging*. 2018;37(1):1-11. doi:10.1017/S0714980817000563
97. Chamberlain S, Duggelby W, Fast J, et al. Incapacitated and Alone: Prevalence of Unbefriended Residents in Alberta Long-Term Care Homes. *SAGE Open*. 2019;9(4)
98. Chamberlain SA, Duggelby W, Teaster PB, et al. Characteristics and unmet care needs of unbefriended residents in long-term care: A qualitative interview study. *Aging and Mental Health*. 2019;24:1-9
99. Perlman C, Kirkjam J, Velkers C, et al. Access to Psychiatrist Services for Older Adults in Long-Term Care: A Population-Based Study. *J Am Med Dir Assoc*. 2019;20:610-616
100. Seitz D, Purandare N, Conn D. Prevalence of psychiatric disorders among older adults in long-term care homes: a systematic review. *Intern Psychoger*. 2010;22(7):1025-1039
101. Fornaro M, Solmi M, Stubbs B, et al. Prevalence and correlates of major depressive disorder, bipolar disorder and schizophrenia among nursing home residents without dementia: systematic review and meta-analysis. *The British Journal of Psychiatry*. 2020;216(1):6-15. doi: 10.1192/bjp.2019.5
102. Hoben M, Heninger A, Holroyd-Leduc J, et al. Depressive symptoms in long term care facilities in Western Canada: A cross sectional study. *BMC Geriatrics*. 2019;19:335. doi: 10.1186/s12877-019-1298-5
103. Scofield H. Race-based data could help save lives — if only Canada had more of it. *The Star*. May 26, 2020; Available from: <https://www.thestar.com/politics/political-opinion/2020/05/26/race-based-data-could-help-save-lives-if-only-canada-had-more-of-it.html>. [Accessed June 12, 2020].
104. Teno JM, Gozalo PL, Bynum JP, et al. Change in end-of-life care for Medicare beneficiaries: site of death, place of care, and health care transitions in 2000, 2005, and 2009. *CJAMA*. 2013;309(5):470-477. doi:10.1001/jama.2012.207624
105. Hunt LJ, Stephens, CE, Smith AK. Palliative Care in the Nursing Home—Shifting Paradigms. *JAMA Internal Med*. 2020;180(2):243-244
106. Dingfield LE, Brooks MK, O'Keefe D, et al. Palliative Care Pandemic Support for Long-Term Care. *Journal of Palliative Medicine*. 2020. doi: 10.1089/jpm.2020.0254

- 107.** Canadian Institute for Health Information. Palliative and end-of-life care, Seniors living with dementia in Canada facing gap in palliative care. Available from: <https://www.cihi.ca/en/dementia-in-canada/spotlight-on-dementia-issues/palliative-and-end-of-life-care>. [Accessed June 12, 2020].
- 108.** Sawatsky R, Porterfield P, Roberts D, et al. Embedding a Palliative Approach in Nursing Care Delivery: An Integrated Knowledge Synthesis. *Advances in Nurs Sci*. 2017;40(3):263-279
- 109.** Stajduhar KI. Provocations on privilege in palliative care. *Progress in Palliative Care*. 2020;28(2):89-93. doi: 10.1080/09699260.2019.1702334
- 110.** Estabrooks CA, Hoben M, Poss JW, Chamberlain SA, Thompson GN, et al. Dying in a Nursing Home: Treatable Symptom Burden and its Link to Modifiable Features of Work Context. *J Am Med Dir Assoc*. 2015;16(6):515-520
- 111.** Hoben M, Chamberlain SA, Knopp-Sihota JA, Poss JW, Thompson GN, Estabrooks CA. Impact of Symptoms and Care Practices on Nursing Home Residents at the End of Life: A Rating by Front-line Care Providers. *J Am Med Dir Assoc*. 2016;17(2):155-161
- 112.** Hendriks SA, Smalbrugge M, Galindo-Garre F, et al. From Admission to Death: Prevalence and Course of Pain, Agitation, and Shortness of Breath, and Treatment of These Symptoms in Nursing Home Residents With Dementia. *J Am Med Dir Assoc*. 2015;16(6):475-481
- 113.** Mitchell SL, Teno JM, Kiely DK, et al. The Clinical Course of Advanced Dementia. *New England Journal of Medicine*. 2009;361(16):1529-1538
- 114.** Mitchell SL, Mor V, Gozalo PL, et al. Tube Feeding in US Nursing Home Residents With Advanced Dementia, 2000-2014. *JAMA*. 2016;316(7):769-770
- 115.** Hanson LC, Eckert, KJ, Dobbs D, et al. Symptom Experience of Dying Long-Term Care Residents. *J Am Geriatr Soc*. 2008;56(1):91-98. doi: 10.1111/j.1532-5415.2007.01388.x
- 116.** Reynolds K, Henderson M, Schulman A, et al. Needs of the Dying in Nursing Homes. *Journal of Palliative Medicine*. 2002/12/01 2002;5(6):895-901. doi: 10.1089/10966210260499087. <https://doi.org/10.1089/10966210260499087>
- 117.** Won AB, Lapane KL, Vallow S, et al. Persistent Nonmalignant Pain and Analgesic Prescribing Patterns in Elderly Nursing Home Resident. *J Am Geriatr Soc*. 2004;52(6):867-874
- 118.** Duncan JG, Bott MJ, Thompson SA, et al. Symptom occurrence and associated clinical factors in nursing home residents with cancer. *Research in Nursing & Health*. 2009;32(4):453-464. doi: 10.1002/nur.20331. <https://doi.org/10.1002/nur.20331>
- 119.** Won A, Lapane K, Gambassi G, Bernabei R, Mor V, Lipsitz LA, on behalf of the SSG. Correlates and Management of Nonmalignant Pain in the Nursing Home. *J Am Geriatr Soc*. 1999;47(8):936-942
- 120.** Bernabei R, Gambassi G, Lapane K, Landi F, Gatsonis C, Dunlop R, Lipsitz L, Steel K, Mor V, for the SSG. Management of Pain in Elderly Patients With Cancer. *JAMA*. 1998;279(23):1877-1882
- 121.** Hunnicutt JN, Ulbricht CM, Tjia J, et al. Pain and Pharmacologic Pain Management in Long-Stay Nursing Home Residents. *Pain*. 2017;158(6):1091-1099. doi: 10.1097/j.pain.0000000000000887
- 122.** Ersek M, Nash PV, Hilgeman MM, et al. Pain Patterns and Treatment Among Nursing Home Residents With Moderate Severe Cognitive Impairment. *J Am Geriatr Soc*. 2020;68(4):794-802
- 123.** Hanson LC, Ersek M, Lin FC, Carey TS. Outcomes of feeding problems in advanced dementia in a nursing home population. *J Am Geriatr Soc*. 2013;61(10):1692-1697
- 124.** Lindroos EK, Saarela RK, Suominen MH, et al. Burden of Oral Symptoms and Its Associations With Nutrition, Well-Being, and Survival Among Nursing Home Residents. *J Am Med Dir Assoc*. 2019;20(5):537-543
- 125.** Hall P, Schroder C, Weaver L. The Last 48 Hours of Life in Long-Term Care: A Focused Chart Audit. *J Am Geriatr Soc*. 2002;50(3):501-506. doi: 10.1046/j.1532-5415.2002.50117.x
- 126.** Drageset J, Corbett A, Selbaek G, Husebo BS. Cancer-related pain and symptoms among nursing home residents: a systematic review. *JPSM*. 2014;48(4):699-710
- 127.** Cheung ENM, Benjamin S, Heckman G, et al. Clinical characteristics associated with the onset of delirium among long-term nursing home residents. *BMC Geriatr*. 2018;18(1):39
- 128.** Li Q, Zheng NT, Temkin-Greener H. Quality of End-of-Life Care of Long-Term Nursing Home Residents with and without Dementia. *J Am Geriatr Soc*. 2013;61(7):1066-1073
- 129.** Temkin-Greener H, Zheng NT, Xing J, Mukamel DB. Site of death among nursing home residents in the United States: changing patterns, 2003-2007. *J Am Med Dir Assoc*. 2013;14(10):741-748
- 130.** Mitchell SL. Care of patients with advanced dementia. 2015; Available from: <http://www.uptodate.com/contents/palliative-care-of-patients-with-advanced-dementia>.
- 131.** McCarthy EP, Ogarek JA, Loomer L, et al. Hospital transfer rates among US nursing home residents with advanced illness before and after initiatives to reduce hospitalizations. *JAMA Internal Medicine*. 2020;180(3):385-394
- 132.** Givens JL, Selby K, Goldfeld KS, et al. Hospital Transfers of Nursing Home Residents with Advanced Dementia. *J Am Geriatr Soc*. 2012;60(5):905-909
- 133.** Schneider LS, Tariot PN, Dagerman KS, et al. Effectiveness of Atypical Antipsychotic Drugs in Patients with Alzheimer's Disease. *New England Journal of Medicine*. 2006;355(15):1525-1538
- 134.** Declercq T, Petrovic M, Azermai M, et al. Withdrawal versus continuation of chronic antipsychotic drugs for behavioural and psychological symptoms in older people with dementia. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2013;28(3)
- 135.** Banerjee S. "The use of antipsychotic medication for people with dementia: Time for action": Department of Health; November 2009. Available from: <https://www.jcpmh.info/wp-content/uploads/time-for-action.pdf>.
- 136.** Gurwitz JH, Bonner A, Berwick DM. Reducing excessive use of antipsychotic agents in nursing homes. *JAMA*. 2017;318(2):118-119

- 137.** Juola A-L, Pylkkanen S, Kautiainen H, et al. Burden of potentially harmful medications and the association with quality of life and mortality among institutionalized older people. *J Am Med Dir Assoc.* 2016;17(3):e9-14
- 138.** Choi N, Ransom S, Wyllie RJ. Depression in older nursing home residents: The influence of nursing home environmental stressors, coping, and acceptance of group and individual therapy AU. *Aging & Mental Health.* 2008;12(5):536-547
- 139.** Burns A, Winblad B. *Depression in Severe Dementia:* John Wiley & Sons Ltd; 2006.
- 140.** Castle NG, Engberg J. The Health Consequences of Using Physical Restraints in Nursing Homes. *Medical Care.* 2009;47(11)
- 141.** Engberg J, Castle N, McCaffrey D. Physical Restraint Initiation in Nursing Homes and Subsequent Resident Health. *Gerontologist.* 2008;48(4):442-452
- 142.** Köpke S, Mühlhauser I, Gerlach A, et al. Effect of a Guideline-Based Multicomponent Intervention on Use of Physical Restraints in Nursing Homes: A Randomized Controlled Trial. *JAMA.* 2012;307(20):2177-2184
- 143.** Abraham J, Kupfer R, Behncke A, et al. Implementation of a multicomponent intervention to prevent physical restraints in nursing homes (IMPRINT): A pragmatic cluster randomized controlled trial. *Int J Nurs Stud.* 2019;96:27-34. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2019.03.017
- 144.** Foebel AD, Onder G, Finne-Soveri H, et al. Physical restraint and antipsychotic medication use among nursing home residents with dementia. *J Am Med Dir Assoc.* 2016;17(2):184-e189
- 145.** Tamura BK, Bell CL, Inaba M, et al. Outcomes of Polypharmacy in Nursing Home Residents. *Clinics in Geriatric Medicine.* 2012;28(2):217-236
- 146.** Jokanovic N, Tan ECK, Dooley MJ, et al. Prevalence and Factors Associated With Polypharmacy in Long-Term Care Facilities: A Systematic Review. *J Am Med Dir Assoc.* 2015;16(6):e1-e12
- 147.** Kröger E, Wilchesky M, Marcotte M, et al. Medication Use Among Nursing Home Residents With Severe Dementia: Identifying Categories of Appropriateness and Elements of a Successful Intervention. *J Am Med Dir Assoc.* 2015;16(7):e1-e17
- 148.** Martín-Pérez M, Ruigómez A, Pastor-Barriuso R, et al. Number of Medications and Mortality Among Residents in Nursing Homes. *J Am Med Dir Assoc.* 2019;20(5):643-645
- 149.** Flaherty JH. Urinary incontinence and the terminally ill older person. *Clinics in Geriatric Medicine.* 2004;20(3):467-475
- 150.** Getliffe KA. Urinary catheter use in older people. *Aging Health.* 2008;4(2):181-189
- 151.** Gurwitz JH, DuBeau C, Mazor K, et al. Use of indwelling urinary catheters in nursing homes: implications for quality improvement efforts. *J Am Geriatr Soc.* 2016;64(11):2204-2209
- 152.** Muthalagappan S, Brown EA, Johansson L, et al. Dialysis or conservative care for frail older patients: ethics of shared decision-making. *Nephrology Dialysis Transplantation* 2013;28(11):2717-2722
- 153.** Tamura MK, Liu S, Montez-Rath ME, et al. Persistent gaps in use of advance directives among nursing home residents receiving maintenance dialysis. *JAMA internal medicine.* 2017;177(8):1204-1205
- 154.** Mitchell SL, Kiely DK, Hamel MB. Dying With Advanced Dementia in the Nursing Home. *Archives of Internal Medicine.* 2004;164(3):321-326
- 155.** Volicer L. End-of-Life Care in Nursing Homes: Is the Glass Half Empty or Half Full? *J Am Med Dir Assoc.* 2004;5(3):217
- 156.** Thompson ND, Penna A, Eure TR, et al. Epidemiology of antibiotic use for urinary tract infection in nursing home residents. *J Am Med Dir Assoc.* 2020;21(1):91-96
- 157.** Slaughter SE, Eliasziw M, Morgan D, et al. Incidence and predictors of excess disability in walking among nursing home residents with middle-stage dementia: A prospective cohort study. *Int Psychogeriatr.* 2011;23(1):54-64
- 158.** Dreschnack DG, Schonfeld L, Nelson A, et al. Development of a Screening Tool for Safe Wheelchair Seating. *Advances in Patient Safety.* 2005;4:127-137
- 159.** Wick J, Guido Z. Wheelchair-Bound Residents in Nursing Facilities: The Basics. *The Journal of the American Society of Consultant Pharmacists.* 2007;22(2):119-122
- 160.** Giesbrecht EM, Smith EM, Mortenson B, et al. "Needs for mobility devices, home modifications and personal assistance among Canadians with disabilities". Statistics Canada; 2017. Available from: <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/82-003-x/2017008/article/54852-eng.htm>
- 161.** Slaughter SE, Wagg AS, Jones CA, et al. Mobility of Vulnerable Elders Study: Effect of the Sit-to-Stand Activity on Mobility, Function, and Quality of Life. *J Am Med Dir Assoc.* 2015;16(2):138-143
- 162.** Statistics Canada. "Changes in life expectancy by selected causes of death, 2017". Ottawa, ON; May 2019. Available from: <https://www150.statcan.gc.ca/n1/daily-quotidien/190530/dq190530d-eng.htm>
- 163.** Alzheimer's Disease International. "World Alzheimer Report 2015, The Global Impact of Dementia: An analysis of prevalence, incidence, cost and trends". London; October 2015
- 164.** Haaksma ML, Leoutsakos JS, Bremer JAE, et al. The clinical course and interrelations of dementia related symptoms. *Int Psychogeriatr.* 2018;30(6):859-866. doi: 10.1017/S1041610217000321
- 165.** Kua EH, Ho E, Tan HH, et al. The natural history of dementia. *Psychogeriatr.* 2014;14(3):196-201. doi: 10.1111/psyg.12053
- 166.** U.S. Department of Health and Human Services. Find your path forward: How Much Care Will You Need? ; October 2017; Available from: <https://longtermcare.acl.gov/the-basics/how-much-care-will-you-need.html>. [Accessed June 12, 2020].
- 167.** Toot S, Swinson T, Devine M, et al. Causes of nursing home placement for older people with dementia: a systematic review and meta-analysis. *International Psychogeriatrics.* 2017;29(2):195-208
- 168.** Cipriani G, Fiorino MD. Access to Care for Dementia Patients Suffering From COVID-19. *Am J Geriatr Psychiatry.* 2020;S1064-7481(20):30293-30291. doi:10.1016/j.jagp.2020.04.009
- 169.** Bianchetti A, Rozzini R, Guerini F, et al. Clinical Presentation of COVID19 in Dementia Patients. *J Nutr Health Aging.* 2020;1-3. doi:10.1007/s12603-020-1389-1

- 170.** Wang H, Barbarino P, Gauthier S, et al. Dementia care during COVID-19. *Lancet*. 2020;395. doi:10.1016/S0140-6736(20)30755-8
- 171.** Alzheimer Society Canada. COVID 19 and Dementia Task Force. 2020; Available from: <https://alzheimer.ca/en/Home/Living-with-dementia/managing-through-covid-19/covid-19-and-dementia-task-force>. [Accessed June 1, 2020].
- 172.** Kuske B, Hanns S, Luck T, et al. Nursing home staff training in dementia care: a systematic review of evaluated programs. *International Psychogeriatrics*. 2007;19(5):818-841
- 173.** Rapaport P, Livingston G, Murray J, et al. Systematic review of the effective components of psychosocial interventions delivered by care home staff to people with dementia. *BMJ open*. 2017;7(2):e014177
- 174.** McGregor MJ, Tate RB, Ronald LA, et al. Trends in long-term care staffing by facility ownership in British Columbia, 1996 to 2006. *Health reports*. 2010;21(4):27-33
- 175.** Seblega BK, Zhang NJ, Unruh LY, et al. Changes in Nursing Home Staffing Levels, 1997 to 2007. *Medical Care Research and Review*. 2010;67(2):232-246. doi: 10.1177/1077558709342253
- 176.** Hyer K, Thomas KS, Branch LG, et al. The influence of nurse staffing levels on quality of care in nursing homes. *Gerontologist*. 2011;51(5):610-616
- 177.** Castle NG. Nursing home caregiver staffing levels and quality of care - A literature review. *J Appl Gerontol*. 2008;27(4):375-405
- 178.** Spilsbury K, Hewitt C, Stirk L, et al. The relationship between nurse staffing and quality of care in nursing homes: a systematic review. *Int J Nurs Stud*. 2011;48(6):732-750
- 179.** Bostick JE, Rantz MJ, Flesner MK, et al. Systematic review of studies of staffing and quality in nursing homes. *J Am Med Dir Assoc*. 2006;7(6):366-376
- 180.** Backhaus R, Verbeek H, van Rossum E, et al. Nurse staffing impact on quality of care in nursing homes: a systematic review of longitudinal studies. *J Am Med Dir Assoc*. 2014;15(6):383-393
- 181.** Cummings GG, Doupe M, Ginsburg L, et al. Development and validation of A Scheduled Shifts Staffing (ASSIST) measure of unit-level staffing in nursing homes. *Gerontologist*. 2017;57(3):509-516
- 182.** Baughman RA, Smith KE. Labor mobility of the direct care workforce: implications for the provision of long-term care. *Health Econ* 2012;21(12):1402-1415
- 183.** Daly T, Szebehely M. Unheard voices, unmapped terrain: care work in long-term residential care for older people in Canada and Sweden. *International journal of social welfare*. 2012;21(2):139-148
- 184.** Office of Inspector General. *State nurse aide training: program information and data*. Washington, DC: Office of Evaluation and Inspections; 2002.
- 185.** Association of Canadian Community Colleges (ACCC). "Canadian educational standards for personal care providers: environmental scan". Ottawa, ON: ACCC; 2012. Available from: <https://www.collegesinstitutes.ca/wp-content/uploads/2014/05/Canadian-Standards-Environmental-Scan.pdf>
- 186.** Caspar S. "The influence of information exchange processes on the provision of person-centred care in residential care facilities". University of British Columbia; April 2014. Available from: <https://open.library.ubc.ca/clRcle/collections/ubctheses/24/items/1.0103402>
- 187.** Mallidou AA, Cummings GG, Schalm C, Estabrooks CA. Health care aides use of time in a residential long-term care unit: A time and motion study. *Int J Nurs Stud*. 2013;50(9):1229-1239
- 188.** Zeller A, Hahn S, Needham I, Kok G, Dassen T, et al. Aggressive behavior of nursing home residents toward caregivers: a systematic literature review. *Geriatr Nurs*. 2009;30(3):174-187
- 189.** Squires JE, Hoben M, Linklater S, et al. Job satisfaction among care aides in residential long-term care: A systematic review of contributing factors, both individual and organizational. *Nursing Research and Practice*. 2015. doi: 10.1155/2015/157924
- 190.** Chamberlain SA, Gruneir A, Hoben M, et al. Influence of organizational context on nursing home staff burnout: A cross-sectional survey of care aides in Western Canada. . *International Journal of Nursing Studies*. 2017;71:60-69. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2017.02.024
- 191.** Hoben M, Knopp-Sihota JA, Nesari M, et al. Health of health care workers in Canadian nursing homes and pediatric hospitals: a cross-sectional study. *CMAJ Open*. 2017;5(4):e791-799
- 192.** CBC News. Labour group calls for premium wage increase for personal support workers. April 23, 2020; Available from: <https://www.cbc.ca/news/canada/kitchener-waterloo/covid-healthcare-psw-wages-1.5542464>. [Accessed May 30, 2020].
- 193.** Government of Alberta. Occupations in Alberta: Health Care Aide. Available from: <https://alis.alberta.ca/occinfo/occupations-in-alberta/occupation-profiles/health-care-aide/>. [Accessed June 12, 2020].
- 194.** Henderson J. No "pandemic premium" for Nova Scotia health care workers. Halifax Examiner. April 28, 2020; Available from: <https://www.halifaxexaminer.ca/province-house/no-pandemic-premium-for-nova-scotia-health-care-workers/>. [Accessed May 30, 2020].
- 195.** McGilton K, Escrig-Pinol A, Gordon A, et al. Uncovering the Devaluation of Nursing Home Staff During COVID-19: Are We Fuelling the Next Health Care Crisis? *J Am Med Dir Assoc*. 2020. doi: 10.1016/j.jamda.2020.06.010
- 196.** Yinfei D, Iaconi A, Song Y, et al. Care aides working multiple jobs: considerations for staffing policies in long-term care homes during and after the COVID-19 pandemic. *J Am Med Dir Assoc*. 2020 [submitted]
- 197.** Kelly C, Bourgeault IL. The Personal Support Worker Program Standard in Ontario: An Alternative to Self-Regulation? *Healthcare Policy*. 2015;11(2):20-26
- 198.** Song Y, Iaconi A, Chamberlain S, Cummings G, Hoben M, et al. Pre-pandemic baseline: Frontline workforce in nursing homes. [under review]

- 199.** Song Y, Hoben M, Norton P, et al. Association of Work Environment With Missed and Rushed Care Tasks Among Care Aides in Nursing Homes. *JAMA Netw Open*. 2020;3(1)
- 200.** Van Houtven CH, DePasquale N, Coe NB. Essential Long-Term Care Workers Commonly Hold Second Jobs and Double- or Triple-Duty Caregiving Roles. *J Am Geriatr Soc*. 2020. doi: 10.1111/jgs.16509
- 201.** Song Y, Hoben M, Norton P, et al. Association of Work Environment With Missed and Rushed Care Tasks Among Care Aides in Nursing Homes. *JAMA Netw Open*. 2020;3(1)
- 202.** Braedley S, Owusu P, Przednowek A, et al. We're told, 'Suck it up': Long-Term Care Workers' Psychological Health and Safety. *Ageing International*. 2017;43(1):91–109. doi:10.1007/s12126-017-9288-4
- 203.** Styr R, Hawryluck L, Robinson S, et al. Impact on health care workers employed in high-risk areas during the Toronto SARS outbreak. *J Psychosom Res*. 2008;64(2):177-183. doi: 10.1016/j.jpsychores.2007.07.015
- 204.** Lai J, Ma S, Wang Y. Factors Associated With Mental Health Outcome Among Health Care Worker Exposed to Coronavirus Disease 2019. *Jama Netw Open*. 2020;3(3):e203976. doi: 10.1001/jamanetworkopen.2020.3976
- 205.** Brooks SK, Webster RK, Smith LE, Woodland L, Wessely S, Greenberg N, Rubin GJ. The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence. *Lancet*. 2020;395(10227):912-920. doi: 10.1016/S0140-6736(20)30460-8
- 206.** Müller B, Armstrong P, Lowndes R. Cleaning and Caring: Contributions in Long-term Residential Care. *Ageing International*. 2017;43(1):53-73. doi:10.1007/s12126-017-9290-x
- 207.** Ágotnes G, McGregor M, Lexchin J, et al. An International Mapping of Medical Care in Nursing Homes. *Health Services Insights*. 2019;12:1-12. doi: 10.1177/1178632918825083
- 208.** Grabowski DC, Aschbrenner KA, Rome VF, et al. Quality of mental health care for nursing home residents: a literature review. *Med Care Res Rev*. 2010;67(6):627-656. doi:10.1177/1077558710362538
- 209.** Canadian Institute for Health Information. "Access to Palliative Care in Canada". Ottawa, ON: CIHI; 2018. Available from: <https://www.cihi.ca/sites/default/files/document/access-palliative-care-2018-en-web.pdf>
- 210.** Statistics Canada. Table 3: Selected measures of nursing hours in long-term care facilities, by ownership, British Columbia, 1996 to 2006. 2006; Available from: <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/82-003-x/2010004/article/11390/tbl/tbl3-eng.htm>.
- 211.** Hsu AT, Berta W, Coyte PC, et al. Staffing in Ontario's Long-Term Care Homes: Differences by Profit Status and Chain Ownership. *Can J Aging*. 2016;35(2):175-189
- 212.** Hoben M, Yoon MN, Lu L, et al. If we cannot measure it, we cannot improve it: Understanding measurement problems in routine oral/dental assessments in Canadian nursing homes-Part I. [published online ahead of print]. *Gerodontology*. 2019. doi: 10.1111/ger.12449
- 213.** Yoon MN, Lu LL, Estabrooks CA, Hoben M. If we cannot measure it, we cannot improve it: Understanding measurement problems in routine oral/dental assessments in Canadian nursing homes—Part II. [published online ahead of print]. *Gerodontology*. 2019. doi: 10.1111/ger.12467
- 214.** Aiken LH, Sloane DM. Nurses matter: more evidence. *BMJ Quality & Safety*. 2020;29:1-3. doi: 10.1136/bmjqs-2019-009732
- 215.** Estabrooks CA, Midodzi W, Cummings GG, et al. The Impact of hospital nursing characteristics on 30-day mortality. *Nursing Research*. 2005;52(2):74-84
- 216.** McHugh MD, Rochman MF, Sloane DM, et al. Better Nurse Staffing and Nurse Work Environments Associated with Increased Survival of In-Hospital Cardiac Arrest Patients. *Medical Care*. 2016;54(1):74-80
- 217.** Geng F, Stevenson DG, Grabowski DC. Daily Nursing Home Staffing Levels Highly Variable, Often Below CMS Expectations. *Health Affairs*. 2019;38(7):1095-1100
- 218.** Castle NG. Reviewing the evidence base for nurse staffing and quality of care in nursing homes. *Evidence-Based Nursing*. 2012;15(1):23-24
- 219.** Easton T, Milte R, Crotty M, et al. Advancing aged care: A systematic review of economic evaluations of workforce structures and care processes in a residential care setting. *Cost Effectiveness and Resource Allocation*. 2016;14(1):12
- 220.** Dellefield ME, Castle NG, McGilton KS, et al. The Relationship Between Registered Nurses and Nursing Home Quality: An Integrative Review (2008-2014). *Nursing Economics*. 2015;33(2)
- 221.** Centers for Medicare & Medicaid Services. "Report to Congress: Appropriateness of Minimum Nurse Staffing Ratios in Nursing Homes. Phase II, Final Report". Baltimore, MD; 2001. Available from: https://phinational.org/wp-content/uploads/2017/07/Phase_I_VOL_-II-1.pdf
- 222.** Harrington C, Dellefield ME, Halifax E, et al. Appropriate Nurse Staffing Levels for U.S. Nursing Homes. [forthcoming]
- 223.** Harrington C, Schnelle JF, McGregor M, et al. The Need for Higher Minimum Staffing Standards in U.S. Nursing Homes. *Health Services Insights*. 2016;9:13-19
- 224.** Office of the Seniors Advocate. "A billion reasons to care: A funding review of contracted long term care in B.C."; February 2020. Available from: <https://www.seniorsadvocatebc.ca/app/uploads/sites/4/2020/02/ABillionReasonsToCare.pdf>
- 225.** BC Care Providers Association. "Filling the Gap: Determining Appropriate Staffing & Care Levels For Quality in Long Term Care"; March 2019. Available from: <https://bccare.ca/wp-content/uploads/2019/03/Filling-the-Gap-March-2019.pdf>
- 226.** Kane RL. Commentary: nursing home staffing more is necessary but not necessarily sufficient. *Health Services Research*. 2004;39(2):251-255
- 227.** Anderson RA, Issel LM, McDaniel, RR. Nursing Homes as Complex Adaptive Systems: Relationship between Management Practice and Resident Outcomes. *Nursing Research*. 2003;52(1):12-21
- 228.** Forbes-Thompson S, Leiker T, Bleich MR. High-performing and low-performing nursing homes: A view from complexity science. *Health Care Management Review*. 2007;32(4):341-351

- 229.** Lessard L, Michalowski W, Fung-Kee-Fung M, et al. Architectural frameworks: defining the structures for implementing learning health systems. *Implement Sci.* 2017;12(1):78
- 230.** Carrière Y, Keefe J, Légaré J, et al. Population aging and immediate family composition: Implications for future home care services. *Genus.* 2007;63(1):11-31
- 231.** Lachance CC, Jurkowski MP, Dymarz AC, et al. Compliant flooring to prevent fall-related injuries in older adults: A scoping review of biomechanical efficacy, clinical effectiveness, cost-effectiveness, and workplace safety *PLoS ONE.* 2017;12(2):e0171652. doi:10.1371/journal.pone.0171652
- 232.** Abrams HR, Loomer L, Gandhi A, et al. Characteristics of U.S. Nursing Homes with COVID-19 Cases. *J Am Geriatr Soc.* 2020. doi: 10.1111/jgs.16661
- 233.** Iaconi A, Song Y, Norton PG, et al. COVID-19 status among care homes related to care home size and age. *J Am Med Dir Assoc.* [submitted]
- 234.** Butler P. Protective equipment being diverted from care homes to hospitals, say bosses. *The Guardian.* March 30, 2020; Available from: <https://www.theguardian.com/world/2020/mar/30/protective-equipment-being-diverted-from-care-homes-to-hospitals-say-bosses>. [Accessed June 25, 2020].
- 235.** Eaton J. Nursing Home Workers Face Coronavirus With Low Pay, Inadequate Protection. *AARP.* April 29, 2020; Available from: <https://www.aarp.org/caregiving/health/info-2020/nursing-home-workers-during-coronavirus.html>. [Accessed June 25, 2020].
- 236.** Diamantis S, Noel C, Vignier N, et al. SARS-cov-2 related deaths in French long-term care facilities: the “confinement disease” is probably more deleterious than the COVID-19 itself. *J Am Med Dir Assoc.* 2020. doi: 10.1016/j.jamda.2020.04.023
- 237.** Dosa D, Jump RLP, LaPlante K, et al. 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
- 238.** D’Adamo H. Coronavirus Disease19 in Geriatrics and Long-Term Care: An Update. *J Am Geriatr Soc.* 2020. doi: 10.1111/jgs.16464
- 239.** Chih-Cheng L, Jui-Hsiang W, Wen-Chien K, et al. COVID-19 in long-term care facilities: An upcoming threat that cannot be ignored. *Journal of Microbiology, Immunology and Infection.* 2020;53(3):444-446. doi: 10.1016/j.jmii.2020.04.008
- 240.** Comas-Herrera A, Ashcroft EC, Lorenz-Dant K. “International examples of measures to prevent and manage COVID-19 outbreaks in residential care and nursing home settings”: International Long Term Care Policy Network; May 2020. Available from: <https://ltccovid.org/wp-content/uploads/2020/05/International-measures-to-prevent-and-manage-COVID19-infections-in-care-homes-11-May-2.pdf>
- 241.** Estabrooks C, Flood C, Straus S. We must act now to prevent a second wave of long-term care deaths. *The Globe and Mail.* June 10, 2020; Available from: <https://www.theglobeandmail.com/opinion/article-we-must-act-now-to-prevent-a-second-wave-of-long-term-care-deaths/>. [Accessed June 25, 2020].
- 242.** Graham-McLay C. New Zealand drops Covid-19 restrictions after nation declared ‘virus-free’. *The Guardian.* June 8, 2020; Available from: <https://www.theguardian.com/world/2020/jun/08/new-zealand-abandons-covid-19-restrictions-after-nation-declared-no-cases>. [Accessed June 12, 2020].
- 243.** BBC News. New Zealand’s first Covid cases in 24 days came from UK. *BBC News.* June 16, 2020; Available from: <https://www.bbc.com/news/world-asia-53059633>. [Accessed June 18, 2020].
- 244.** Low LF. “The Long-Term Care COVID-19 Situation in Australia”: International Long Term Care Policy Network; April 2020. Available from: <https://ltccovid.org/wp-content/uploads/2020/04/Australia-LTC-COVID19-situation-24-April-2020.pdf>
- 245.** Kim H. “The impact of COVID-19 on long-term care in South Korea and measures to address it”: International Long Term Care Policy Network; May 2020. Available from: <https://ltccovid.org/wp-content/uploads/2020/05/The-Long-Term-Care-COVID19-situation-in-South-Korea-7-May-2020.pdf>

Pièce jointe 1. Rapports, enquêtes, commissions et autres examens des soins de longue durée

2020

1. Accreditation Canada and Health Standards Organization. COVID-19 Infection Prevention and Control Practices in Long-Term Care, Residential and Retirement Homes. Qmentum; Ottawa, ON; 2018. Available from: https://store.accreditation.ca/products/covid-19-long-term-care?_pos=2&_sid=21a98f3a9&_ss=r
2. Armstrong P, Armstrong H, Choiniere J, et al. Re-imagining Long-term Residential Care in the COVID-19 Crisis. Canadian Centre for Policy Alternatives; 2020. Available from: <https://www.policyalternatives.ca/publications/reports/re-imagining-long-term-residential-care-covid-19-crisis>
3. Suarez-Gonzalez A, Livingston G, Comas-Herrera A. The impact of the COVID-19 pandemic on people living with dementia in UK. International Long Term Care Policy Network; 2020. Available from: <https://ltccovid.org/2020/06/01/updated-report-the-impact-of-the-covid-19-pandemic-on-people-living-with-dementia-in-uk/>
Additional Country Reports: <https://ltccovid.org/country-reports-on-covid-19-and-long-term-care/>
4. Berloto S, Notarnicola E, Perobelli E, et al. Italy: Data on mortality of nursing home residents and staff linked to the COVID-19 pandemic. International Long Term Care Policy Network; 2020. Available from: <https://ltccovid.org/2020/06/01/italy-data-on-mortality-of-nursing-home-residents-and-staff-linked-to-the-covid-19-pandemic/>
5. The Council on Aging of Ottawa. Long-Term Care in Ottawa: We Need Change Now; 2020. Available from: <https://coottawa.ca/wp-content/uploads/documents/COA-Position-on-LTC-FINAL-2020.pdf>
6. 4th Canadian Division Joint Task Force (Central). OP LASER – JTFC Observations in Long Term Care Facilities in Ontario; Toronto, ON; 2020. Available from: <https://www.macleans.ca/wp-content/uploads/2020/05/JTFC-Observations-in-LTCF-in-ON.pdf>.
7. 2nd Canadian Division and Joint Task Force (East). Observations sur le centres d’herbergement de Soins Longues Durées de Montreal. Montreal, QC; 2020. Available from: https://cdn-contenu.quebec.ca/cdn-contenu/sante/documents/Problemes_de_sante/covid-19/Rapport_FAC/Observation_FAC_CHSLD.pdf?1590587216.
8. Hsu AT, Lane N, Sinha S, et al. Impact of COVID-19 on Residents on Canada’s Long-term Care Homes – Ongoing Challenges and Policy Responses. International Long Term Care Policy Network; 2020. Available from: https://ltccovid.org/wp-content/uploads/2020/05/LTCCovid-country-reports_Canada_Hsu-et-al_May-10-2020-2.pdf
9. International Longevity Centre Canada. Protecting Human Rights During and After COVID-19: Challenges to the human rights of older people in Canada; 2020. Available from: https://www.ilccanada.org/images/Final_Independent_Expert_on_Aging_-_report_on_the_Pandemic_in_Canada__202006_10_FINAL-converted.pdf
10. Office of the Seniors Advocate British Columbia. A Billion Reasons To Care: A Funding Review of Contracted Long-Term Care in B.C.; 2020. Available from: <https://www.seniorsadvocatebc.ca/app/uploads/sites/4/2020/02/ABillionReasonsToCare.pdf>
11. Registered Nurses’ Association of Ontario. Enhancing Community Care for Ontarians (ECCO) 3.0; 2020. Available from: <https://rnao.ca/policy/ecco-30-enhancing-community-care-ontarians>
12. OECD. Who Cares? Attracting and Retaining Care Workers for the Elderly, OECD Health Policy Studies, OECD Publishing, Paris; 2020. Available from: <https://doi.org/10.1787/92c0ef68-en>.

2019

13. Gillese EE. The Public Inquiry into the Safety and Security of Residents in the Long-Term Care Homes System (The Wetlauffer Report); 2019.
 - a. Volume 1: Executive Summary and Consolidated Recommendations. Available from: http://longtermcareinquiry.ca/wp-content/uploads/LTCL_Final_Report_Volume1_e.pdf
 - b. Volume 2: A Systematic Inquiry into the Offences. Available from: http://longtermcareinquiry.ca/wp-content/uploads/LTCL_Final_Report_Volume2_e.pdf
 - c. Volume 3: A Strategy for Safety. Available from: http://longtermcareinquiry.ca/wp-content/uploads/LTCL_Final_Report_Volume3_e.pdf
 - d. Volume 2: The Inquiry Process. Available from: http://longtermcareinquiry.ca/wp-content/uploads/LTCL_Final_Report_Volume4_e.pdf
14. OLTCA. This is Long-Term Care 2019: The impact of dementia, New evidence about quality of care, The need for more staff. Toronto, ON: Ontario Long-Term Care Association; 2019. Available from: <https://www.oltca.com/OLTCA/Documents/Reports/TILTC2019web.pdf>
15. Sinha S, Dunning J, Nauth S, et al. Enabling the Future Provision of Long-Term Care in Canada. Toronto, ON: National Institute on Ageing White Paper; 2019. Available from: <https://static1.squarespace.com/static/5c2fa7b03917eed9b5a436d8/t/5d9de15a38dca21e46009548/1570627931078/Enabling+the+Future+Provision+of+Long-Term+Care+in+Canada.pdf>
16. MacDonald BJ, Wolfson M, Hirdes JP. The Future Cost of Long-Term Care in Canada. National Institute on Ageing, Ryerson University; 2019. Available from: <https://static1.squarespace.com/static/5c2fa7b03917eed9b5a436d8/t/5dbadf6ce6598c340ee6978f/1572527988847/The+Future+Cost+of+Long-Term+Care+in+Canada.pdf>
17. BC Care Providers Association. Filling the Gap: Determining Appropriate Staffing & Care Levels for Quality in Long Term Care; 2019. Available from: <https://bccare.ca/wp-content/uploads/2019/03/Filling-the-Gap-March-2019.pdf>

18. Ontario Health Coalition. Situation Critical: Planning, Access, Levels of Care and Violence in Ontario's Long-Term Care; 2019. Available from: <http://www.ontariohealthcoalition.ca/wp-content/uploads/FINAL-LTC-REPORT.pdf>
19. Registered Nurses' Association of Ontario. A better approach to long-term care in Ontario; 2019. Available from: <https://qpor.rnao.ca/sites/default/files/A%20better%20approach%20to%20long-term%20care%20bulletin%202019.pdf>
20. Ontario Ministry of Long-Term Care. Food and Nutrition in Long-Term-Care Homes; 2019. Available from: https://www.auditor.on.ca/en/content/annualreports/arreports/en19/v1_305en19.pdf
21. Keefe J, Smith CA, Archibald G. Minister's Expert Advisory Panel on Long-Term Care: Recommendations. Queen's Printer for Ontario; 2019. Available from: <https://novascotia.ca/dhw/publications/Minister-Expert-Advisory-Panel-on-Long-Term-Care.pdf>
22. The B.C. Ombudsman. The Best of Care: Getting it Right for Seniors in British Columbia: Investigative Update; February 2019. Available from: <https://bcombudsperson.ca/assets/media/BOC-2-Systemic-Update-2019.pdf>
2019 Investigative Update Table <https://bcombudsperson.ca/assets/media/FINAL-BOC2-Update-table-2019.pdf>
Part 2 (Part 1 see 2009)
<https://bcombudsperson.ca/assets/media/Public-Report-No-47-The-Best-of-Care-Volume-1-1.pdf>
<https://bcombudsperson.ca/assets/media/Public-Report-No-47-The-Best-of-Care-Volume-2.pdf>
Fact sheet: https://bcombudsperson.ca/assets/media/FACT_Sheet_PDF_01_02_12.pdf
23. AdvantAge Ontario. Igniting Change: 2019-2024 Strategic Plan; 2019. Available from: <file:///Users/trinathorne/Desktop/White%20Paper/Igniting-Change-2019-2024-Strategic-Plan.pdf>

2018

24. Armstrong P, Lowndes R. Negotiating Tensions in Long-Term Residential Care. Montreal, QC: RR Donnelley; 2018. Available from: <https://www.policyalternatives.ca/publications/reports/negotiating-tensions-long-term-residential-care>
25. Manitoba Nurses Union. The Future of Long-Term Care is Now: Addressing nursing care needs in Manitoba's Personal Care Homes. Winnipeg, MB: Manitoba Nurses Union; 2018. Available from: <https://manitobanurses.ca/system/files/MNU-Long%20Term%20Care%20Report%202018.pdf>
26. Braedley S, McWhinney T, Barclay A, et al. Crumbling Away: Saskatchewan Long-Term Residential Care Policy and Its Consequences. CUPE; 2018. Available from: https://cupe.ca/sites/cupe/files/report_crumbling_away_sk_long-term_residential_care_policy_and_its_consequences_cupe_local_5430_2019_11.pdf
27. Canadian Health Coalition. Ensuring Quality Care For All Seniors. Ottawa, ON: CHA; 2018. Available from: <http://www.healthcoalition.ca/wp-content/uploads/2018/11/Seniors-care-policy-paper-.pdf>
28. UN Women. Long-Term Care for Older People, Policy Brief No. 9. New York, NY: UN Women; 2018. Available from: <https://www.unwomen.org/-/media/headquarters/attachments/sections/library/publications/2017/un-women-policy-brief-09-long-term-care-for-older-people-en.pdf?la=en&vs=1608>
29. OECD. Care Needed: Improving the Lives of People with Dementia. OECD Health Policy Studies; 2018. Available from: <https://www.oecd.org/health/care-needed-9789264085107-en.htm>
30. MOHLTC. Long-Term-Care Home Quality Inspection Program Standing Committee on Public Accounts Follow-Up on Section 3.09, 2015 Annual Report; 2018. Available from: https://www.auditor.on.ca/en/content/annualreports/arreports/en18/v2_304en18.pdf

2017

31. Canadian Association for Long Term Care. Caring for Canada's Seniors: Recommendations for meeting the needs of an aging population; 2017. Available from: https://caltc.ca/wordpress/wp-content/uploads/2017/01/Caring-for-Canadas-Seniors_CALTC.pdf
32. Gibbard R. Sizing Up the Challenge: Meeting the Demand for Long-Term Care in Canada. The Conference Board of Canada; 2017. Available from: https://www.cma.ca/sites/default/files/2018-11/9228_Meeting%20the%20Demand%20for%20Long-Term%20Care%20Beds_RPT.pdf
33. Pot AM, Briggs AM, Beard JR. Healthy Ageing and the need for a Long-term care system, Backgrounder Paper No. 3. World Health Organization; 2017. Available from: <https://www.who.int/ageing/health-systems/icope/icope-consultation/ICOPE-Global-Consultation-Background-Paper-3.pdf?ua=1>
34. Government of Ontario. Aging with Confidence Ontario Action Plan for Seniors; 2017. Available from: https://files.ontario.ca/ontarios_seniors_strategy_2017.pdf
35. Armstrong P, Daly T. Exercising Choice in Long-Term Residential Care; 2017. Available from: https://www.policyalternatives.ca/sites/default/files/uploads/publications/National%20Office/2017/10/Exercising%20Choice%202017_final.pdf
36. British Columbia Ministry of Health. Residential Care Staffing Review; 2017. Available from: <https://www.health.gov.bc.ca/library/publications/year/2017/residential-care-staffing-review.pdf>

2016

37. Registered Nurses' Association of Ontario. Mind the Safety Gap in Health System Transformation: Reclaiming the Role of the RN; 2016. Available from: https://rnao.ca/sites/rnao-ca/files/HR_REPORT_May11.pdf
38. Office of the Seniors Advocate British Columbia. Resident to Resident Aggression in B.C. Care Homes; 2016. Available from: <https://www.seniorsadvocatebc.ca/app/uploads/sites/4/2016/06/SA-ResidentToResidentAggressionReview-2016.pdf>

- 39.** The Quebec Ombudsman. Private seniors' residences: more than just rental businesses; 2016. Available from https://protecteurducitoyen.qc.ca/sites/default/files/pdf/rapports_speciaux/2016-06-16_senior-rights-private-residences-summary.pdf
- 40.** Thraves L. Fix Dementia Care: NHS and care homes. Alzheimer's Society. London, England; 2016. Available from: https://www.alzheimers.org.uk/sites/default/files/migrate/downloads/fix_dementia_care_nhs_and_care_homes_report.pdf
- 41.** Canadian Medical Association. The State of Seniors health Care in Canada; 2016. Available from: <https://www.cma.ca/sites/default/files/2018-11/the-state-of-seniors-health-care-in-canada-september-2016.pdf>

2015

- 42.** Armstrong P, Armstrong H, Choiniere J. Before It's Too Late: A National Plan for Safe Seniors' Care. Ottawa, ON: The Canadian Federation of Nurses Unions; 2015. Available from: https://nursesunions.ca/wp-content/uploads/2017/05/CFNU-Seniors-Book-2015_FINAL.pdf
- 43.** Curry P. Broken Homes: Nurses speak out on the state of long-term care in Nova Scotia and chat a course for a sustainable future. Nova Scotia Nurses Union; 2015. Available from: <https://www.nsnu.ca/sites/default/files/Broken%20Homes%20Report%20Full.pdf>
- 44.** Auditor General of Ontario. Long-Term-Care Home Quality Inspection Program Standing Committee on Public Account; Section 3.09, 2015 Annual Report; 2015. Available from: <https://www.auditor.on.ca/en/content/annualreports/arreports/en15/3.09en15.pdf>
- 45.** Kary M. Strengthening Seniors Care delivery in BC. BC Care Providers Association; 2015. Available from: <https://bccare.ca/wp-content/uploads/BCCPA-White-Paper-QulC-FINAL-2015.pdf>

2013

- 46.** Bower SS, Campanella D. From Bad to Worse: Residential Elder Care in Alberta. Parkland Institute; 2012. Available from: <https://s3-us-west-2.amazonaws.com/parkland-research-pdfs/frombadtoworse.pdf>
- 47.** OECD. A Good Life in Old Age?: Monitoring and Improving Quality in Long-term Care. OECD Health Policy Studies; 2013. Available from: <https://www.oecd.org/health/a-good-life-in-old-age-9789264194564-en.htm>
- 48.** CIHI. When a Nursing Home Is a Home: How Do Canadian Nursing Homes Measure Up on Quality? CIHI; 2013. Available from: https://secure.cihi.ca/free_products/CCRS_QualityinLongTermCare_EN.pdf
- 49.** Long-Term Care Task Force On Resident Care and Safety. Progress Report - Delivering on the Action Plan to Address Abuse and Neglect in Long-Term Care Homes; 2013. Available from: https://neltoolkit.rnao.ca/sites/default/files/Long-Term%20Care%20Task%20Force%20on%20Resident%20Care%20and%20Safety_Progress%20Report_2013.pdf

2012

- 50.** Donner, G. Amodeo J, Armstrong H, Armstrong P, et al. Long-Term Care Task Force on Resident Care and Safety. An Action Plan to Address Abuse and Neglect in Long-Term Care Homes. 2012 p. 1-110. Available from: <http://www.eapon.ca/wp-content/uploads/2015/01/LTCFTReportEnglish.pdf>
- 51.** Sinha, SK. Living Longer, Living Well Report. Submitted to the Minister of Health and Long-Term Care and the Minister Responsible for Seniors on recommendations to Inform a Seniors Strategy for Ontario; 2012. Available from: http://rehabcarealliance.ca/uploads/File/knowledgeexchange/seniors_strategy_full_20report.pdf
- 52.** Long Term Care Innovation Expert Panel. WHY NOT NOW? A Bold, Five-Year Strategy for Innovating Ontario's System of Care for Older Adults; 2012. Available from: https://www.olca.com/olca/Documents/Reports/WhyNotNowFULL_March2012.pdf
- 53.** Registered Nurses' Association of Ontario. Submission to the Government of Ontario's Seniors Care Strategy; 2012. Available from: https://rnao.ca/sites/rnaoca/files/RNAOs_Submission_to_the_Government_of_Ontarios_Seniors_Care_Strategy_-_Sept._6.pdf
- 54.** The B.C. Ombudsman. The Best of Care: Getting it Right for Seniors in British Columbia (Part 2). Public Report No. 47. 2012. Available from: <https://bcombudsperson.ca/assets/media/Public-Report-No-47-The-Best-of-Care-Getting-it-Right-for-Seniors-in-BC-Part-2-Overview.pdf>

2011

- 55.** The Conference Board of Canada. Element of an Effective Innovation Strategy for long Term Care in Ontario. The Conference Board of Canada; 2011. Available from: <https://neltoolkit.rnao.ca/sites/default/files/Elements%20of%20an%20Effective%20Innovation%20Strategy%20for%20Long%20Term%20Care%20in%20Ontario%202011.pdf>
- 56.** Colombo F, et al. Help Wanted?: Providing and Paying for Long-Term Care. OECD Health Publishing. Paris; 2011. Available from: <https://www.oecd.org/health/health-systems/help-wanted-9789264097759-en.htm>
- 57.** Registered Nurses' Association of Ontario. Response to the Ontario Seniors' Secretariat on: Initial Draft Regulations under the Retirement Homes Act, 2010; 2011. Available from: https://rnao.ca/sites/rnao-ca/files/response_to_Initial_Draft_Regulations_under_Retirement_Homes_Act_Final_110408.pdf
- 58.** Registered Nurses' Association of Ontario. Response to the Ontario Seniors' Secretariat on: Phase Two of the Initial Draft Regulations under the Retirement Homes Act, 2010; 2011. Available from: https://rnao.ca/sites/rnao-ca/files/RNAO_response_to_Phase_Two_of_Proposed_Initial_Draft_Regulations_under_Retirement_Homes_Act.pdf

59. Silversides A. Long-Term Care in Canada: Status Quo No Option. Ottawa, ON: The Canadian Federation of Nurses Unions; 2011. Available from: https://nursesunions.ca/wp-content/uploads/2017/07/long_term_care_paper.final__0.pdf

2010

60. Registered Nurses' Association of Ontario. Position Statement: Strengthening Client Centered Care in Long-Term Care; 2010. Available from: https://rnao.ca/sites/rnao-ca/files/Position_Statement_LTC_client_centred_care.pdf

2009

61. The B.C. Ombudsman. The Best of Care: Getting it Right for Seniors in British Columbia (Part 1). Public Report No. 46. 2009. Available from: https://www.heu.org/sites/default/files/uploads/public_report_no_46.pdf

62. Canadian Health Care Association. New Directions for Facility-Based Long Term Care. Ottawa, ON: Canadian Healthcare Association; 2009. Available from: https://www.healthcarecan.ca/wp-content/themes/camyno/assets/document/PolicyDocs/2009/External/EN/NewDirectionsLTC_EN.pdf

63. Government of New Brunswick. Being There for Seniors: Our Progress in Long-Term Care, New Brunswick's long-term care strategy. Province of New Brunswick; 2009. Available from: <https://www.electionsnb.ca/content/dam/gnb/Departments/sd-ds/pdf/LTC/LongTermCareProgress-e.pdf>

64. Fujisawa R, Colombo F. The Long-Term Care Workforce: Overview and Strategies to Adapt Supply to a Growing Demand, No. 44. OECD Health Working Papers; 2009. Available from: https://read.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/the-long-term-care-workforce-overview-and-strategies-to-adapt-supply-to-a-growing-demand_225350638472#page1

65. Registered Nurses' Association of Ontario. Response to the Minister of Health and Long-Term Care on: Part 2 of the Draft Regulation under the Long-Term Care Homes Act, 2007; 2009. https://rnao.ca/sites/rnao-ca/files/storage/related/5625_RNAO_response_to_2nd_LTCHA_draft_regulation_Oct_15_2009_-_FINAL.pdf

66. Registered Nurses' Association of Ontario. Response to the Minister of Health and Long-term Care on: Initial Draft Regulation under the Long-Term Care Homes Act, 2007; 2009. Available from: https://rnao.ca/sites/rnao-ca/files/storage/related/5149_RNAO_response_to_LTCHA_draft_regulation_June_5,_2009_-_FINAL_VERSION.pdf

67. Auditor General's Report. Infection Prevention and Control at Long-term-care Homes Follow-up on VFM Section 3.06, 2009 Annual Report; 2009. Available from: <https://www.auditor.on.ca/en/content/annualreports/arreports/en09/306en09.pdf>

68. Special Senate Committee on Aging: Final Report, Canada's Aging Population: Seizing the opportunity. Ottawa, ON; 2009. Available from: <https://sencanada.ca/content/sen/Committee/402/agei/rep/AgingFinalReport-e.pdf>

2008

69. Ascent Strategy Group. Final Summary Report: Trends, Projections and Recommended Approaches to Delivery of Long-term Care in the Province of Prince Edward Island 2007-2017; 2008. Available from: http://www.gov.pe.ca/photos/original/doh_ascentsum.pdf

70. Canadian Nurses Association. Policy Brief #4, HHRP issues: A series of policy options the long-term care environment: Improving outcomes through staffing decisions; 2008. Available from: https://www.cna-aicc.ca/-/media/cna/page-content/pdf-en/hhr_policy_brief4_2008_e.pdf?la=en&hash=93F2B15A779007E26F4D4E823492518AEF4DD7EC

71. Sharkey S. People Caring for People: Impacting the Quality of Life and Care of Residents of Long-Term Care Homes; 2008. Available from: https://www.hhr-rhs.ca/index.php?option=com_mtree&task=att_download&link_id=5987&cf_id=68&lang=en

72. Government of New Brunswick. Be independent. Longer. New Brunswick's Long-Term Care Strategy; 2008. Available from: <https://voixfemmesnb-voiceswomennb.ca/content/dam/gnb/Departments/sd-ds/pdf/LTC/LongTermCareStrategy-e.pdf>

2007

73. Government of Alberta. Health Workforce Action Plan, 2007-2016: Addressing Alberta's Health Workforce Shortages; 2007. Available from: <https://open.alberta.ca/dataset/1640ef36-3c69-44f1-bc0f-e38f720f4a/resource/2293ff63-7af6-4a78-9518-647142e009d3/download/workforce-action-plan-2007.pdf>

74. National Union of Public and General Employees (NUPGE). Dignity Denied: Long-Term Care and Canada's Elderly; 2007. Available from: https://nupge.ca/sites/default/files/publications/Medicare/Dignity_Denied.pdf

75. Institute for the Future of Aging Services. The Long-Term Care Workforce: Can the Crisis be Fixed?: Problems, Causes and Options. IFAS; 2007. Available from: <https://americanprogress.org/wp-content/uploads/events/2007/07/pdf/workforce.pdf>

76. Registered Nurses Association of Ontario. Staffing and Care Standards for Long-Term Care Homes Submission to the Ministry of Health and Long-Term Care. Registered Nurses' Association of Ontario; 2007. Available from: https://rnao.ca/sites/rnao-ca/files/storage/related/3163_RNAO_submission_to_MOHLTC_-_Staffing_and_Care_Standards_in_LTC_-_Dec_21_20071.pdf

77. Special Senate Committee on Aging: First Interim Report, Embracing the Challenge of Aging. Ottawa, ON; 2007. Available from: <https://sencanada.ca/content/sen/Committee/391/agei/rep/repintfeb07-e.pdf>

2006

78. Office of the Chief Coroner, Ontario. Report on the inquest into the deaths of Ezzeldine El Roubi and Pedro Lopez; 2006. Available from: http://longtermcareinquiry.ca/wp-content/uploads/Exhibit-135_Report-on-the-inquest-into-the-deaths-of-Ezzeldine-El-Roubi-and-Pedro-Lopez.pdf
79. Manitoba Nurses' Union. Long-term Care In Manitoba A Report Prepared By The Manitoba Nurses' Union, December 2006. Winnipeg, MB; 2006. Available from: https://www.cbc.ca/manitoba/features/nursinghomes/union_report.pdf
80. Murphy JM. Residential care quality: A review of the literature on nurse and personal care staffing and quality of care. Prepared for: Nursing Directorate British Columbia Ministry of Health; 2006. Available from: <https://www.health.gov.bc.ca/library/publications/year/2006/residential-care-quality-a-review-of-the-literature-on-nurse-and-personal-care-staffing-and-quality-of-care.pdf>

2005

81. OCED. The OCED Health Project: Long-term Care for Older People. Paris, France: Organisation for Economic Co-Operation and Development; 2005. Available from: https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/long-term-care-for-older-people_9789264015852-en
82. National Advisory Council on Aging. Press Release: NACA demands improvement to Canada's long term care institutions. Ottawa, ON: National Advisory Council on Aging; 2005. Available from: http://catalogue.iugm.qc.ca/GEIDFile/21207_e.PDF?Archive=190255791843&File=21207_e_PDF
83. Dunn F. Report of the auditor general on seniors care and programs. Edmonton, AB: Auditor General; 2005. Available from: <http://www.assembly.ab.ca/lao/library/egovdocs/2005/alau/148684.pdf>
84. WHO. Key Policy Issues in Long-Term Care. Geneva: World Health Organization; 2003. Available from: https://www.who.int/chp/knowledge/publications/policy_issues_ltc.pdf

2004

85. Institute of Medicine (IOM). Keeping patients safe: Transforming the work environment of nurses. Washington, DC: National Academies Press; 2004.
86. Smith M. Commitment to Care: A Plan for Long-Term Care in Ontario; 2004. Available from: <https://collections.ola.org/mon/8000/243624.pdf>

2002

87. Commission on the Future of Health Care in Canada. Building on Values: The Future of Health Care in Canada. National Library of Canada; 2002. Available from: <https://qspace.library.queensu.ca/bitstream/handle/1974/6882/BuildingOnValues.pdf?sequence=5>
88. WHO. Current and Future Long-term Care Needs. World Health Organization; 2002. Available from: https://www.who.int/chp/knowledge/publications/ltc_needs.pdf
89. WHO. Lessons for Long-term Care Policy. World Health Organization; 2002. Available from: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/67275/WHO_NMH7CC-?sequence=1
90. Ontario Health Coalition. Ownership Matters: Lessons Learned from Long-Term Care Facilities; 2002. Available from: <http://www.ontariohealthcoalition.ca/wp-content/uploads/Full-Report-May-2002-Ownership-Matters.pdf>

2001

91. Institute of Medicine (IOM). Improving the quality of long-term care. Washington, DC: National Academies Press; 2001. Available from: <https://www.nap.edu/download/9611>
92. Report of a study to review level of service and responses to need in a sample of long term care facilities and selected comparators; 2001. Available from: http://longtermcareinquiry.ca/wp-content/uploads/Exhibit-158_Price-Waterhouse-Coopers-Report-of-a-Study-to-Review-Levels-of-Service-and-Responses-January-11-2001.pdf

2000

93. Office of the Provincial Auditor. Special Report: Accountability and Value for Money. Chapter 4: Follow-up to Recommendations in the 1998 Annual Report; 2000. Available from: <https://www.auditor.on.ca/en/content/annualreports/arreports/en00vfm/4en00vfm.pdf>

Pre-2000

94. Nursing Task Force, Ontario. Good Nursing, Good Health: An Investment for the 21st Century; 1999. Available from: http://www.health.gov.on.ca/en/common/ministry/publications/reports/nurserep99/nurse_rep.aspx
95. Office of the Provincial Auditor. Annual Report: Long-term Care Community Services Activity. Ministry of Health Annual Report; 1998. Available from: <https://www.auditor.on.ca/en/content/annualreports/arreports/en98/305en98.pdf>

- 96.** Institute of Medicine, Committee on the Adequacy of Nurse Staffing in Hospitals and Nursing Homes (IOM). Nursing staff in hospitals and nursing homes: Is it adequate? Washington, DC: National Academies Press; 1996. Available from: <https://www.nap.edu/read/5151/chapter/3#21>
- 97.** Van Nostrand JF, Howe AL, Havens B, et al. Overview of Long-term Care in Five Nations: Australia, Canada, The Netherlands, Norway, and The United States. U.S. Department of Health & Human Services; 1995. Available from: <https://aspe.hhs.gov/basic-report/overview-long-term-care-five-nations-australia-canada-netherlands-norway-and-united-states>
- 98.** Shield RR. Uneasy endings: Daily life in an American nursing home. Ithaca, NY: Cornell University Press; 1988. Available from: <https://trove.nla.gov.au/version/45417001>
- 99.** Institute of Medicine (IOM). Improving the quality of care in nursing homes. Washington, DC: National Academies Press; 1986.
- 100.** Hyde HA. Report and Recommendations - Alberta Nursing Home Review Panel. Edmonton, AB: Alberta Nursing Home Review Panel.; 1981.
- 101.** Vladeck BC. Unloving care: The nursing home tragedy. New York: Basic Books; 1980.
- 102.** Baum DJ. Warehouses for death: The nursing home industry. Don Mills, ON: Burns and McEachern; 1977.
- 103.** Moss FE, Halamandaris VJ. Too old, too sick, too bad: Nursing homes in America. Germantown, MD: Aspen Systems; 1977.

Pièce jointe 2. Dix années de couverture médiatique sur les établissements de soins de longue durée

2020

1. 16 June 2020: Families sue Woodbridge Vista alleging long-term care home put profits ahead of residents. York Region. <https://www.yorkregion.com/news-story/10023452-families-sue-woodbridge-vista-alleging-long-term-care-home-put-profit-ahead-of-residents/>
2. 16 June 2020: Rosslyn Retirement Residence in Hamilton, Ont. has licence revoked amid deadly COVID-19 outbreak. Global News. <https://globalnews.ca/news/7070195/rosslyn-retirement-residence-licence-revoked-covid-19/>
3. 15 June 2020: Staff shortages, inadequate procedures led to spread of COVID-19 at Ontario nursing home, \$15M lawsuit alleges. CTV News. <https://toronto.ctvnews.ca/staff-shortages-inadequate-procedures-led-to-spread-of-covid-19-at-ontario-nursing-home-15m-lawsuit-alleges-1.4985307>
4. 10 June 2020: House of horrors: Escaping dementia patients, botched medications and bedbug allegations plague Rosslyn Retirement Residence. The Spec. <https://www.thespec.com/news/hamilton-region/2020/05/29/house-of-horrors-escaping-dementia-patients-botched-medications-and-bedbug-allegations-plague-rosslyn-retirement-residence.html>
5. 10 June 2020: Human rights group alleges Indigenous seniors neglected at Slave Lake continuing care facility. CBC News. <https://www.cbc.ca/news/canada/edmonton/human-rights-group-alleges-indigenous-seniors-neglected-at-slave-lake-continuing-care-facility-1.5605278>
6. 9 June 2020: Family reeling as senior dies of malnutrition, not COVID-19, inside long-term care home. CBC News. <https://www.cbc.ca/news/canada/toronto/ontario-long-term-care-death-1.5604030>
7. 9 June 2020: Families Warned Doug Ford About Orchard Villa Care Home For Weeks Before Scathing Military Report. The Huffington Post. https://www.huffingtonpost.ca/entry/orchard-villa-families-warned-doug-ford-weeks_ca_5ede8fd9c5b650addebb4975
8. 08 Jun 2020: 'More and more claims:' Pandemic lawsuits could tie up courts for years. The Canadian Press. The Sudbury Star (Online). 'More and more claims:' Pandemic lawsuits could tie up courts for years
9. 08 Jun 2020: 12 weeks apart: One family's COVID story. Telegraph-Journal. 12 weeks apart: One family's COVID story
10. 08 Jun 2020: All local long-term care outbreaks resolved; nine new community cases of COVID-19. Windsor Star. All local long-term care outbreaks resolved; nine new community cases of COVID-19
11. 08 Jun 2020: Another affront to seniors; Proposed change to lawsuits will harm most vulnerable. The Ottawa Sun. Another affront to seniors; Proposed change to lawsuits will harm most vulnerable
12. 08 Jun 2020: For-profit nursing homes have 17% fewer workers, data shows: Lower staffing levels raise concerns about quality of resident care. Toronto Star. For-profit nursing homes have 17% fewer workers, data shows: Lower staffing levels raise concerns about quality of resident care
13. 08 Jun 2020: George Brown College tackles long-term care crisis with new program to better prepare healthcare professionals. Canada News Wire. George Brown College tackles long-term care crisis with new program to better prepare healthcare professionals
14. 08 Jun 2020: Lack of oversight led whistle-blower to sound alarm on seniors home. The Globe and Mail. Lack of oversight led whistle-blower to sound alarm on seniors home
15. 08 Jun 2020: One new case of COVID in long-term care home. Daily Gleaner. One new case of COVID in long-term care home
16. 08 Jun 2020: Policies led to 'horrendous deaths'; Advocates ask why only 13 per cent of LTC COVID-19 patients got hospital care. The Ottawa Citizen. Policies led to 'horrendous deaths'; Advocates ask why only 13 per cent of LTC COVID-19 patients got hospital care
17. 08 Jun 2020: Staff member at Brampton long-term care home tests positive for COVID-19. The Brampton Guardian. Staff member at Brampton long-term care home tests positive for COVID-19
18. 8 June 2020: Surprise inspections reveal 'filthy' floors, uncleaned rooms, stool-stained blankets at Winnipeg nursing homes. CBC News. <https://www.cbc.ca/news/canada/manitoba/pch-covid-winnipeg-1.5596568>
19. 8 June 2020: 'From here to the box': Seniors voice terrifying concerns on long-term care amid COVID-19. Global News. <https://globalnews.ca/news/7022941/covid-19-seniors-voice-long-term-care-concerns/>
20. 8 June 2020: Troops could be called to testify in lawsuits against long-term care homes. Halifax Today. <https://www.halifaxtoday.ca/coronavirus-covid-19-national-news/troops-could-be-called-to-testify-in-lawsuits-against-long-term-care-homes-2417149>
21. 8 June 2020: After COVID-19's tragic toll, Canada must improve quality of life in long-term care homes. The Chronicle Herald. <https://www.thechronicleherald.ca/opinion/national-perspectives/after-covid-19s-tragic-toll-canada-must-improve-quality-of-life-in-long-term-care-homes-459457/>
22. 8 June 2020: Only 13% of Ontario's long-term care COVID patients went to hospital; advocates want to know why. Ottawa Citizen. <https://o.canada.com/diseases-and-conditions/coronavirus/only-13-of-ontarios-long-term-care-covid-patients-went-to-hospital-advocates-want-to-know-why/wcm/dacf0748-f49a-426b-98b2-bc800848adf4>
23. 7 June 2020: After COVID-19's tragic toll, Canada must improve quality of life in long-term care homes. The Conversation. <https://theconversation.com/after-covid-19s-tragic-toll-canada-must-improve-quality-of-life-in-long-term-care-homes-139763>

24. 7 June 2020: Canadian troops might be called to testify in lawsuits against long-term care homes. National Post. <https://nationalpost.com/news/troops-could-be-called-to-testify-in-lawsuits-against-long-term-care-homes>
25. 7 June 2020: Ontario LTC whistle-blower saw many incidents of verbal abuse and forced feeding. The Globe and Mail. <https://www.theglobeandmail.com/canada/article-ontario-ltc-whistle-blower-saw-many-incident-of-verbal-abuse-and/>
26. 7 June 2020: Troops could be called to testify in lawsuits against long-term care homes. The Globe and Mail. <https://www.theglobeandmail.com/canada/article-troops-could-be-called-to-testify-in-lawsuits-against-long-term-care-2/>
27. 5 June 2020: Operator to review whistle-blower's elder-abuse allegations. The Globe and mail. <https://search-proquest-com.login.ezproxy.library.ualberta.ca/canadiannews/docview/2409502792/14EB1E38E0674D4APQ/1?accountid=14474>
28. 5 June 2020: Ontario and B.C. long-term care operator to review elder abuse at facilities. The Globe and Mail. <https://www.theglobeandmail.com/canada/article-ontario-and-bc-long-term-care-operator-to-review-elder-abuse-at/>
29. 5 June 2020: Ontario's for-profit nursing homes — which have significantly higher rates of COVID-19 deaths — have 17% fewer workers, new Star analysis reveals. The Star. <https://www.thestar.com/business/2020/06/05/ontarios-for-profit-nursing-homes-which-have-significantly-higher-rates-of-covid-19-deaths-have-17-fewer-workers-new-star-analysis-reveals.html>
30. 5 June 2020: It's time to let families visit long-term care homes. The Globe and Mail. <https://www.theglobeandmail.com/canada/article-its-time-to-let-families-visit-long-term-care-homes/>
31. 4 June 2020: The impacts of isolating vulnerable long-term care residents during a pandemic. The Globe and Mail. <https://www.theglobeandmail.com/canada/article-coronavirus-update-the-impacts-of-isolating-vulnerable-long-term-care/>
32. 3 June 2020: Crisis exposed in long-term care. The Lucknow Sentinel. <https://search-proquest-com.login.ezproxy.library.ualberta.ca/canadiannews/docview/2408971593/2CF6B33853954B7FPQ/8?accountid=14474>
33. 3 Jun 2020: Province's patient ombudsman launches long-term-care probe: Office says 150 complaints about safety of residents and staff have been made. Waterloo Region Record Retrieved from: <https://login.ezproxy.library.ualberta.ca/login?url=https://search.proquest.com/docview/2408763986?accountid=14474>
34. 3 June 2020: What happened when families were blocked from Canada's long-term care homes. The Globe and Mail. <https://www.theglobeandmail.com/canada/article-what-happened-when-families-were-blocked-from-long-term-care-homes/>
35. 2 June 2020: Ontario's patient ombudsman investigating experiences at long-term care homes with coronavirus outbreaks. Global News. <https://globalnews.ca/news/7014777/coronavirus-ontario-patient-ombudsman-long-term-care-homes-investigation/>
36. 30 May 2020: 'This man knows he's dying as surely as I do': A doctor's dispatches from the NHS frontline. The Guardian. <https://www.theguardian.com/books/2020/may/30/this-man-knows-hes-dying-as-surely-as-i-do-a-doctors-dispatches-from-intensive-care>
37. 29 May 2020. Inspectors wouldn't go into long-term care homes fearing for their safety: Ford. The Daily Sentinel Review Retrieved from <https://login.ezproxy.library.ualberta.ca/login?url=https://search.proquest.com/docview/2407689148?accountid=14474>
38. 29 May 2020: Who owns the 5 Ontario long-term care homes cited by military for extreme neglect, abuse? Global News. <https://globalnews.ca/news/6998665/long-term-care-homes-ownership-coronavirus/>
39. 29 May 2020: Smith: Officers should be policing nursing homes instead of parks. Calgary Herald. <https://calgaryherald.com/opinion/columnists/smith-officers-should-be-policing-nursing-homes-instead-of-parks>
40. 28 May 2020: Lifting The Curtain On The Horror Of Nursing Homes In The Pandemic. Forbes. <https://www.forbes.com/sites/patriciagbarnes/2020/05/28/lifting-the-curtain-on-the-horror-of-nursing-homes-in-the-pandemic/#7fbbd7f250f0>
41. 28 May 2020: Reports on hardest hit CHSLDs allege rules and protocols not followed. Montreal Gazette. <https://montrealgazette.com/news/local-news/reports-on-hardest-hit-chslds-allege-rules-and-protocols-not-followed>
42. 28 May 2020: Leaving out long-term care was medicare's original sin — and we're paying for it now. CBC News. <https://www.cbc.ca/news/politics/seniors-long-term-care-pandemic-covid-coronavirus-1.5587387>
43. 28 May 2020: Most CHSLDs are regaining control, but military reports 'difficult situations'. Montreal Gazette. <https://montrealgazette.com/news/local-news/most-chslds-are-regaining-control-but-military-reports-difficult-situations/wcm/98e8f3a4-3ca4-4450-a584-33c2fe54cce4/>
44. 27 May 2020: Military findings shine grim light on abuse, neglect of seniors. <https://login.ezproxy.library.ualberta.ca/login?url=https://search-proquest-com.login.ezproxy.library.ualberta.ca/docview/2406864089?accountid=14474>
45. 27 May 2020: Staffing, protective equipment still a challenge in Quebec long-term care homes, military report says. CBC News. <https://www.cbc.ca/news/canada/montreal/quebec-caf-military-report-1.5586408>
46. 27 May 2020: 'Disturbing' Ont. long-term care home report doesn't come as surprise to families. CTV News. <https://www.ctvnews.ca/canada/disturbing-ont-long-term-care-home-report-doesn-t-come-as-surprise-to-families-1.4956366>
47. 27 May 2020: Ontario to take control of five long-term care homes after military report citing neglect, abuse. The Globe and Mail. <https://www.theglobeandmail.com/canada/article-ontario-to-take-control-of-five-long-term-care-homes-after-military/>
48. 27 May 2020: CHSLD: lack of personnel and equipment, denounces the army. La Presse. <https://www.lapresse.ca/covid-19/202005/27/01-5275229-chsld-manque-de-personnel-et-dequipement-denonce-larmee.php>
49. 27 May 2020: Military report reveals critical care gaps in Quebec nursing homes. The Globe and Mail. <https://www.theglobeandmail.com/canada/article-military-report-reveals-critical-care-gaps-in-quebec-nursing-homes/>
50. 27 May 2020: 'Deeply disturbing' report into Ontario care homes released. BBC News. <https://www.bbc.com/news/world-us-canada-52814435>
51. 27 May 2020: An in-depth look at five long-term care facilities observed by Canadian Armed Forces. The Globe and Mail. <https://www.theglobeandmail.com/canada/article-an-in-depth-look-at-five-long-term-care-facilities-observed-by/>

- 52.** 27 May 2020: Canadian Forces members report cases of alleged abuse in long-term care facilities. <https://ottawacitizen.com/news/national/defence-watch/canadian-forces-members-report-cases-of-alleged-abuse-in-long-term-care-facilities>
- 53.** 27 May 2020: Military preparing report on conditions at Quebec's CHSLDs. Montreal Gazette. <https://montrealgazette.com/news/local-news/an-inquiry-has-been-launched-into-covid-19s-toll-on-seniors-residences>
- 54.** 26 May 2020: Nursing Home Abuse: Report shocks provincial officials, but not experts. Ottawa Sun. <https://ottawasun.com/news/local-news/report-of-abuse-in-ontario-nursing-homes-shocks-provincial-officials-but-not-experts/wcm/00a1db71-1547-4639-bff4-2486a0ba6c69>
- 55.** 26 May 2020: Military reports 'shocking' conditions in Ontario nursing homes. Winnipeg Freepress. <https://www.winnipegfreepress.com/arts-and-life/life/health/feds-to-update-efforts-to-procure-covid-19-related-protective-equipment--570762552.html>
- 56.** 26 May 2020: Canadian military reports cases of alleged neglect and abuse at long-term care facilities. National Post. <https://nationalpost.com/news/national/defence-watch/canadian-forces-members-report-cases-of-alleged-abuse-in-long-term-care-facilities/wcm/24597ec5-7fc2-437e-b314-b40ea04fce32/>
- 57.** 26 May 2020: Canada's military exposes 'extremely troubling' conditions in Ontario long-term-care homes. St Catharines Standard. <https://www.stcatharinesstandard.ca/news-story/9997225-canada-s-military-exposes-extremely-troubling-conditions-in-ontario-long-term-care-homes/>
- 58.** 26 May 2020: The Armed Forces prepare a report on the CHSLDs in Quebec. La Presse. <https://www.lapresse.ca/covid-19/202005/26/01-5275077-les-forces-armees-preparent-un-rapport-sur-les-chsld-du-quebec.php>
- 59.** 26 May 2020: Canadian military releases 'deeply disturbing' report on Ontario long-term care facilities. The Globe and Mail. <https://www.theglobeandmail.com/politics/article-trudeau-ford-discuss-deeply-disturbing-canadian-forces-report-on/>
- 60.** 26 May 2020: The military's report details the horrors of Ontario long-term care homes. Shame on all of us for letting it happen. The Star. <https://www.thestar.com/opinion/star-columnists/2020/05/26/the-militarys-report-details-the-horrors-of-long-term-care-homes-shame-on-all-of-us-for-letting-it-happen.html>
- 61.** 26 May 2020: Infestations, sedation and neglect: Military report details 'horrific' living conditions in seniors' homes. The Globe and Mail. <https://www.theglobeandmail.com/canada/article-infestations-sedation-and-neglect-military-report-details-horrific/>
- 62.** 26 May 2020: Canada: neglected residents and rotten food found at care homes hit by COVID-19. The Guardian. <https://www.theguardian.com/world/2020/may/26/canada-care-homes-military-report-coronavirus>
- 63.** 26 May 2020: Military alleges horrific conditions, abuse in pandemic-hit Ontario nursing homes. CBC News. <https://www.cbc.ca/news/politics/long-term-care-pandemic-covid-coronavirus-trudeau-1.5584960>
- 64.** 26 May 2020: Inhumane Conditions in Long Term Care Homes. <https://search-proquest-com.login.ezproxy.library.ualberta.ca/canadiannews/docview/2406765086/2CF6B33853954B7FPQ/6?accountid=14474>
- 65.** 25 May 2020. Canada's Largest Union Launching Campaign to Make Long-term Care Public. Financial Post. <https://business.financialpost.com/pmn/press-releases-pmn/business-wire-news-releases-pmn/canadas-largest-union-launching-campaign-to-make-long-term-care-public>
- 66.** 12 May 2020. What's missing from discussions on nursing homes Healthy Debate. <https://healthydebate.ca/opinions/missing-discussions-nursing-homes>
- 67.** 26 Apr 2020: Elder abuse on rise; 'Profound neglect in care homes. <https://search-proquest-com.login.ezproxy.library.ualberta.ca/canadiannews/docview/2394743461/14EB1E38E0674D4APQ/2?accountid=14474>
- 68.** 15 Apr 2020: Ontario scaled back comprehensive, annual inspections of nursing homes to only a handful last year. CBC News. <https://www.cbc.ca/news/canada/seniors-homes-inspections-1.5532585>
- 69.** 15 Apr 2020: Owner of Gatineau seniors' home charged with sexually assaulting resident. <https://ottawa.ctvnews.ca/owner-of-gatineau-seniors-home-charged-with-sexually-assaulting-resident-1.4897677>
- 70.** 10 Apr 2020: 'It was so inhumane': Conditions in Dorval seniors' residence prompt investigation. <https://www.cbc.ca/news/canada/montreal/west-island-staff-covid-19-1.5528956>
- 71.** 22 Mar 2020. New safety measures ordered at long-term care homes. The Province Retrieved from <https://login.ezproxy.library.ualberta.ca/login?url=https://search.proquest.com/docview/2381279211?accountid=14474>
- 72.** 23 Feb 2020: Nursing home rationed diapers while residents suffered rashes, infections. CBC News. <https://www.cbc.ca/news/canada/edmonton/nursing-home-rations-senior-diapers-1.5470130>
- 73.** 29 Jan 2020: Missed meals, walks and toileting: U of A study reveals essential tasks missed in nursing home care. CBC News. <https://www.cbc.ca/news/canada/edmonton/nursing-homes-essential-care-aides-1.5444883>
- 74.** 26 Jan 2020: Staff at Extencicare nursing home abused woman before her death from dehydration, says report. CBC News. <https://www.cbc.ca/news/canada/edmonton/extencicare-nursing-home-death-dehydration-1.5436277>

2019

- 75.** 05 Dec 2019. Significant gaps in Ontario health-care system: AG. Daily Gleaner Retrieved from <https://login.ezproxy.library.ualberta.ca/login?url=https://search.proquest.com/docview/2321281136?accountid=14474>
- 76.** 14 Nov 2019: Here are 5 items on the Dufferin county council agenda that you should know about. The Midweek Banner Retrieved from <https://login.ezproxy.library.ualberta.ca/login?url=https://search.proquest.com/docview/2314640334?accountid=14474>
- 77.** 02 Nov 2019: Seniors' home confines 94-year-old blind woman to bedbug-infested room for 2 weeks. <https://www.cbc.ca/news/canada/british-columbia/woman-confined-bedbugs-sienna-senior-living-1.5342990>

- 78.** 13 Sep 2019. City-run LTC homes can't keep up with province's demands for compliance: Increased inspections due to safety concerns, says ministry. The Spectator Retrieved from <https://login.ezproxy.library.ualberta.ca/login?url=https://search.proquest.com/docview/2289421673?accountid=14474>
- 79.** 06 Aug 2019. Wettlaufer inquiry got it right, sort of; cultural shift needed to fix system, say John church and Amy Gerlock. The Ottawa Citizen Retrieved from <https://login.ezproxy.library.ualberta.ca/login?url=https://search.proquest.com/docview/2268906634?accountid=14474>
- 80.** 01 Aug 2019: Preventing future tragedies. CBC News. <https://www.cbc.ca/news/preventing-future-tragedies-1.5233027>
- 81.** 31 July 2019: 'Systemic vulnerabilities' let killer nurse Elizabeth Wettlaufer keep on killing — report. CBC News. <https://www.cbc.ca/news/canada/london/wettlaufer-inquiry-report-recommendations-woodstock-ontario-1.5231324>
- 82.** 06 Apr 2019: Risks to safety need attention. Chronicle - Herald Retrieved from <https://login.ezproxy.library.ualberta.ca/login?url=https://search.proquest.com/docview/2204296078?accountid=14474>
- 83.** 26 Mar 2019. Violence against long-term care staff 'normalized'. ScienceDaily. <https://www.sciencedaily.com/releases/2019/03/190326105637.htm>
- 84.** 26 Mar 2019. Violence in long-term care homes prompts fears of staffing crisis. CTV News. <https://www.ctvnews.ca/health/violence-in-long-term-care-homes-prompts-fears-of-staffing-crisis-1.4351965>
- 85.** 01 Feb 2019: Hidden-camera footage reveals overstretched nursing home staff struggling to care for residents. <https://www.cbc.ca/news/health/long-term-care-marketplace-hidden-camera-1.4988317>
- 86.** 01 Feb 2019: Nursing home hidden camera investigation: Understaffed and overworked. <https://www.youtube.com/watch?v=CpPkSWRdVT0>
- 87.** 21 Jan 2019: Calgary families sue Revera-owned nursing homes, alleging negligence and poor care. CBC News. <https://www.cbc.ca/news/canada/calgary/calgary-families-sue-revera-nursing-homes-negligence-1.4980501>
- 88.** 20 Jan 2019: At least 29 Ontario long-term care residents killed by fellow residents in 6 years. CBC News. <https://www.cbc.ca/news/health/long-term-care-residents-violence-deaths-killed-1.4985946>
- 89.** 7 Jan 2019: Families sue care homes, alleging neglect contributed to death of loved ones. CBC News. <https://www.cbc.ca/news/canada/manitoba/revera-care-home-lawsuits-manitoba-1.4960056>

2018

- 90.** 20 Dec 2018: Woman, 91, tied to chair at Haliburton Place nursing home. The Chronicle Herald. <https://www.thechronicleherald.ca/news/local/woman-91-tied-to-chair-at-haliburton-place-nursing-home-270260/>
- 91.** 25 Sept 2018: Nursing home abuse cases pile up, leaving heartbreak and betrayal. CBC News. <https://www.cbc.ca/news/canada/nova-scotia/abuse-long-term-care-homes-1.4834876>
- 92.** 24 Sept 2018: (Nova Scotia) Long-term care home investigations found 42 cases of abuse in 2017. CBC News. <https://www.cbc.ca/news/canada/nova-scotia/abuse-found-long-term-care-homes-investigations-1.4833147>
- 93.** 07 Sept 2018: Quebec Families Sue Over 'Deplorable' Nursing Home Conditions. <https://www.everythingzoomer.com/health/2018/09/07/quebec-families-sue-nursing-home/>
- 94.** 14 Jul 2018. Health, safety of seniors' care staff overlooked; high injury rates also hurt clients, Saleema Dhalia says. The Vancouver Sun Retrieved from <https://login.ezproxy.library.ualberta.ca/login?url=https://search.proquest.com/docview/2069701748?accountid=14474>
- 95.** 04 Jul 2018: Medical errors too common but patients are paving the way for change. The Lakeside Leader Retrieved from <https://login.ezproxy.library.ualberta.ca/login?url=https://search.proquest.com/docview/2094673114?accountid=14474>
- 96.** 03 Jul 2018. Cultural change needed to deal with medical errors: For every 18 hospitalizations, one patient will experience preventable harm, report says. Waterloo Region Record Retrieved from <https://login.ezproxy.library.ualberta.ca/login?url=https://search.proquest.com/docview/2064815713?accountid=14474>
- 97.** 15 Jun 2018: Death of woman hospitalized for 'horrific' bedsore sparks criminal investigation. <https://www.cbc.ca/news/canada/nova-scotia/police-death-long-term-care-facility-resident-1.4707513>
- 98.** 02 May 2018: Families sue Ontario long-term care providers over 'disgusting' neglect. <https://www.ctvnews.ca/health/families-sue-ontario-long-term-care-providers-over-disgusting-neglect-1.3912770>
- 99.** 30 Apr 2018: Sexual abuse at city nursing home initially unreported, AG finds. <https://www.cbc.ca/news/canada/ottawa/abuse-auditor-long-term-care-1.4641342>
- 100.** 27 Apr 2018. Care efficient?; health minister won't be swayed by nurses union recommendations. The Winnipeg Sun Retrieved from <https://login.ezproxy.library.ualberta.ca/login?url=https://search.proquest.com/docview/2081539772?accountid=14474>
- 101.** 24 Apr 2018. Two solitudes for elder care; retirement homes need public funds for seniors' health, blair roblin says. The Ottawa Citizen Retrieved from <https://login.ezproxy.library.ualberta.ca/login?url=https://search.proquest.com/docview/2030110641?accountid=14474>
- 102.** 10 Apr 2018. Family of villa beating victim launches \$9m suit. The Spectator Retrieved from <https://login.ezproxy.library.ualberta.ca/login?url=https://search.proquest.com/docview/2023356258?accountid=14474>
- 103.** 26 Mar 2018: 'It's disgusting': Senior's severe injuries result of nursing home neglect, says daughter. <https://www.cbc.ca/news/canada/nova-scotia/senior-neglect-nova-scotia-department-of-health-shannex-1.4590770>
- 104.** 26 Jan 2018: CBCs Market Place: A Marketplace hidden camera investigation reveals nursing home abuse and violence. https://www.youtube.com/watch?v=gk5iEo-s_6M
- 105.** 18 Jan 2018: Abuse: One of Canada's many senior care problems. <https://www.youtube.com/watch?v=xjiwhrgosEU>

106. 18 Jan 2018: Staff-to-resident abuse in long-term care homes up 148% from 2011. <https://www.cbc.ca/news/business/elderly-care-violence-marketplace-investigates-1.4493215>

2017

107. 22 Dec 2017: Health minister vows to ensure safety in long-term care. The Ottawa Citizen Retrieved from <https://login.ezproxy.library.ualberta.ca/login?url=https://search.proquest.com/docview/1979754231?accountid=14474>

108. 18 Dec 2017: Ottawa nursing homes have seen at least 163 cases of abuse since 2012 <https://ottawacitizen.com/news/local-news/more-than-2000-cases-of-non-compliance-and-163-cases-of-abuse-at-ottawa-long-term-care-homes/>

109. 9 Dec 2017: Fall raises training questions; care home had a history of breaking safety rules around transfers. The Ottawa Citizen Retrieved from <https://login.ezproxy.library.ualberta.ca/login?url=https://search.proquest.com/docview/1974699167?accountid=14474>

110. 26 Oct 2017: Details of abuse in nursing homes kept from public. CBC News. <https://www.cbc.ca/news/canada/new-brunswick/nb-nursing-home-abuse-1.4370131>

111. 25 Oct 2017: Reports reveal 46 abuse cases over 2 years in Nova Scotia nursing homes. CBC News. <https://www.cbc.ca/news/canada/nova-scotia/long-term-care-abuse-protection-for-persons-in-care-1.4368714>

112. 26 Sep 2017 Matters, W. M. (2017, Sep 26). Mistakes that cause suffering to patients at care facilities must be red-flagged. Sarnia Observer (Online) Retrieved from <https://login.ezproxy.library.ualberta.ca/login?url=https://search.proquest.com/docview/2195838568?accountid=14474>

113. 4 August 2017: Documents reveal another 2 nursing homes deaths due to pushing. CBC News. <https://www.cbc.ca/news/canada/nova-scotia/nursing-home-pushing-deaths-1.4235019>

114. 13 Jul 2017: Statement from the health minister. North Bay Nugget Retrieved from <https://login.ezproxy.library.ualberta.ca/login?url=https://search.proquest.com/docview/2227028261?accountid=14474>

115. 5 July 2017: Egan: Shocking elder-abuse case shows our shameful complacency. <https://ottawacitizen.com/news/local-news/egan-shocking-elder-abuse-case-shows-our-shameful-complacency>

116. 04 Jul 2017: 'Cruel treatment'; family shocked as care-home worker's 11 punches to senior caught on video. The Ottawa Citizen Retrieved from <https://login.ezproxy.library.ualberta.ca/login?url=https://search.proquest.com/docview/1915745672?accountid=14474>

117. 18 June 2017: Families say patients face 'neglect,' 'substandard care' in nursing home. <https://globalnews.ca/news/3537347/neglect-at-sault-ste-marie-nursing-home/>

118. 15 June 2017: One in ten older adults has been abused in the last month. CBC News. <https://www.cbc.ca/news/canada/british-columbia/one-in-ten-older-adults-has-been-abused-in-the-last-month-1.4162551>

119. 25 May 2017: Families sue nursing home giant for neglected care they claim loved ones suffered. <https://www.ctvnews.ca/w5/families-sue-nursing-home-giant-for-neglected-care-they-claim-loved-ones-suffered-1.3339708>

120. 23 May 2017: Workplace injuries hampering care for seniors; A third of employees are affected and that must change, says Jennifer Lyle. The Vancouver Sun Retrieved from <https://login.ezproxy.library.ualberta.ca/login?url=https://search.proquest.com/docview/1901619325?accountid=14474>

121. 16 May 2017: Grey matters: Mistreatment and abuse of patients in long-term care homes is anything but rare <https://nationalpost.com/news/canada/grey-matters-mistreatment-and-abuse-of-patients-in-long-term-care-homes-is-anything-but-rare>

122. 23 Jan 2017: Edmonton woman sues care facility for negligence after father's death. CBC News. <https://www.cbc.ca/news/canada/edmonton/edmonton-woman-sues-care-facility-for-negligence-after-father-s-death-1.3945320>

2016

123. 27 Jan 2016: Seniors' violence in B.C. care facilities claims 16 lives. CBC News. <https://www.cbc.ca/news/canada/british-columbia/seniors-death-violence-report-1.3422295>

124. 27 Jan 2016: B.C. seniors' advocate to probe deadly violence among care home residents. The Globe and Mail. <https://www.theglobeandmail.com/news/british-columbia/bc-seniors-advocate-to-probe-deadly-violence-among-care-home-residents/article28416846/>

125. 22 Dec 2017. Health minister vows to ensure safety in long-term care. The Ottawa Citizen Retrieved from <https://login.ezproxy.library.ualberta.ca/login?url=https://search.proquest.com/docview/1979754231?accountid=14474>

126. 01 Dec 2016. Politicians urged to back time to care act to set minimum 4-hour standard of daily care. The North Bay Nugget (Online) Retrieved from <https://login.ezproxy.library.ualberta.ca/login?url=https://search.proquest.com/docview/2181991464?accountid=14474>

127. 9 Dec 2017. Fall raises training questions; care home had a history of breaking safety rules around transfers. The Ottawa Citizen Retrieved from <https://login.ezproxy.library.ualberta.ca/login?url=https://search.proquest.com/docview/1974699167?accountid=14474>

128. 01 Dec 2016 Politicians urged to back time to care act to set minimum 4-hour standard of daily care. The North Bay Nugget (Online) Retrieved from <https://login.ezproxy.library.ualberta.ca/login?url=https://search.proquest.com/docview/2181991464?accountid=14474>

129. 26 Nov 2016. Province has major shortage of staff in nursing homes: Survey. The Vancouver Sun Retrieved from <https://login.ezproxy.library.ualberta.ca/login?url=https://search.proquest.com/docview/1843422697?accountid=14474>

130. 25 Oct 2016: Former nurse stands accused of being one of Canada's most prolific serial killers <https://www.theglobeandmail.com/news/national/police-investigating-suspicious-deaths-linked-to-ontario-nursing-home/article32510299/>

- 131.** 20 Oct 2016: Lawsuit against Revera Nursing Homes says father died from lack of care. <https://www.cbc.ca/news/canada/toronto/lawsuit-against-revera-nursing-homes-says-father-died-from-lack-of-care-1.3812577>
- 132.** 26 Aug 2017. Mistakes that cause suffering to patients at care facilities must be red-flagged. Sarnia Observer (Online) Retrieved from <https://login.ezproxy.library.ualberta.ca/login?url=https://search.proquest.com/docview/2195838568?accountid=14474>
- 133.** 20 Aug 2016. Safety concerns pushing care home residents out. Leader Post Retrieved from <https://login.ezproxy.library.ualberta.ca/login?url=https://search.proquest.com/docview/1812726167?accountid=14474>
- 134.** 13 Jul 2017. Statement from the health minister. North Bay Nugget Retrieved from <https://login.ezproxy.library.ualberta.ca/login?url=https://search.proquest.com/docview/2227028261?accountid=14474>
- 135.** 04 Jul 2017: Payne, E. (2017, Jul 04). 'Cruel treatment'; family shocked as care-home worker's 11 punches to senior caught on video. The Ottawa Citizen Retrieved from <https://login.ezproxy.library.ualberta.ca/login?url=https://search.proquest.com/docview/1915745672?accountid=14474>
- 136.** 30 Jun 2016: Report: Over 400 aggressive incidents in one year between residents of B.C. care homes. Vancouver Sun. <https://vancouversun.com/health/seniors/report-more-than-400-aggressive-incident-in-one-year-between-residents-of-b-c-care-homes>
- 137.** 03 Jun 2016. Daughter upset over lack of probe; mother died after being pushed in nursing home four years ago. Chronicle - Herald Retrieved from <https://login.ezproxy.library.ualberta.ca/login?url=https://search.proquest.com/docview/1793757384?accountid=14474>
- 138.** 23 May 2016: Workplace injuries hampering care for seniors; A third of employees are affected and that must change, says Jennifer Lyle. The Vancouver Sun Retrieved from <https://login.ezproxy.library.ualberta.ca/login?url=https://search.proquest.com/docview/1901619325?accountid=14474>
- 139.** 04 May 2016: Nursing home injury claims on rise; statistics show workers reporting on resident-inflicted incidents are high. Chronicle - Herald Retrieved from <https://login.ezproxy.library.ualberta.ca/login?url=https://search.proquest.com/docview/1786822047?accountid=14474>
- 140.** 01 May 2016: Nova Scotia nursing home deaths by numbers, circumstances. CBC News. <https://www.cbc.ca/news/canada/nova-scotia/ns-nursing-home-deaths-1.3561395>
- 141.** 08 Apr 2016: W5 investigates cases of sexual assault in Ontario nursing homes. <https://www.ctvnews.ca/w5/w5-investigates-cases-of-sexual-assault-in-ontario-nursing-homes-1.2849923?cache=walqrkeg%3FclipId%3D86116%3Fot%3DAjaxLayout%3FautoPlay%3Dtrue%3FautoPlay%3Dtrue%3FautoPlay%3Dtrue%3FcontactForm%3Dtrue%3FautoPlay%3Dtrue>
- 142.** 06 Apr 2016: Counting sexual assaults in Ontario nursing homes. <https://www.ctvnews.ca/w5/counting-sexual-assaults-in-ontario-nursing-homes-1.2847855>

2015

- 143.** 04 Nov 2015: Safety on the mind: HEALTH. Prince Albert Daily Herald Retrieved from <https://login.ezproxy.library.ualberta.ca/login?url=https://search.proquest.com/docview/2000660416?accountid=14474>
- 144.** 25 Oct 2015: Woodstock nurse charged with murder of 8 elderly patients renews focus on violence against seniors. <https://globalnews.ca/news/3024991/woodstock-nurse-charged-focus-violence-against-seniors-ontario/>
- 145.** 22 Oct 2015: Careworkers who assaulted 92-year-old sentenced to 60 days in jail, to be served on weekend. <https://calgaryherald.com/news/local-news/careworkers-who-assaulted-92-year-old-sentenced-to-60-days-in-jail-to-be-served-on-weekends/>
- 146.** 17 Jul 2017: Four Orangeville seniors facilities cited for infractions. The Midweek Banner Retrieved from <https://login.ezproxy.library.ualberta.ca/login?url=https://search.proquest.com/docview/1696997528?accountid=14474>
- 147.** 27 Jun 2015: Movement for improved senior care gaining steam. Daily Gleaner Retrieved from <https://login.ezproxy.library.ualberta.ca/login?url=https://search.proquest.com/docview/1691389852?accountid=14474>
- 148.** 10 April 2015: W5 nursing home investigation reveals 1,500 cases of staff-to-resident abuse in one year. [ctvnews.ca/w5/w5-nursing-home-investigation-reveals-1-500-cases-of-staff-to-resident-abuse-in-one-year-1.2321287](https://www.ctvnews.ca/w5/w5-nursing-home-investigation-reveals-1-500-cases-of-staff-to-resident-abuse-in-one-year-1.2321287)
- 149.** 07 Jan 2015: Crime and Abuse Against Seniors: A Review of the Research Literature With Special Reference to the Canadian Situation. <https://www.justice.gc.ca/eng/rp-pr/cj-jp/fv-vf/crim/sum-som.html>
- 150.** 03 Jan 2015: 'We need help out here' ; LONG-TERM CARE HOMES: All cases of resident-to-resident abuse must be reported to police, and the amount of calls is increasing. Expositor. <https://login.ezproxy.library.ualberta.ca/login?url=https://search.proquest.com/docview/2222979877?accountid=14474>

2014

- 151.** 20 Oct 2014: Nurse fired over elder abuse accusations. CHCH. <https://www.chch.com/nurse-fired-elder-abuse-accusations/>
- 152.** 17 Jul 2014. Four Orangeville seniors facilities cited for infractions. The Midweek Banner. <https://login.ezproxy.library.ualberta.ca/login?url=https://search.proquest.com/docview/1696997528?accountid=14474>
- 153.** 11 Jun 2014. Seniors' group decries state of care facilities; province called upon to rebuild outdated long-term homes for aged. The Ottawa Citizen. <https://login.ezproxy.library.ualberta.ca/login?url=https://search.proquest.com/docview/1534668453?accountid=14474>
- 154.** 25 Jan 2014: 21 People Feared Dead in Quebec Fire. The New York Times. <https://www.nytimes.com/2014/01/26/world/americas/32-people-feared-dead-in-quebec-fire.html>

2013

- 155.** 5 Dec 2013: 2nd senior's death from infected bedsores raises concerns. CBC News. <https://www.cbc.ca/news/canada/calgary/2nd-senior-s-death-from-infected-bedsores-raises-concerns-1.2452514>
- 156.** 10 Nov 2013: Nursing home death will prompt review of 'internal processes'. CBC News. <https://www.cbc.ca/news/canada/toronto/nursing-home-death-will-prompt-review-of-internal-processes-1.2421914>
- 157.** 7 Oct 2013: Short-staffing hurts nursing home residents: workers. CBC News. <https://www.cbc.ca/news/canada/thunder-bay/short-staffing-hurts-nursing-home-residents-workers-1.1927777>
- 158.** 7 Oct 2013: Dementia home altercation leaves 91-year-old woman dead. CBC News. <https://www.cbc.ca/news/canada/nova-scotia/dementia-home-altercation-leaves-91-year-old-woman-dead-1.1928216>
- 159.** 9 Sept 2013. Mice found nibbling dementia patient's face at Alberta long-term care facility. The Globe and mail. <https://www.theglobeandmail.com/life/health-and-fitness/health/mice-found-nibbling-dementia-patients-face-at-alberta-long-term-care-facility/article14187204/>

2012

- 160.** 26 Oct 2012: B.C. seniors pushed to her death in care home. CBC News. <https://www.cbc.ca/news/canada/british-columbia/b-c-senior-pushed-to-her-death-in-care-home-1.1130554>
- 161.** 21 Aug 2012: Family Sues Nursing Homes: Province blamed death on neglect. Winnipeg Free Press. <https://www.winnipegfreepress.com/local/family-sues-nursing-home-166859556.html>

2011

- 162.** 12 December 2011: Alberta investigating scalding death in Calgary care Centre. The Globe and mail. <https://www.theglobeandmail.com/news/national/alberta-investigating-scalding-death-in-calgary-care-centre/article4247539/>
- 163.** 17 Nov 2011: Nursing home residents abused. The Star. https://www.thestar.com/news/canada/2011/11/17/nursing_home_residents_abused.html
- 164.** 26 July 2011: Neglect at seniors home: Woman, 93, died with severe bedsores. Winnipeg Free Press. <https://www.winnipegfreepress.com/local/neglect-at-seniors-home-126159933.html>
- 165.** 23 Sept 2008: Senior dies after drinking cleaning fluid at nursing home. CBC News. <https://www.cbc.ca/news/canada/edmonton/senior-dies-after-drinking-cleaning-fluid-at-nursing-home-1.767704>

Tableau 1. Établissements de soins de longue durée par province : nombre d'établissements, terminologie, politique/loi applicable *

*Dans cette traduction, les appellations qui n'ont pas pu être trouvées en français sur des documents officiels ont été laissées en anglais.

| Province | Nombre d'établissements | Termes utilisés | | |
|-------------------------|-------------------------|---|--|---|
| | | Établissements | Secteur | Travailleurs |
| Alberta | 183 ²⁴ | <ul style="list-style-type: none"> • Long-term care facilities⁹ • Nursing home⁹ • Auxiliary Hospital⁹ | <ul style="list-style-type: none"> • Long-term care⁹ • Nursing home⁹ • Auxiliary Hospital⁹ | <ul style="list-style-type: none"> • Health Care Aide¹⁰ |
| | | <p>Législation : Nursing Homes Act, Revised Statutes of Alberta 2000 Chapitre N-7 : https://www.qp.alberta.ca/documents/Acts/N07.pdf Hospitals Act, Revised Statutes of Alberta 2000 Chapter H-12 : https://www.qp.alberta.ca/documents/Acts/H12.pdf</p> | | |
| Colombie-Britannique | 293 ²⁵ | <ul style="list-style-type: none"> • Residential care facilities^{1,2} • Long-term care homes/facilities^{1,3} | <ul style="list-style-type: none"> • Long-term care³ • Residential Care³ | <ul style="list-style-type: none"> • Health Care Assistant⁴ • Care Aide⁴ • Health Care Worker⁵¹ |
| | | <p>Législation : Community Care and Assisted Living Act, SBC 2002, CHAPITRE 75, Sanction royale le 26 novembre 2002 : http://www.bclaws.ca/civix/document/id/complete/statreg/02075_01 *Note : Certains ÉSLD (34 % de tous les lits financés par le public) sont régis par la Hospital Act : http://www.bclaws.ca/civix/document/id/complete/statreg/96200_01</p> | | |
| Manitoba | 130 ²⁶ | <ul style="list-style-type: none"> • Foyers de soins personnels^{5,12} | <ul style="list-style-type: none"> • Soins de longue durée^{13,14} • Soins personnels¹¹ | <ul style="list-style-type: none"> • Health Care Aide³⁸ |
| | | <p>Législation : Loi sur l'assurance-maladie (c. H35 de la C.P.L.M.) - Règlement sur les normes applicables aux foyers de soins personnels : https://web2.gov.mb.ca/laws/regs/current/_pdf-regs.php?reg=30/2005</p> | | |
| Nouveau-Brunswick | 68 ^{27,29} | <ul style="list-style-type: none"> • Foyers de soins³⁴ | <ul style="list-style-type: none"> • Soins de longue durée³³ | <ul style="list-style-type: none"> • Préposé aux résidents⁵³ |
| | | <p>Législation : Loi sur les foyers de soins, LRN-B 2014, c 125, Déposée le 30 décembre 2014 : http://laws.gnb.ca/fr/ShowPdf/cs/2014-c.125.pdf</p> | | |
| Terre-Neuve-et-Labrador | 40 ²⁸ | <ul style="list-style-type: none"> • Personal care homes¹⁷ • Long Term Care* | <ul style="list-style-type: none"> • Long-term care¹⁸ | <ul style="list-style-type: none"> • Personal Support Worker (PCH)¹⁷ • Personal Care Attendant (LTC)⁵⁴ |
| | | <p>Legislation: Newfoundland and Labrador Regulation 15/01. Personal Care Home Regulations under the Health and Community Services Act (O.C. 2000-626) (Déposé le 30 janvier 2001 : https://assembly.nl.ca/Legislation/sr/regulations/rc010015.htm</p> | | |
| Nouvelle-Écosse | 88 ²⁹ | <ul style="list-style-type: none"> • Nursing homes¹⁹ | <ul style="list-style-type: none"> • Long-term care²⁰ • Continuing care²⁰ | <ul style="list-style-type: none"> • Continuing Care Assistant³⁶ |
| | | <p>Législation : Homes For Special Care Act. R.S., c. 203, s. 1. : https://nslegislature.ca/sites/default/files/legc/statutes/homespec.htm Long Term Care Program Requirements : https://novascotia.ca/dhw/ccs/policies/Long-Term-Care-Facility-Program-Requirements.pdf</p> | | |
| Ontario | 626 ³⁰ | <ul style="list-style-type: none"> • Foyers de soins de longue durée⁶ | <ul style="list-style-type: none"> • Soins de longue durée⁶ | <ul style="list-style-type: none"> • Préposé aux services de soutien à la personne^{7,8} |
| | | <p>Législation : Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée, L.O. 2007, chap. 8 : https://www.ontario.ca/fr/lois/loi/07108 Règlement : Règl. de l'Ont. 79/10 : DISPOSITIONS GÉNÉRALES : https://www.ontario.ca/fr/lois/reglement/100079</p> | | |

| | | | | |
|---------------------------|---------------------|---|---|---|
| Î.-P.-É. | 19 ^{23,29} | <ul style="list-style-type: none"> • Care homes⁵⁶/nursing homes³¹ • Manors²³ | <ul style="list-style-type: none"> • Long-term care²³ | <ul style="list-style-type: none"> • Resident Care Worker³⁷ |
| | | <p>Législation : Community Care Facilities and Nursing Home Act: https://www.princeedwardisland.ca/sites/default/files/legislation/C-13-Community%20Care%20Facilities%20And%20Nursing%20Homes%20Act.pdf Facilities and Nursing Home Act Regulations: https://www.princeedwardisland.ca/sites/default/files/legislation/C%2613G-Community%20Care%20Facilities%20and%20Nursing%20Homes%20Act%20Regulations.pdf</p> | | |
| Québec | 412** | <ul style="list-style-type: none"> • CHSLD (centre d'hébergement et de soins de longue durée)¹⁵ • CHSLD privé conventionné⁵⁷ • Privé non-conventionné⁵⁷ | <ul style="list-style-type: none"> • Hébergement et soins de longue durée¹⁵ | <ul style="list-style-type: none"> • Le préposé aux bénéficiaires (PAB)⁴⁰ • Orderly |
| | | <p>Législation: Projet de loi 120 (1991, c 42) : Loi sur les services de santé et les services sociaux et modifiant diverses dispositions législatives : http://collections.banq.qc.ca/ark:/52327/bs57416 S-4.2, r. 5.01 : Règlement sur les conditions d'obtention d'un certificat de conformité et les normes d'exploitation d'une résidence privée pour aînés : http://legisquebec.gouv.qc.ca/fr/pdf/cr/S-4.2,%20R.%205.01.pdf</p> | | |
| Saskatchewan | 236 ³² | <ul style="list-style-type: none"> • Foyers de soins spéciaux ou foyers de soins infirmiers²² • Foyers de soins personnels²¹ | <ul style="list-style-type: none"> • Soins de longue durée⁵⁰ | <ul style="list-style-type: none"> • Aide aux soins de longue durée³⁹ • Aide aux soins spéciaux³⁹ |
| | | <p>Législation : R-8.2 Reg 8 - The Special-care Homes Rates Regulations, 2011, under The Provincial Health Authority Act (P-30.3): http://www.qp.gov.sk.ca/m/index.cfm?action=browse&p=33130 Facility Designation Regulations, section 17 23: http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:qO6F-rdcSGEJ:www.qp.gov.sk.ca/documents/English/Regulations/Regulations/R8-2R6.pdf+&cd=1&hl=en&ct=clnk&gl=ca&client=firefox-b-d Program Guidelines for Special Care Homes: https://www.ehealthsask.ca/services/resources/Resources/Program-Guidelines-for-Special-Care-Homes.pdf</p> | | |
| Yukon | 5 ⁴² | <ul style="list-style-type: none"> • Long-term care homes⁴² • Établissements de soins prolongés⁴⁵ | <ul style="list-style-type: none"> • Soins prolongés⁴¹ | <ul style="list-style-type: none"> • Assistant en soins de santé⁴³ • Aide en soins de santé³ |
| | | <p>Législation : Yukon Continuing Care: Bill of Rights for Residents Living in Yukon Continuing Care Facilities : http://www.hss.gov.yk.ca/pdf/cc_billofrights.pdf</p> | | |
| Territoires-du-Nord-Ouest | 9 ⁴⁴ | <ul style="list-style-type: none"> • Long-term care homes⁴⁴ | <ul style="list-style-type: none"> • Long-term care⁴⁴ | <ul style="list-style-type: none"> • Personal Support Worker⁴⁶ |
| | | <p>Législation : Northwest Territories Continuing Care Standards, 2015 : https://www.hss.gov.nt.ca/professionals/sites/professionals/files/resources/continuing-care-standards.pdf Proposal of new regulations for Continuing Care Facilities : https://www.hss.gov.nt.ca/sites/hss/files/resources/what-we-heard-continuing-care-facilities-legislation-nwt.pdf https://www.hss.gov.nt.ca/sites/hss/files/resources/continuing-care-facilities-legislation-nwt-discussion-paper.pdf</p> | | |
| Nunavut | 5 ⁴⁷ | <ul style="list-style-type: none"> • Centres de soins continus⁴⁷ • Résidences pour aînés⁴⁷ | <ul style="list-style-type: none"> • Soins de longue durée⁴⁷ | <ul style="list-style-type: none"> • Préposé aux soins continus⁵⁵ |
| | | <p>Législation : Il n'y a aucune mesure législative actuellement au Nunavut pour encadrer les services de soins continus⁴⁸</p> | | |

* À T.-N.-L, il y a 40 établissements de soins de longue durée qui sont autonomes ou qui font partie d'un établissement de soins aigus.⁵⁴

** 1) Les CHSLD publics (Centres d'hébergement et de soins de longue durée) sont entièrement administrés par le secteur public et comptent approximativement 29 668 lits; 2) Les CHSLD privés conventionnés sont administrés par des entreprises privées en partenariat avec le secteur public. Il existe approximativement 63 CHSLD privés conventionnés au Québec, qui comptent au total 6 800 lits; 3) Les CHSLD privés non conventionnés sont entièrement gérés par le secteur privé et leur exploitation est assujéti à l'obtention d'un permis du gouvernement du Québec, mais ils sont très peu supervisés.^{7,58}

Références

1. Government of British Columbia. Residential Care Facilities [Internet]. Available from: <https://www2.gov.bc.ca/gov/content/health/accessing-health-care/finding-assisted-living-or-residential-care/residential-care-facilities>
2. Office of the Seniors Advocate British Columbia. Residential Care Facilities: Quick Facts Directory [Internet]. 2018. 1-16. Available from: <https://www.seniorsadvocatebc.ca/app/uploads/sites/4/2018/01/QuickFacts2018-Summary.pdf>
3. Government of British Columbia. Long Term Care Services [Internet]. Available from: <https://www2.gov.bc.ca/gov/content/health/accessing-health-care/home-community-care/care-options-and-cost/long-term-care-services>
4. Government of British Columbia. BC Care Aide and Community Health Worker Registry [Internet]. Available from: <https://www.cachwr.bc.ca/Home.aspx>
5. Ágotnes G, McGregor MJ, Lexchin J, et al. An International Mapping of Medical Care in Nursing Homes. *Health Services Insights*. 2019; 12: 1-12. DOI: 10.1177/1178632918825083
6. Government of Ontario. Ministry of Long-term Care [Internet]. 2020. Available from: <https://www.ontario.ca/page/ministry-long-term-care>
7. O. Reg. 79/10 under Long-Term Care Homes Act, 2007, S.O. 2007, c. 8. Available from: <https://www.ontario.ca/laws/regulation/100079>
8. Government of Ontario. Ontario Launching First Phase of the Personal Support Worker Registry [Internet]. 2018. Available from: http://www.health.gov.on.ca/en/news/bulletin/2018/hb_20180222.aspx
9. Alberta Health. List of Publicly Funded Designated Supportive Living Accommodations and Long-Term Care Facilities [Internet]. 2016. Available from: <https://open.alberta.ca/dataset/7f4fc1ef-779c-4ebb-a557-d7afc405c826/resource/0a431494-4c96-40c6-bc55-0141b3c72e9e/download/cc-list-funded-sla-ltc.pdf>
10. Alberta Health Services. Health Care Aide (HCA) [Internet]. 2020. Available from: <https://www.albertahealthservices.ca/info/Page8636.aspx>
11. Government of Manitoba. Personal Care Services and Charges [Internet]. Available from: <https://www.gov.mb.ca/health/pcs/index.html>
12. Long term and continuing Care Association of Manitoba. Personal Care Home [Internet]. Available from: <https://www.ltcam.mb.ca/personal-care-home-faq.htm>
13. Winnipeg Regional Health Authority. Long-term Care [Internet]. Available from: <https://wrha.mb.ca/long-term-care/>
14. Manitoba Nurses Union. Long-term Care in Manitoba. 2006. Available from: https://www.cbc.ca/manitoba/features/nursinghomes/union_report.pdf
15. Government of Quebec. Residential and long-term care centres (CHSLD) [Internet]. Available from: <https://www.cisss-at.gouv.qc.ca/en/residential-long-term-care-centre-chsld/>
16. Government of Quebec. Placement of an Adults in a Residential and Long-term Care Centre, Intermediate Resource or Family-Type Resource. Available from <http://www4.gouv.qc.ca/fr/Portail/citoyens/programme-service/Pages/Info.aspx?sqctype=sujet&sqcid=860>
17. Government of Newfoundland & Labrador. Personal Care Homes [Internet]. Available from: https://www.health.gov.nl.ca/health/seniors/residentialoptions_pch.html
18. Government of Newfoundland & Labrador. Long-Term Care Facilities and Personal Care Homes Frequently Asked Questions [Internet]. Available from: <https://www.health.gov.nl.ca/health/faq/nhltfaq.html>
19. Government of Nova Scotia. Nursing Homes and Residential Care Facilities: Directory [Internet]. Available from: <https://novascotia.ca/dhw/ccs/documents/Nursing-Homes-and-Residential-Care-Directories.pdf>
20. Government of Nova Scotia. Long-term Care [Internet]. Available from: <https://novascotia.ca/dhw/ccs/long-term-care.asp>
21. Government of Saskatchewan. Personal Care Homes [Internet]. Available from: <https://www.saskatchewan.ca/residents/health/accessing-health-care-services/care-at-home-and-outside-the-hospital/personal-care-homes>
22. Government of Saskatchewan. Special Care Homes [Internet]. Available from: <https://www.saskatchewan.ca/residents/health/accessing-health-care-services/care-at-home-and-outside-the-hospital/special-care-homes>
23. Government of Prince Edwards Island. Long-term Care [Internet]. Available from: <https://www.princeedwardisland.ca/en/information/health-pe/long-term-care>
24. Personal Communication with Anonymous (June 2020). Government of Alberta, Alberta Health. Edmonton, AB.
25. Office of the Seniors Advocate British Columbia. Residential Care Facilities: Quick Facts Directory [Internet]. 2018. 1-16. Available from: <https://www.seniorsadvocatebc.ca/app/uploads/sites/4/2018/01/QuickFacts2018-Summary.pdf>
26. Personal Care Homes Listings, Manitoba [Internet]. Available from: https://www.ltcam.mb.ca/documents/PCHBedNumbersOct2019_000.pdf

27. Government of New Brunswick. Licensed Nursing Homes [Internet]. 2020 [Cited 22 May 2020]. Available from: https://www2.gnb.ca/content/gnb/en/departments/social_development/nursinghomes.html
28. Government of Newfoundland & Labrador. Personal Care Homes in Newfoundland and Labrador [Internet]. 2019. Available from: https://www.health.gov.nl.ca/health/seniors/pdf/PCH_NL.pdf
29. Keefe J, Cranley L, et al. (in-press). Examining the role of policy in shaping best practice dissemination: A case study of informal professional advice networks in Canadian LTC. *Canadian Journal on Aging*, 401 DOI: 10.1017/S0714980820000057.
30. Ontario Long-term Care Association. About long-term care in Ontario: Facts and Figures [Internet]. 2019. Available from: [https://www.oltca.com/oltca/OLTCA/Public/LongTermCare/FactsFigures.aspx#Ontario's%20long-term%20care%20homes%20\(June%202017\)](https://www.oltca.com/oltca/OLTCA/Public/LongTermCare/FactsFigures.aspx#Ontario's%20long-term%20care%20homes%20(June%202017))
31. Government of Prince Edwards Island. Community Care Facilities and Private Nursing Homes [Internet]. Available from: <https://www.princeedwardisland.ca/en/information/health-and-wellness/community-care-facilities-and-private-nursing-homes>
32. Toronto Nursing Homes. Saskatchewan Long-Term Care Homes | Nursing Homes [Internet]. Available from: <https://www.torontonursinghomes.com/nursing-homes/saskatchewan.html>
33. Government of New Brunswick. Long-term care for persons 65 and over [Internet]. Available from: <https://www2.gnb.ca/content/dam/gnb/Departments/sd-ds/pdf/LTC/LongTermCare-e.pdf>
34. Government of New Brunswick. New Brunswick's Long-Term Care Strategy [Internet]. Available from: <https://www2.gnb.ca/content/dam/gnb/Departments/sd-ds/pdf/LTC/LongTermCareStrategy-e.pdf>
35. Personal Support Worker Canada. New Brunswick [Internet]. Available from: <http://www.personalsupportworker.com/outside-ontario/new-brunswick-psw-cca-hsw/>
36. Healthcare Human Resources Sector Council. Continuing Care Assistant (CCA) Nova Scotia Supply and Demand Study [Internet]. Available from: https://hcsc.ca/wp-content/uploads/2016/11/CCA_Final_Report.pdf
37. Government of PEI. Resident Care Worker Program expands to Eastern PEI [Internet]. Available from: <https://www.princeedwardisland.ca/en/news/resident-care-worker-program-expands-to-eastern-pei>
38. The Government of Manitoba. Future of Home Care Services in Manitoba [Internet]. Available from: https://www.gov.mb.ca/health/homecare/future_homecare.pdf
39. Saskatoon Health Region (2020). Delegation of Task to Formally Educated Unregulated Care Providers [Internet]. Available from: <https://www.saskatoonhealthregion.ca/about/NursingManual/1168.pdf>
40. Angers, Véronique and Jean Vézina. "Détresse chez les préposés aux bénéficiaires en centre d'hébergement exposés à des symptômes comportementaux." *Canadian Journal on Aging / La Revue canadienne du vieillissement*, vol. 37 no. 2, 2018, p. 99-109.
41. Yukon Government. Continuing Care [Internet]. Available from: <http://www.hss.gov.yk.ca/continuing.php>
42. Yukon Government. (2020). Long Term Care Homes [Internet]. Available from: <https://yukon.ca/en/health-and-wellness/care-services/continuing-care-facilities>
43. Yukon Government. Yukon Continuing Care Careers [Internet]. Available from: <http://www.hss.gov.yk.ca/employment.php>
44. Government of the Northwest Territories. Long Term Care [Internet]. Available from: <https://www.hss.gov.nt.ca/en/services/continuing-care-services/long-term-care>
45. RBC. (2008). Long Term Care in Yukon [Internet]. Available from: <http://www.rbcinsurance.com/care/pdf/long-term-care-yukon-en.pdf>
46. Government of the Northwest Territories. NWT Personal Support Worker Day [Internet]. Available from: <https://www.hss.gov.nt.ca/en/nwt-personal-support-worker-day>
47. Government of Nunavut. Home and Continuing Care [Internet]. Available from: <https://www.gov.nu.ca/health/information/home-and-continuing-care>
48. Government of Nunavut. Continuing Care in Nunavut 2015 to 2035 [Internet]. Available from: https://assembly.nu.ca/sites/default/files/TD%2078-43%20EN%20Continuing%20Care%20in%20Nunavut,%202015%20to%202035_0.pdf
49. Registered Nurses Association of the Northwest Territories and Nunavut. (2015). Position Statement for registered nurses and nurse practitioners working with and delegating to unregulated healthcare providers [Internet]. Available from: <https://www.rnantnu.ca/wp-content/uploads/2019/10/Position-Statement-RNs-and-NPs-Working-with-and-Delegating-to-Unregulated-Healthcare-Providers-2015.pdf>
50. Saskatchewan Health Authority. (2019). Seniors' Health and Continuing Care [Internet]. Available from: https://www.saskatoonhealthregion.ca/locations_services/Services/Senior-Health
51. Personal Communication with Heather Cook (June 2020). Office of the Seniors Advocate British Columbia.
52. Government of Prince Edwards Island. Community Care Facilities and Private Nursing Homes [Internet]. Available from: <https://www.princeedwardisland.ca/en/information/health-and-wellness/community-care-facilities-and-private-nursing-homes>
53. Personal Communication with Jodi Hall, Executive Director of LTC association of New Brunswick.
54. Personal Communication Deena Waddleton (June 2020) Government of Newfoundland & Labrador, Department of Health and Community Services.
55. Government of Nunavut (2016). Continuing Care Worker [Internet]. Available from: https://www.gov.nu.ca/sites/default/files/10-503583_ja_continuing_care_worker.pdf
56. Personal Communication with Andrew MacDougall (June 2020) Government of Prince Edward Island, Department of Health
57. Daniel Béland & Patrik Marier (2020) COVID-19 and Long-Term Care Policy for Older People in Canada, *Journal of Aging & Social Policy*, 32:4-5, 358-364, <https://www.tandfonline.com/doi/pdf/10.1080/08959420.2020.1764319>
58. Residence Quebec.ca Available from <https://blog.residences-quebec.ca/en/public-private-and-unfunded-understanding-and-clarifying-the-chsld-long-term-care-facilities-network-in-quebec/>

Tableau 2. Travailleurs non réglementés fournissant des soins directs dans les établissements de soins de longue durée

| Province | Titre(s) | Programme d'études normalisé* | Durée moy. du programme (cours + stages)* | Scolarité minimale** | Certificat requis |
|---------------------------|---|-------------------------------|---|---|---------------------------|
| Alberta | Health Care Aide ² | Oui ⁵ | 695 hours ¹⁵ | 11 ^e année, anglais, note minimale de 60 % ¹⁵ | Non ¹⁵ |
| Colombie-Britannique | Health Care Assistant/Aide ¹ | Oui ²⁴ | 775 hours ³ | 10 ^e année, anglais ³ | Oui ²⁴ |
| Manitoba | Health Care Aide ⁶ | Non ³ | 700 hours ³ | 12 ^e année, anglais, 12 ^e année, math., 10 ^e , 11 ^e ou 12 ^e année, sciences ^{16,17} | Non ¹⁹ |
| Nouveau-Brunswick | Préposé aux résidents ⁹ | Non ³⁰ | 818 hours*** ^{3,30} | Diplôme d'études secondaires ³ | Non ^{20,30} |
| Terre-Neuve-et-Labrador | Personal Care Attendant-LTC ²¹ | Oui ³ | 840 hours ²¹ | Diplôme d'études secondaires ou l'équivalent ^{3,21} | Oui ²¹ |
| Nouvelle-Écosse | Continuing Care Assistant ¹⁰ | Oui ¹⁰ | 905 hours ³ | 12 ^e année ou équivalent du GED, ou être un étudiant mature (21 ans avec compétences avérées) ¹⁰ | Oui ¹⁰ |
| Ontario | Préposé aux services de soutien à la personne ^{7,8} | Oui ⁸ | 725 hours**** ³ | Diplôme d'études secondaires de l'Ontario ou l'équivalent, 12 ^e année, anglais ²³ | Oui ⁸ |
| Île-du-Prince-Édouard | Resident Care Worker ¹¹ | Non | 844 hours ³ | Diplôme d'études secondaires ³ | Non ²⁸ |
| Québec | <ul style="list-style-type: none"> • Preposé Aux Bénéficiaires (PAB)²⁵ • Orderly | Oui ³ | 906 hours ³ | Diplôme d'études secondaires ou l'équivalent ²⁵ | Oui ³ |
| Saskatchewan | <ul style="list-style-type: none"> • Aide aux soins de longue durée^{4,18} • Aide aux soins spéciaux^{4,18} | Non ^{3,29} | 760 hours ³ | Diplôme d'études secondaires ³ | Non***** ^{18,29} |
| Yukon | Assistant en soins de santé ¹² | Oui ³ | 795 hours ³ | 11 ^e année, anglais ²⁶ | N/A***** |
| Territoires-du-Nord-Ouest | Personal Support Worker ¹³ | Non | 820 hours ³ | 10 ^e année, anglais ³ | Non ²⁷ |
| Nunavut | Préposé aux soins continus ¹⁴ | Non | 745 hours ³ | – | Non ¹⁴ |

*Ces données proviennent principalement d'un rapport de l'Association of Canadian Community Colleges (ACCC) et de la Canadian Association of Continuing Care Educators (ACCE), publié en 2012 (référence 3). Certaines de ces informations peuvent par conséquent ne plus être à jour.

** Les données fournies représentent la majorité des programmes – il pourrait y avoir certaines différences et des évaluations préalables de l'apprentissage peuvent être appliquées.

*** ACCC et ACCE (2012, voir la référence 3) font état de 818 heures pour le N.-B., mais cela a été jugé erroné³⁰ et les programmes de formation sont en cours de révision³⁰

**** Dans le règlement provincial (voir la référence 8 plus bas), l'Ontario indique que la durée minimale du programme des PSS est de 600 h (cours + stages). La question est plus complexe : trois programmes distincts sont offerts dans la province. Le rapport de l'ACCC et de l'ACCE (2012, voir la référence 3) indique que le programme des PSS est offert par trois fournisseurs 1) les collèges publics; 2) les collèges privés et 3) les conseils scolaires de district.

***** Bien que certaines régions sanitaires, comme la Régie régionale de la santé de Saskatoon, puissent exiger une certification⁴, cela ne vaut pas pour toute la province¹⁸.

***** Le programme des HCA de l'Université du Yukon indique que le programme autorisé de la C.-B. est utilisé : <https://www.yukonu.ca/programs/health-care-assistant>

Références

1. Government of British Columbia. BC Care Aides & Community Health Worker Registry [Internet]. Available from: <https://www.cachwr.bc.ca/Home.aspx>
2. Alberta Health Services. Health Care Aides (HCA) [Internet]. Available from: <https://www.albertahealthservices.ca/info/Page8636.aspx>
3. The Association of Canadian Community Colleges (ACCC), The Canadian Association of Continuing Care Educators (CACCE). 2012. Canadian Educational Standards for Personal Care Providers [Internet]. Available from: <https://www.collegesinstitutes.ca/wp-content/uploads/2014/05/Canadian-Standards-Environmental-Scan.pdf>.
4. Saskatoon Health Region. Delegation of Task to Formally Education Unregulated Care Providers [Internet]. Available from: <https://www.saskatoonhealthregion.ca/about/NursingManual/1168.pdf>
5. Government of Alberta. 2018. Health care aide program [Internet]. Available from: <https://www.alberta.ca/health-care-aide-program.aspx>
6. The Government of Manitoba. Future of Home Care Services in Manitoba. Available from: https://www.gov.mb.ca/health/homecare/future_homecare.pdf
7. OPSWA. Ontario Personal Support Workers Association [Internet]. 2020. Available from: <https://www.ontariopswassociation.com/>
8. Government of Ontario. A Guide to the Long-Term Care Homes Act, 2007 and Regulation 79/10 [Internet]. n.d. Available from: http://www.health.gov.on.ca/en/public/programs/ltc/docs/ltsca_guide_phase1.pdf
9. Government of New Brunswick (2019). Standards Manual: Nursing Home Services [Internet]. Available from: <https://www2.gnb.ca/content/dam/gnb/Departments/sd-ds/pdf/Standards/NursingHomesStandardsManual.pdf>
10. Nova Scotia Health. Nova Scotia Continuing Care Assistant Program [Internet]. Available from: <http://www.novascotiaccia.ca/>
11. Government of PEI. Resident Care Worker Program expands to Eastern PEI [Internet]. Available from: <https://www.princeedwardisland.ca/en/news/resident-care-worker-program-expands-to-eastern-pe-i>
12. Yukon Government. Yukon Continuing Care Careers [Internet]. Available from: <http://www.hss.gov.yk.ca/employment.php>
13. Government of the Northwest Territories. NWT Personal Support Worker Day [Internet]. Available from: <https://www.hss.gov.nt.ca/en/nwt-personal-support-worker-day>
14. Government of Nunavut (2016). Continuing Care Worker [Internet]. Available from: https://www.gov.nu.ca/sites/default/files/10-503583_ja_continuing_care_worker.pdf
15. Personal Communication with Anita P Government of Alberta, Alberta Health. Edmonton, AB; 2020. Personal Support Worker or Health Care Aide certificates are accepted but not required (many operators choose to require). Government source says certificate program lengths vary.
16. Red River College. Health Care Aide: Admission Requirements [Internet]. Available from: <https://catalogue.rrc.ca/Programs/WPG/Fulltime/HEACF-CT/AdmissionRequirements>
17. Manitoba Healthcare Providers Network. Health Care: A Career For Life, Health Care Aide. Available from: https://www.ornh.mb.ca/wcm-docs/docs/career_info_sheets/health_care_aide.pdf

18. Government of Saskatchewan. Program Guidelines for Special Care Homes. Available from: https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKewiRglyXjPPpAhUnhHIEHbaSDs0QFjAAeg-QIBBAB&url=http%3A%2F%2Fwww.saskatoonhealthregion.ca%2Flocations_services%2Flocations%2Fpages%2F-Long-Term-Care-Homes.aspx&usg=AOvVaw1sijS5n6lzI9G4Q41Kw7u
19. Herzing College. BECOMING A HEALTH CARE AIDE IN WINNIPEG: TRAINING, EMPLOYMENT FORECAST & KEY SKILLS; 2017. Available from: <https://blog.herzing.ca/becoming-a-health-care-aide-in-winnipeg-training-employment-forecast-key-skills>
20. Nursing Home Jobs New Brunswick. Training [Internet]. Available from <http://www.nhjn-efsnb.com/en/training.html>.
21. Personal Communication with Deena Waddleton, Government of Newfoundland and Labrador, Department of Health and Community Services. 2020.
22. Government of Newfoundland & Labrador. Personal Care Homes [Internet]. Available from: https://www.health.gov.nl.ca/health/seniors/residentialoptions_pch.html
23. Ontario Colleges. Personal Support Worker [Internet]. Available from: <https://www.ontariocolleges.ca/en/programs/health-food-and-medical/personal-support-worker-psw>
24. BC Care Aide and Community Health Worker Registry. Recognized BC Health Care Assistant Programs [Internet]. Available from: <https://www.cachwr.bc.ca/About-the-Registry/List-of-HCA-programs-in-BC.aspx>
25. Gouvernement du Quebec. Prepose aux beneficiaires [Internet]. Available from: <http://avenirensante.gouv.qc.ca/en/carrieres/prepose-aux-beneficiaires#etudes>
26. Yukon University. Health care assistant. Available from: <https://www.yukonu.ca/programs/health-care-assistant>
27. Yukon. Continuing Care Standards. Available from: <https://www.hss.gov.nt.ca/professionals/sites/professionals/files/resources/continuing-care-standards.pdf>
28. Personal Communication with Andrew MacDougall (June 2020) Government of Prince Edward Island, Department of Health
29. Personal Communication with Cheryl Holt (June 2020) Government of Saskatchewan, Department of Health
30. Personal Communication with Jodi Hall (June 2020) ED, New Brunswick Long Term Care Association



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