



**CanCOVID**

COVID-19 • SCIENCE • KNOWLEDGE

CONNAISSANCES SCIENTIFIQUES - COVID-19

## **Ressources humaines en santé dans les soins de longue durée : Dix perspectives globales sur la façon d'augmenter et de stabiliser la main-d'œuvre des soins de longue durée au Canada**

---

Ont contribué à cette Note d'enjeux : Karen S. Palmer, Rosa Stalteri, Nathan M. Stall, Peter Jüni, Susan Law

## Résumé exécutif

Cette Note d'enjeux résume notre compréhension des mesures prises au Canada et dans les pays de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE) qui ont contribué à accroître la main-d'œuvre dans le secteur des soins de longue durée (SLD). Les enseignements pour le Canada sont tirés de la documentation publiée et de consultations auprès d'informateurs clés experts.

## Questions

Dans cette Note d'enjeux, nous examinons certaines mesures prises au Canada et à l'étranger qui ont contribué à accroître la main-d'œuvre des SLD, avant et pendant la pandémie de COVID-19. Cette main-d'œuvre comprend les fournisseurs de soins de santé (p. ex., les infirmières et les médecins) et les personnes qui offrent un soutien personnel ou communautaire (dont le titre varie selon la juridiction) dans les établissements, les communautés et à domicile. Nous avons tiré des enseignements pour le Canada à la fois de la documentation publiée et de consultations auprès d'informateurs clés experts. Nous répondons à deux questions :

1. **Quelles mesures permettent de recruter et de maintenir en poste la main-d'œuvre des soins de longue durée ?**
2. **Quels enseignements le Canada peut-il tirer d'autres juridictions pour éclairer la planification future visant à renforcer et à élargir la main-d'œuvre des SLD ?**

## Résumé des mesures permettant de recruter et de conserver la main-d'œuvre des SLD

1. Offrir moins de travail à temps partiel involontaire
2. Étendre les avantages et les protections au prorata à tous les travailleurs en SLD, y compris aux travailleurs indépendants
3. Augmenter le financement public global pour permettre la parité et l'équité salariales
4. Augmenter la fiabilité et la flexibilité des horaires pour les travailleurs
5. Transformer le travail « non déclaré » en travail « déclaré »
6. Créer des environnements de travail plus sains qui privilégient le sens et la finalité du travail, ainsi que le respect et l'autonomie en milieu du travail
7. Accréditer des professionnels diplômés à l'étranger
8. Moderniser le système pancanadien de permis d'exercice pour les prestataires de soins de longue durée titulaires, y compris pour les médecins et les infirmières
9. Moderniser la stratégie pancanadienne en matière de ressources humaines dans le domaine de la santé
10. Envisager la mise en place d'une assurance pancanadienne pour les soins de longue durée afin de consacrer des fonds aux services de soins de longue durée

## Limites

Cette Note d'enjeux a été produite dans des délais serrés. Il s'agit uniquement d'un « coup d'œil rapide » et non d'une analyse complète. Pour analyser de manière exhaustive les mesures qui permettraient de recruter et de conserver en poste chaque type de fournisseur dans le secteur des SLD, il faudrait une Note d'enjeux distincte pour chacun d'entre eux, ce qui ne nous était pas possible dans le temps imparti. Les stratégies de recrutement et de maintien en poste des infirmières sont différentes de celles visant les médecins, par rapport aux infirmières, aux professionnels paramédicaux et aux préposés aux services de soutien à la personne. Nous avons identifié certaines des mesures les plus couramment utilisées et pertinentes pour la plupart des types de prestataires. À ce titre, bien que nous invitons à la prudence dans l'interprétation, nous sommes persuadés qu'il est encore raisonnable de tenir compte de nos résultats lors de l'élaboration de politiques liées au développement de la main-d'œuvre des soins à domicile.

## Introduction

La pandémie de COVID-19 a été le point de rupture pour de nombreux travailleurs de la santé qui étaient déjà en nombre insuffisant avant la pandémie.<sup>1</sup> Il est devenu de plus en plus difficile de recruter et de retenir suffisamment de travailleurs pour répondre à la demande et continuer à fournir des soins de haute qualité et sûrs, au Canada et ailleurs.

Alors que nous nous dirigeons (du moins, nous l'espérons) vers un monde du travail postpandémique, le recrutement et la fidélisation des travailleurs nécessiteront des changements importants dans les attitudes et les stratégies de développement de notre personnel de santé. « À l'heure actuelle, les stratégies dominantes reposent largement sur des théories dépassées de contrôle et de normalisation du travail. Des théories de production plus modernes, et beaucoup plus efficaces, cherchent à exploiter l'imagination et la participation du personnel pour réinventer le système. Pour cela, il faut une main-d'œuvre capable de fixer des objectifs audacieux, de mesurer les progrès, de trouver des façons alternatives en vue de reconceptualiser le travail lui-même et de mettre à l'essai les changements rapidement et de manière informative. Il faut également un degré élevé de confiance sous de nombreuses formes, un penchant pour le travail d'équipe et une prédilection pour assumer le fardeau de l'amélioration, plutôt que de blâmer des facteurs externes. Une nouvelle stratégie relative au personnel de santé, fondée sur ces principes, permettra d'obtenir des améliorations beaucoup plus rapides qu'à l'heure actuelle ».<sup>2</sup>

Dans la présente Note d'enjeux, nous examinons certaines mesures prises au Canada et à l'étranger permettant d'accroître la main-d'œuvre des soins de longue durée (SLD), avant et pendant la pandémie de COVID-19. Cette main-d'œuvre comprend les fournisseurs de soins de santé (p. ex., les infirmières et les médecins) et les personnes offrant un soutien personnel ou communautaire (dont le titre varie selon la juridiction) dans les établissements, les communautés et à domicile. Les enseignements à tirer pour le Canada s'inspirent à la fois de la documentation publiée et des consultations auprès des informateurs clés experts. Dans cette Note d'enjeux, nous répondons à deux questions :

- 1. Quelles mesures permettent de recruter et de maintenir en poste la main-d'œuvre des soins de longue durée ?**
- 2. Quels enseignements le Canada peut-il tirer d'autres juridictions pour éclairer la planification future visant à renforcer et à élargir la main-d'œuvre des SLD ?**

## Méthodes

Compte tenu du délai serré (environ 10 jours) imparti pour la réalisation de cette Note d'enjeux, nous avons utilisé Google pour rechercher dans la littérature des rapports, des documents de politique, des livres blancs et des documents gouvernementaux ; nous avons évalué de façon critique chaque source, y compris l'autorité et l'objectivité de ses auteurs. Pour mieux comprendre les questions liées au recrutement et au maintien en poste de la main-d'œuvre dans le secteur des soins de longue durée, nous avons également mené des entretiens téléphoniques individuels à questions ouvertes auprès des informateurs clés du secteur des soins de longue durée, tant au Canada qu'à l'étranger. (Annexe 1 : Consultants.)

## Limites

Étant donné que ce rapport a été produit dans l'espace d'environ 10 jours, il s'agit uniquement d'un « coup d'œil rapide » et non d'une analyse complète. Pour analyser de manière exhaustive les mesures qui permettraient de recruter et de conserver en poste chaque type de fournisseur dans le secteur des SLD, il faudrait une Note d'enjeux distincte pour chacun d'entre eux, ce qui ne nous était pas possible dans le temps imparti. Les stratégies de recrutement et de maintien en poste des infirmières sont différentes de celles visant les médecins, par rapport aux infirmières, aux professionnels paramédicaux et aux préposés aux services de soutien à la personne. Nous avons identifié certaines des mesures les plus couramment utilisées et pertinentes pour la plupart des types de prestataires. À ce titre, bien que nous invitons à la

prudence dans l'interprétation, nous sommes persuadés qu'il est encore raisonnable de tenir compte de nos résultats lors de l'élaboration de politiques liées au développement de la main-d'œuvre des soins à domicile.

## Résultats

Une grande partie des données mondiales pertinentes sur les mesures permettant de recruter et de retenir le personnel de soins de longue durée est antérieure à la pandémie de COVID-19. Cependant, le monde du travail évolue et il n'est pas facile de prédire comment, désormais, les gens souhaiteront travailler, alors que, suite au pic de la pandémie, nous voyons apparaître de nouvelles normes dans les environnements du travail<sup>3</sup>, tout en espérant cheminer vers un monde postpandémique. Nos résultats doivent être interprétés en gardant à l'esprit cette mise en garde sur l'évolution du paysage.

Dans les pays de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE), dont le Canada, les faibles taux de maintien en poste des travailleurs de SLD ont constitué l'un des principaux défis politiques confrontés au cours des dernières décennies. Avant la pandémie de COVID-19, près des deux tiers des pays de l'OCDE considéraient la rétention des travailleurs de SLD comme « l'un des plus grands défis politiques dans le cadre du programme de SLD ».<sup>4</sup> Des conditions de travail difficiles existaient déjà avant la pandémie : « la faible compétitivité des salaires, la précarité des emplois, les emplois exigeants avec une forte exposition au stress physique et mental, et la faible satisfaction au travail – due au manque de soutien et d'autonomie – expliquent pourquoi il est difficile de retenir les travailleurs dans les établissements de SLD ».<sup>4</sup> Ces conditions ont été exacerbées par la pandémie.

Des données européennes provenant du Royaume-Uni, de l'Espagne et de la France montrent que, même avant la pandémie, les travailleurs du secteur des SLD étaient plus nombreux à chercher un autre emploi que les travailleurs du secteur hospitalier, « ce qui reflète soit une insatisfaction à l'égard du travail [en SLD], soit un manque de sécurité de l'emploi ».<sup>4</sup> Dans les pays scandinaves (Finlande, Danemark, Suède), la « proportion de travailleurs du secteur des SLD à la recherche de nouvelles occasions d'emploi » est élevée, mais elle est similaire à celle du personnel hospitalier, où, même avant la pandémie, d'un tiers à la moitié des travailleurs déclaraient avoir « sérieusement envisagé de démissionner ».<sup>4</sup> Le nombre actuel de prestataires de soins de santé gériatriques aux États-Unis (É-U) est insuffisant depuis des années et le nombre prévu sera toujours insuffisant par rapport à la demande estimée pour 2030, lorsque tous les baby-boomers de la génération X auront atteint l'âge de 65 ans.<sup>5</sup> Aux États-Unis, environ 60 % des infirmières de la génération Z et du millénaire déclarent avoir quatre besoins communs – un équilibre entre vie professionnelle et vie privée, un meilleur salaire, plus de soutien et une amélioration des conditions de travail. De plus, en raison de la pandémie, « elles quitteront ou envisagent de quitter leur poste ».<sup>6</sup>

### Quelles mesures permettent de recruter et de maintenir en poste la main-d'œuvre des soins de longue durée en milieu institutionnel, communautaire et à domicile ?

Plus de la moitié des pays de l'OCDE ont mis en place différentes mesures<sup>4</sup> — certains d'entre eux avant et d'autres pendant la pandémie de COVID-19 – en vue de permettre le recrutement et la fidélisation de la main-d'œuvre des SLD. En voici quelques-unes :

#### 1. Offrir moins de travail à temps partiel involontaire

Le fait d'offrir des heures supplémentaires facultatives aux travailleurs à temps partiel involontaire qui souhaitent travailler davantage peut contribuer à retenir les travailleurs, notamment parce que cela peut mener au paiement des prestations légales des travailleurs.<sup>7,8</sup> Aux Pays-Bas, les travailleurs dont le nombre d'heures de travail à temps partiel est faible parviennent à combiner le travail à l'hôpital avec le travail en SLD, afin d'augmenter le nombre d'heures de travail.<sup>4</sup> Cette stratégie remet en question un modèle de ressources humaines, souvent observé dans les établissements de SLD, selon lequel le travail est limité au prix le plus bas possible et découpé pour éviter de payer des prestations. Ce dernier modèle est perturbateur pour les travailleurs et

pour les personnes dont ils ont la charge, dont la continuité des soins est interrompue par un défilé de visages différents, selon l'identité de leur « travailleur de jour ».

## 2. Étendre les avantages et les protections au prorata à tous les travailleurs en SLD, y compris aux travailleurs indépendants

Les politiques publiques doivent s'assurer que chaque emploi dans l'« économie solidaire »<sup>9</sup> — qui couvre l'ensemble des secteurs de l'éducation et des soins de la santé — soit un bon emploi, d'autant plus qu'elle génère plus de 12 % du PIB du Canada et plus de 21 % de tous les emplois.<sup>10</sup>

Un moyen de stabiliser la main-d'œuvre des SLD serait d'étendre l'admissibilité aux avantages et protections transférables, proportionnels et cumulatifs — semblables à ceux des contrats employeur-employé — aux travailleurs de la santé indépendants ou qui travaillent dans des conditions précaires (comme certains travailleurs occasionnels, temporaires ou contractuels). Il s'agirait notamment de jours de congé de maladie payés et d'une compensation pour le temps de déplacement des travailleurs qui s'occupent de personnes se trouvant dans des lieux différents. En l'absence de telles protections, la classification erronée des travailleurs en tant qu'entrepreneurs indépendants plutôt qu'en tant qu'employés crée de l'instabilité par le biais d'un deuxième niveau de droits du travail, privant ces travailleurs — principalement des femmes et surtout des personnes racialisées — de protections de base en matière d'emploi, notamment des jours de maladie payés ou des allocations de chômage.<sup>11,12</sup> Aux Pays-Bas, par exemple, les aides à domicile rémunérés sont parfois embauchés en tant que « faux » travailleurs indépendants lorsqu'ils travaillent pour un seul client qui dirige leur travail, ce qui signifie que l'employeur *de facto* se soustrait de ses obligations en matière de sécurité sociale en ne contribuant pas à l'assurance invalidité et aux pensions.<sup>4</sup> Au printemps 2022, le gouvernement du Canada a organisé une consultation publique pour mieux comprendre les expériences des travailleurs à la pigo — les personnes qui concluent des contrats à court terme pour accomplir des tâches spécifiques et souvent uniques, mais qui sont souvent classées à tort comme des entrepreneurs dits indépendants.<sup>13</sup> Comme aux Pays-Bas et ailleurs, certains travailleurs canadiens se voient « refuser de manière inappropriée ou illégale le statut d'employé et les protections sur le lieu de travail qui en découlent ». <sup>14</sup> Des appels sont lancés au gouvernement pour qu'il « applique la loi de manière proactive afin de s'assurer que les employeurs ayant recours au travail à la pigo versent les cotisations appropriées en vertu de la *Loi sur l'assurance-emploi* et du Régime de pensions du Canada, que les travailleurs à la pigo reçoivent les prestations d'assurance-emploi et du Régime de pensions du Canada appropriées, et que les travailleurs à la pigo dont l'emploi relève de la compétence fédérale bénéficient des protections de base prévues par le *Code canadien du travail* » et pour que le gouvernement modifie ces lois afin de simplifier et de clarifier le critère du statut d'emploi.<sup>14</sup>

Au Canada, les femmes représentent 91 % des infirmières et 90 % des travailleurs en soins de longue durée, sans compter les quelque 8 millions de travailleurs non rémunérés, dont les deux tiers sont des femmes.<sup>12</sup> Les meilleures pratiques pour soutenir les filles, les femmes et l'égalité des sexes pourraient inclure la mise en œuvre des processus d'analyse, de budgétisation et d'audit qui soient sensibles au genre, ainsi qu'un marqueur d'égalité des sexes pour le suivi et le rapport des allocations et des dépenses.<sup>15,16</sup>

## 3. Augmenter le financement public global pour permettre la parité et l'équité salariales

Certains ont dit que la sous-paiement des travailleurs essentiels des soins de longue durée au Canada est le « comble de l'hypocrisie », car ces travailleurs sont essentiels au bien-être des patients, alors qu'ils sont jetables selon le droit du travail.<sup>17</sup>

Les différences de salaires entre la main-d'œuvre des SLD et celle du secteur hospitalier varient selon les pays de l'OCDE, le Canada et le Royaume-Uni présentant les écarts les plus importants avant la pandémie.<sup>4</sup> Certaines provinces ont pris des mesures pour remédier à cette situation au

début de la pandémie. Par exemple, en avril 2020, le chef de l'Autorité des soins de santé de la Colombie-Britannique a commencé à gérer publiquement la dotation en personnel dans tous les établissements de SLD. Cette directive garantissait que les travailleurs pouvaient être obligés d'effectuer leur travail dans un seul établissement afin de soutenir les mesures de prévention et de contrôle des infections. En outre, le gouvernement de la Colombie-Britannique a également veillé à ce que les travailleurs effectuant le même travail dans différents établissements aient la garantie d'un salaire égal les uns par rapport aux autres – la parité salariale – par le biais d'un processus provincial négocié d'ajustement de la main-d'œuvre en vertu duquel ils reçoivent des salaires horaires équivalents à la convention collective en vigueur pour la Health Employees Association of BC (l'Association des employés du secteur de la santé de la Colombie-Britannique). En d'autres termes, tous les soignants travaillant dans des établissements de SLD recevaient des salaires syndicaux à temps plein.<sup>18,19</sup> Ce « modèle de site unique », ainsi que l'ajustement de la main-d'œuvre, ont contribué à stabiliser la main-d'œuvre qui, auparavant, travaillait sur plusieurs sites, chacun desquels avait son propre taux de rémunération.

Plus de la moitié des pays de l'OCDE ont augmenté les salaires au cours de la dernière décennie, d'une manière ou d'une autre. La mise en œuvre de mesures visant à améliorer les salaires et les avantages sociaux peut contribuer au recrutement et à la fidélisation ; par exemple, des salaires plus élevés sont un facteur prédictif d'une plus longue durée d'emploi chez les travailleurs à domicile.<sup>4</sup> Mais l'augmentation des salaires s'accompagne d'une mise en garde: bien qu'intuitivement, nous supposons que l'augmentation des salaires améliore la rétention, certaines évaluations suggèrent que si des salaires plus élevés influencent la rotation du personnel en la réduisant, l'effet sur la rétention en demeure faible si l'augmentation salariale est le seul changement apporté aux conditions de travail. À moins qu'elles ne soient accompagnées d'une augmentation du financement global, les augmentations salariales seules peuvent paradoxalement conduire à la précarisation de l'emploi, les employeurs réduisant les heures et/ou augmentant la charge de travail.<sup>4</sup> De même, les politiques de « salaire pandémique » dans certaines provinces ont eu des conséquences imprévues sur l'équité lorsque certains prestataires, comme les physiothérapeutes et les travailleurs sociaux en Ontario, ont été exclus de l'augmentation salariale, ce qui leur a donné le sentiment d'être dévalués.<sup>20</sup> Ainsi, la reconnaissance de l'impact durable des « politiques sur le bien-être et l'expérience signale leur puissante influence » sur les prestataires de soins de santé.<sup>20</sup>

#### **4. Augmenter la fiabilité et la flexibilité des horaires pour les travailleurs**

L'augmentation des modalités de travail permettant des horaires plus fiables et plus flexibles permet aux travailleurs de SLD de mieux contrôler l'équilibre entre leur vie professionnelle et leur vie privée. « Une meilleure organisation du travail quotidien et la planification des quarts et des équipes sont des éléments importants pour la satisfaction au travail chez les travailleurs en Autriche, aux Pays-Bas et au Portugal ». <sup>4</sup> Mais la « flexibilité » est une arme à double tranchant si elle confère de la flexibilité uniquement à l'employeur, et non au travailleur. Par exemple, les solutions de dotation en personnel « à la demande », comme le modèle basé sur les applications utilisé par Uber, offrent une certaine flexibilité aux clients des soins de santé à domicile, surtout lorsqu'il est aussi facile de commander un soignant que de commander une pizza. Mais cela peut nuire à l'autonomie, à la stabilité, au bien-être et à la sécurité des revenus des travailleurs. Ceux qui s'opposent à ce que cette économie à la pigne soit adoptée par les communautés de soins affirment qu'elle augmente la précarité de l'emploi et peut donner lieu à « beaucoup de roulement », affectant ainsi la qualité et la continuité des soins.<sup>11</sup> Des modèles de travail plus prévisibles et plus flexibles, qui profitent également aux travailleurs (et pas seulement aux employeurs), nécessitent généralement plus de personnel, de sorte qu'il peut être difficile de faire fonctionner une machine à ressources humaines en santé financièrement allégée tout en couvrant les changements imprévisibles dans les compléments de personnel.

La flexibilité pour les travailleurs peut également passer par des solutions innovantes, comme le « pacte des générations » néerlandais négocié dans une convention collective. Celui-ci « permet aux travailleurs qui entendent prendre leur retraite dans quatre ans de réduire leur temps de

travail de 20 % avec une réduction de salaire de seulement 10 %, alors que, de son côté, l'employeur maintient ses cotisations de retraite au même niveau [plus élevé] ». <sup>21</sup> Les heures supplémentaires sont ensuite partagées entre le personnel plus jeune, de sorte que les employés plus âgés travaillent moins et que les jeunes employés bénéficient d'un contrat plus avantageux.

## 5. Transformer le travail « non déclaré » en travail « déclaré »

Les travailleurs du secteur privé non déclarés ou sans-papiers – souvent des migrants ou de nouveaux immigrants, dont beaucoup sont souvent des infirmières diplômées ou d'autres professionnels dans leur pays d'origine, mais travaillent comme aides à domicile au Canada – ne sont pas admissibles à la protection sociale ou ne parviennent pas à accumuler des droits substantiels en raison de leurs habitudes de travail intermittentes et précaires. <sup>4</sup> « Plus la part des travailleurs migrants sur le marché du travail est importante, sans amélioration de leurs salaires, de leurs conditions de travail et de leurs possibilités de permanence, plus la situation est mauvaise pour tous ». <sup>22</sup> L'étendue des soins privés non déclarés / sans-papiers au Canada est inconnue. Une informatrice clé (qui travaille dans le privé en tant qu'aide-soignant à domicile pour des clients dans leur propre maison) avait ceci à dire sur le travail non déclaré :

*« D'après ce que je vois, au moins 25 % des aides-soignants travaillent à titre privé au domicile des clients, sous la table. Certains travaillent aussi à temps partiel pour une agence. Mais les agences demandent 35 \$ et ne vous paient que 17 ou 18 \$ ... et encore moins que cela après impôts. Vous ne pouvez pas faire vivre une famille avec ça. Les clients privés paient entre 25 et 35 dollars, ce qui vous permet de doubler votre salaire... mais il n'y a pas d'avantages sociaux, pas d'indemnités de maladie. Je préférerais travailler plus d'heures pour une agence, mais je ne peux pas me le permettre ». (Informatrice clé n° 1)*

Réduire le travail privé « non déclaré » <sup>a</sup> et le transformer en travail « déclaré » peut aider à recruter et à retenir les travailleurs grâce à diverses mesures, telles que les chèques-services subventionnés ou les crédits d'impôt. <sup>4</sup> En France, par exemple, les chèques-services sont subventionnés par l'allocation personnalisée d'autonomie, qui permet aux familles d'utiliser des chèques universels pour acheter des soins d'aide à la personne ciblés (comme les activités de la vie quotidienne, ou AVQ<sup>b</sup>) et d'autres aides à domicile (activités instrumentales de la vie quotidienne, ou AIVQ<sup>c</sup>). Le paiement au moyen de titres-services transforme essentiellement le travail non déclaré en travail déclaré, contribuant ainsi à l'éligibilité des travailleurs à divers droits et protections. Ce système doit être conçu avec soin pour éviter de réduire involontairement le revenu net des travailleurs. La Finlande encourage le travail déclaré en autorisant une déduction fiscale de 20 % du salaire versé (y compris les cotisations de sécurité sociale) à un entrepreneur individuel ou à une entreprise commerciale, ou de 50 % de la rémunération du travail versée. <sup>4</sup>

<sup>a</sup> L'OCDE utilise le terme « non déclaré », mais nous reconnaissons que des termes comme « non déclaré » et « sans-papiers » présentent des difficultés. Les organismes communautaires canadiens ont introduit des termes comme « sans statut » ou « migrant précaire » pour remplacer le terme « sans-papiers », car la plupart des personnes dans cette situation possèdent ou possédaient des documents valides, mais n'ont plus de statut valide ou actif. Il est important de noter que presque personne n'entre au Canada sans une certaine forme de statut d'immigration, que ce soit à titre de visiteur, de réfugié demandant l'asile, d'étudiant doté d'un permis d'étudiant valide, ou de travailleur disposant d'un visa de travailleur étranger temporaire. Les gens deviennent des « sans-papiers » pour diverses raisons, par exemple parce que leur statut ou leur visa vient à échéance, ou parce qu'ils sont arrivés au Canada au cours de leur enfance et ne se rendent compte qu'une fois adultes qu'ils deviennent « sans-papiers ». <sup>23</sup>

<sup>b</sup> Parmi les activités AVQ, l'on peut noter celles de s'habiller, de manger, d'aller aux toilettes, de se laver, de faire sa toilette et de se déplacer.

<sup>c</sup> Parmi les activités AIVQ, on peut noter celles de gérer les finances, de faire la cuisine, de préparer des repas, de faire la gestion médicale et de s'occuper du transport.

## 6. Créer des environnements de travail plus sains qui privilégient le sens et la finalité du travail, ainsi que le respect et l'autonomie en milieu du travail

Des environnements de travail plus sains sont essentiels pour mieux se relever des perturbations de la pandémie de COVID-19. Les effets à long terme de la pandémie sur notre santé mentale et physique individuelle et collective commencent seulement à se manifester. Pour beaucoup de personnes, la pandémie a changé la façon dont elles aperçoivent le travail : en effet, elles ont repensé le sens du travail. Il est bien connu que les conditions de travail sont les conditions de soins.<sup>24</sup> Les employeurs avisés devraient prêter attention à ce phénomène s'ils espèrent recruter et conserver des travailleurs.

Alors à quoi ressemble un environnement de travail plus sain ? Beaucoup de choses entrent en jeu. Il s'agit notamment de créer une culture de la santé et de la sécurité afin d'améliorer le bien-être des travailleurs et de réduire les blessures de tous types (physiques, émotionnelles et morales) ; d'offrir des opportunités de croissance professionnelle ; de développer des programmes de formation et de coaching sur le lieu de travail (et non des modules informatiques à compléter lors du dîner) ; et d'améliorer le travail d'équipe pour soutenir les équipes autogérées ou auto-organisées plutôt que les hiérarchies de gestion traditionnelles. Dans ce sens, le modèle néerlandais Buurtzorg de soins de proximité est à relever. La devise de ce modèle en résumé bien l'orientation primordiale : « misons sur l'humanité plutôt que sur la bureaucratie ».<sup>25,26</sup> Le modèle Buurtzorg n'est qu'un modèle d'organisation innovant qui « déplace le pouvoir vers les lignes de front, loin des agences centrales et de la gestion. Des cellules de 6 à 10 infirmières sont attachées à une communauté et planifient elles-mêmes leurs visites à domicile. Elles décident et ajustent les plans de soins en temps réel. Il s'agit en fait d'une organisation de soins de santé comprenant 10 000 personnes, mais sans s'encombrer d'administration ».<sup>26</sup> Le modèle fonctionne apparemment bien et se répand dans d'autres pays comme l'Allemagne, le Danemark, la Suède, Taiwan, le Royaume-Uni, etc. L'initiative Hope de l'Ontario s'inspire du modèle Buurtzorg et fournit un « environnement d'essai et une méthodologie en vue d'effectuer des expériences ».<sup>27</sup>

## 7. Accréditer des professionnels diplômés à l'étranger

L'intégration des immigrants et des professionnels formés à l'étranger dans la main-d'œuvre canadienne faisait partie de l'Initiative sur les travailleurs formés à l'étranger du Canada, lancée en 2005.<sup>28</sup> Cette initiative comprenait l'Initiative relative aux professionnels de la santé diplômés à l'étranger, qui a permis d'accroître l'offre de professionnels de la santé en élargissant l'évaluation et l'intégration des professionnels de la santé formés à l'étranger. Il est plus que jamais essentiel de cultiver ces talents inexploités, compte tenu des pénuries de main-d'œuvre qui elles-mêmes ont été aggravées par les pandémies. Afin de débloquent ces compétences, il faudra lever les obstacles dans plusieurs domaines, notamment l'immigration, la délivrance de titres de compétences et l'emploi.<sup>29</sup> Il s'agit notamment de supprimer les obstacles réglementaires liés au statut d'immigrant<sup>30</sup> ; de créer des voies d'accès ciblées à la résidence permanente<sup>29</sup> ; de permettre la délivrance de titres de compétences<sup>31</sup> et de l'autorisation d'exercer par le biais de « systèmes d'évaluation et de formation équitables, accessibles et cohérents » qui mènent à l'inscription de professionnels qualifiés ; ainsi que la création de passerelles et de soutiens qui mènent à un éventuel emploi.<sup>29</sup> L'ouverture de voies d'accès pour les professionnels formés à l'étranger est un domaine complexe à l'intersection de la santé, du travail, des relations internationales, des politiques et du droit de l'immigration (et de la politique) qui dépasse le cadre de cette Note d'enjeux, mais qui est très bien décrit ailleurs.<sup>29,32</sup>

La seule réserve sérieuse à l'égard de la facilitation de l'accès à la pratique professionnelle est que le Canada ne doit pas « débaucher » les travailleurs des pays à revenu faible et moyen (PRFM), contribuant ainsi à la « fuite des cerveaux » et comblant nos propres besoins aux dépens des pays les plus pauvres de la planète.<sup>33</sup> Le Canada a été critiqué pour ce comportement et fait partie « des nombreux pays riches, dont les États-Unis et le Royaume-Uni, qui recrutent énergiquement des travailleurs médicaux dans les pays en développement afin de reconstituer un effectif de soins de santé considérablement réduit par la pandémie de COVID-19.

L'urgence et la forte pression exercée par les pays à haut revenu – y compris l'Allemagne et la Finlande, qui n'avaient jamais recruté de personnel de santé à l'étranger – ont bouleversé les schémas migratoires et soulevé de nouvelles questions sur l'éthique du recrutement dans les pays dont les systèmes de santé sont faibles pendant une pandémie ».<sup>34</sup>

Existe-t-il un moyen de recruter de manière éthique des travailleurs de la santé dans les PRFM ? Le Code de pratique mondial de l'OMS pour le recrutement international des personnels de santé reconnaît le droit des individus à migrer, « mais demande aux nations riches de recruter par le biais d'accords bilatéraux, avec la participation du ministère de la santé du pays d'origine ».<sup>34</sup> D'autres affirment que si ces pays riches « acceptent un travailleur de la santé qui émigre de lui-même d'un PRFM, ils doivent alors former deux personnes ayant des compétences similaires dans ce dernier pays ».<sup>33</sup> Mais au-delà de l'enjeu de recruter des travailleurs de la santé ailleurs dans le monde, nous pourrions, et devrions, investir bien davantage pour *retenir* les soignants qui travaillent déjà au Canada, mais qui partent ou réduisent leurs heures de travail pour la longue liste de raisons évoquées dans cette Note d'enjeux.

#### **8. Moderniser le système pancanadien de permis d'exercice pour les prestataires de soins de longue durée titulaires, y compris pour les médecins et les infirmières**

La délivrance de permis d'exercice aux professionnels de la santé en fonction de la province ou du territoire constitue une entrave à la redistribution de notre main-d'œuvre, notamment en ce qui concerne les communautés mal desservies et éloignées. À l'heure actuelle, la plupart des médecins terminent leurs études de médecine en passant les examens pancanadiens du Licencié du Conseil médical du Canada (LCMC). Ils passent ensuite les examens pancanadiens du Collège royal des médecins et chirurgiens (CRMCC) et sont assurés par l'Association canadienne de protection médicale (ACPM). Cependant, l'autorisation d'exercer des professionnels de la santé réglementés, comme les médecins et les infirmières, relève de la compétence des provinces et des territoires, ce qui donne lieu à 13 organismes d'autorisation d'exercer (les collèges).<sup>35</sup> L'obtention d'un permis d'exercice dans une autre province peut être excessivement coûteuse et longue, limitant ainsi la mobilité des fournisseurs de soins de santé, y compris pendant une pandémie. Un permis d'exercice national pour les médecins et les infirmières, ou ce que certains appellent un « passeport professionnel national »,<sup>36</sup> permettrait aux infirmières et aux médecins d'exercer dans n'importe quelle juridiction canadienne, sans avoir à payer des frais et des demandes onéreuses. Bien que les 13 provinces et territoires du Canada aient convenu en 2009 d'une norme nationale en matière de permis d'exercice, celle-ci n'a toujours pas été adoptée.<sup>37</sup> L'idée n'est pas nouvelle : l'Australie dispose d'un système national de permis d'exercice, tout comme le Royaume-Uni, par l'intermédiaire du General Medical Council (Conseil médical général), ce dernier permettant aux médecins titulaires d'un permis d'exercice en Angleterre, en Irlande du Nord, en Écosse et au Pays de Galles.<sup>37</sup>

Les soins virtuels sont là pour rester. En effet, il s'agirait d'un des rares conséquences positives de la pandémie.<sup>38</sup> En vertu du critère de transférabilité prévu par la *Loi canadienne sur la santé*<sup>39</sup>, les soins de santé au Canada sont censés être transférables au Canada, que ce soit en personne ou virtuellement. Un accord-cadre national sur le permis d'exercice permettrait une pratique interprovinciale / territoriale, facilitée par des accords interprovinciaux de facturation réciproque visant à assurer la transférabilité et l'accessibilité entre les provinces et les territoires. Il serait encore mieux d'élaborer un accord dans le contexte d'une stratégie pancanadienne pour les ressources humaines en santé afin d'éviter des conséquences imprévues, comme une plus grande mobilité des fournisseurs et, par conséquent, l'instabilité pour les patients dans le cas où leurs fournisseurs peuvent se déplacer plus facilement.<sup>37</sup> Bien que certains aient fait valoir qu'il serait difficile de créer un système pancanadien unique parce que les soins de santé relèvent principalement de la compétence des provinces et des territoires, d'autres affirment « que la Constitution autoriserait le gouvernement fédéral à y jouer un rôle, à participer ... à la résolution des problèmes de main-d'œuvre en santé ».<sup>37</sup> Nous avons vu le gouvernement fédéral jouer un rôle de leader dans de nombreux dossiers liés à la santé publique, notamment l'apprentissage précoce, la garde d'enfants, l'assurance-médicaments et les soins dentaires, réunissant les

intervenants pour partager l'information et les approches politiques.<sup>40</sup> L'amorce de discussions avec les provinces et les territoires sur les permis d'exercice pancanadiens représente une nouvelle opportunité pour le gouvernement fédéral de démontrer du leadership.

#### **9. Moderniser la stratégie pancanadienne en matière de ressources humaines dans le domaine de la santé**

La Stratégie pancanadienne relative aux ressources humaines en santé a été lancée en 2004-2005 pour favoriser une coordination efficace et une planification concertée à l'échelle du pays.<sup>41</sup> Administrée par le Programme de contribution aux politiques en matière de soins de santé (PCPSS) de Santé Canada, elle suit quatre orientations stratégiques principales : (1) l'offre de fournisseurs de soins de santé ; (2) l'utilisation plus efficace des compétences ; (3) la création de milieux de travail sains, favorables et propices à l'apprentissage ; et (4) une planification et des prévisions plus efficaces.<sup>41</sup> La modernisation de cette stratégie en y ajoutant (au moins) les 10 stratégies de recrutement et de maintien en poste discutées dans cette note d'enjeux permettraient de planifier de manière à aider à surmonter les effets perturbateurs que la pandémie a eus sur les ressources humaines de la santé, y compris sur le personnel des SLD. En outre, il existe un riche corpus d'expertise politique au Canada et à l'étranger sur la migration et l'intégration<sup>32</sup>, ainsi que sur les innovations en matière de ressources humaines en santé dans les pays membres de l'OCDE et dans les États membres de l'OMS<sup>43</sup> qui pourrait alimenter une stratégie actualisée. Réunir ces ressources et ces experts pour remodeler la stratégie pancanadienne en matière de ressources humaines en santé serait un investissement judicieux dans notre avenir commun.

#### **10. Envisager la mise en place d'une assurance pancanadienne pour les soins de longue durée afin de consacrer des fonds aux services de soins de longue durée**

Les modalités de financement des soins de longue durée, y compris les soins à domicile, varient selon les pays de comparaison de l'OCDE. Aux Pays-Bas, au Danemark et en Allemagne, les soins de longue durée, y compris les soins à domicile, font partie intégrante des systèmes de santé et d'aide sociale et sont inscrits dans la loi.<sup>44</sup> L'Allemagne et le Danemark s'en remettent tous deux à une assurance nationale obligatoire pour les soins de longue durée – des régimes sociaux d'assurance maladie dédiés – afin de financer les soins à domicile, que ce soit par le biais de charges sociales (Allemagne) ou encore de recettes générales (Danemark). Les Pays-Bas comptent sur trois lois intégrées qui permettent des services intégrés pour les soins de longue durée, les soins de santé et l'aide sociale, les soins de longue durée étant financés par une combinaison de charges sociales, de recettes générales et de primes communautaires. Plusieurs autres pays ont mis en place des prestations universelles de soins personnels, en espèces (Autriche, France, Italie) ou en nature (Australie, Nouvelle-Zélande), plutôt qu'un système de financement dédié aux soins de longue durée.<sup>45</sup> Le Royaume-Uni (à l'exception de l'Écosse, qui dispose d'un système universel) et les États-Unis disposent d'un « filet de sécurité » ou de régimes sous condition de ressources pour couvrir les coûts des SLD.<sup>45</sup>

Le Canada, en revanche, mise sur un accord de financement partagé entre le gouvernement fédéral et les gouvernements provinciaux / territoriaux, les personnes contribuant de leur poche pour des montants variables en fonction de leur capacité de paiement, ou occasionnellement par le biais d'une assurance de soins de longue durée achetée à titre privé.

Une façon de contribuer au financement de la parité salariale et de l'amélioration des avantages sociaux des travailleurs du secteur des soins de longue durée serait de mettre en œuvre un programme pancanadien d'assurance des soins de longue durée financé par l'État, semblable à l'assurance-maladie, pour soutenir non seulement les soins de longue durée en établissement, mais aussi les soins à domicile pour la grande majorité des Canadiens qui « vieillissent chez eux » dans un contexte où ils ont accès à une mosaïque de services financés par l'État et le secteur privé, ou sont parfois privés d'un tel accès. Les mêmes normes qui s'appliquent à l'assurance-maladie pourraient s'appliquer aux soins de longue durée – c'est-à-dire la gestion publique,

l'intégralité, l'universalité, la transférabilité et l'accessibilité – conformément au premier objectif qui est celui de protéger, de favoriser et d'améliorer le bien-être physique et mental des habitants du Canada et de faciliter un accès satisfaisant aux services de santé, sans obstacle d'ordre financier ou autre.<sup>39</sup> Pourquoi faudrait-il un programme pancanadien financé par l'État fédéral à la place de mesures comme des primes déductibles d'impôt pour les assurances privées ? En partie parce que des données empiriques et théoriques montrent que les coûts administratifs des assurances privées sont beaucoup plus élevés que ceux des assurances publiques en raison du nombre d'activités administratives que les assureurs privés doivent gérer, comme la publicité, la souscription, la facturation, le traitement et le rapprochement des demandes de règlement, le traitement des paiements.<sup>46-48</sup> Les frais généraux administratifs des régimes publics d'assurance-maladie au Canada sont inférieurs à 2 %<sup>49</sup>, comparativement à 18 % aux États-Unis pour les régimes d'assurance privés.<sup>50</sup>

**Tableau 1. Résumé des 10 mesures visant à faciliter le recrutement et le maintien en poste des travailleurs du secteur des soins de longue durée**

No.	Mesure
1	Offrir moins de travail à temps partiel involontaire
2	Étendre les avantages et les protections au prorata à tous les travailleurs en SLD, y compris aux travailleurs indépendants
3	Augmenter le financement public global pour permettre la parité et l'équité salariales
4	Augmenter la fiabilité et la flexibilité des horaires pour les travailleurs
5	Transformer le travail « non déclaré » en travail « déclaré »
6	Créer des environnements de travail plus sains qui privilégient le sens et la finalité du travail, ainsi que le respect et l'autonomie en milieu du travail
7	Accréditer des professionnels diplômés à l'étranger
8	Moderniser le système pancanadien de permis d'exercice pour les prestataires de soins de longue durée titulaires, y compris pour les médecins et les infirmières
9	Moderniser la stratégie pancanadienne en matière de ressources humaines dans le domaine de la santé
10	Envisager la mise en place d'une assurance pancanadienne pour les soins de longue durée afin de consacrer des fonds aux services de soins de longue durée

## Discussion

### Quels enseignements le Canada peut-il tirer en vue d'éclairer la planification future visant à renforcer et à élargir la main-d'œuvre des SLD ?

Nous savons depuis longtemps que les données démographiques canadiennes démontrent à quel point il est urgent de concevoir et de mettre en œuvre des plans pour renforcer nos ressources humaines en santé afin de soutenir les personnes âgées. La pandémie de COVID-19 a braqué les projecteurs sur ce problème, de nombreux travailleurs ayant dépassé le point de rupture dans le secteur de la santé, y compris dans les établissements de soins de longue durée. Pour mieux se relever de la pandémie de COVID-19, il faudra un leadership courageux de même qu'une coopération à tous les niveaux de

gouvernement. Dans cette Note d'enjeux, notre examen rapide révèle 10 mesures qui pourraient contribuer à améliorer le recrutement et la rétention de la main-d'œuvre des soins de longue durée au Canada. Ces mesures convergent toutes vers le même point : il convient de créer un travail qui ait un sens et qui soit fiable pour les travailleurs, qui reconnaisse leur expertise et leur autonomie professionnelle, qui offre une rémunération et des avantages sociaux équitables et proportionnels à leur expertise, qui se déroule dans un environnement de travail sain, et qui soit disponible pour soutenir toutes les personnes âgées qui ont besoin de soins de longue durée, où qu'elles choisissent de vivre, en fonction des besoins et non de leur capacité de payer.

De nombreux pays de l'OCDE sont en avance sur nous : au moment de faire face à la pandémie, ces autres pays disposaient déjà de systèmes de soins intégrés et suffisamment financés pour soutenir les personnes âgées. Or, tout comme le Canada, beaucoup de ces autres pays membres de l'OCDE ont maintenant du mal à retenir et à recruter des travailleurs.

Certains pays (comme la France et la Finlande) ont mis en place des mesures pour transformer le travail « non déclaré » en travail « déclaré ». Les Pays-Bas ont reconnu que la flexibilité et la fiabilité sont toutes deux importantes pour les travailleurs, et ont, pour cette raison, créé un « pacte des générations » afin de bénéficier de l'expertise des travailleurs expérimentés plus âgés qui souhaitent encore travailler un peu, mais pas à temps plein, tout en constituant simultanément une nouvelle offre de main-d'œuvre parmi les jeunes travailleurs qui souhaitent travailler à temps plein. La classification erronée des travailleurs en tant qu'entrepreneurs indépendants plutôt qu'employés prive ces derniers des avantages auxquels ils devraient avoir droit, de sorte que la réduction de ce phénomène constitue une importante stratégie de maintien en poste. Le degré de parité salariale entre les secteurs de la santé – les soins à domicile vs. les établissements de soins de longue durée vs. les hôpitaux – varie selon les pays de l'OCDE, mais le Canada se distingue par de grandes différences de salaires entre ces secteurs. Nous devrions viser un salaire égal pour un travail de valeur égale. Des environnements de travail plus sains – y compris ceux où les travailleurs trouvent un sens à leur travail, ainsi que du respect et une autonomie professionnelle – sont fondamentaux pour mieux se relever des perturbations de la pandémie de COVID-19. Les employeurs avisés devraient y prêter attention s'ils espèrent attirer et retenir les travailleurs. La pandémie nous a montré que la vie est courte ; les travailleurs seront soit peu disposés à tolérer des conditions de travail malsaines, ou bien soit contraints de les tolérer, mais au prix de graves risques pour leur bien-être et la stabilité de la main-d'œuvre. L'élimination des obstacles à la pleine intégration des immigrants et des professionnels formés à l'étranger permettra de débloquer ces talents, mais il faut savoir que le débauchage par les pays nantis des travailleurs des PRFM est contraire à l'éthique, et l'on a notamment reproché ce manquement à l'éthique au Canada, aux États-Unis, au Royaume-Uni, à l'Allemagne et à la Finlande. Le permis d'exercice national pour les professionnels de la santé, comme les médecins et les infirmières, est une approche utilisée en Australie et au Royaume-Uni. Le Canada parle de créer un tel permis depuis fort longtemps : la pandémie l'inciterait enfin à agir dans ce sens. Il est à souligner que ce permis d'exercice pancanadien entraînerait des compromis et des conséquences involontaires ; la mise à jour de la stratégie nationale du Canada en matière de ressources humaines en santé pourrait contribuer à atténuer ces risques. Enfin, et surtout, comment allons-nous payer pour tout cela ? Une option serait de créer une assurance nationale de soins de longue durée financée par l'État, par le biais d'un financement dédié comme aux Pays-Bas, au Danemark et en Allemagne, ou encore de prestations universelles, soit en espèces comme en Autriche, en France et en Italie, soit en nature comme en Australie et en Nouvelle-Zélande.

## Conclusion

On dit que l'on mesure une civilisation à la façon dont elle traite ses membres les plus vulnérables. La pandémie a frappé de nombreuses personnes, a mis à mal notre système de soins de santé et a épuisé notre personnel de santé. La mise en œuvre de stratégies visant à recruter et à retenir les travailleurs du secteur des soins de longue durée contribuera à nous protéger tous, y compris les membres les plus vulnérables de la société, créant ainsi « une main-d'œuvre plus résiliente, plus talentueuse et mieux rémunérée, de même qu'une société plus robuste et plus équitable ».<sup>51</sup>

Pour ce faire, il faudra investir dans une main-d'œuvre « imaginative, inspirée, capable et... joyeuse, invitée à utiliser son esprit et sa volonté pour coopérer à la réinvention du système, lui-même... Elle devra le faire ensemble, en équipe, accueillir les échecs de l'information, célébrer les succès en tant que collectif... en raison du sens qu'elle ajoute à sa vie et de la paix qu'elle offre dans son âme. Une main-d'œuvre si noblement engagée ne mérite pas moins ». <sup>2,52</sup>

## Références

1. Canadian Medical Association [Internet]. Ottawa ON: CMA; c2022. The time to address the health workforce crisis is now; 2021 Oct 28 [cité 2022 mars 7]. Disponible à l'adresse URL suivante: <https://www.cma.ca/news-releases-and-statements/time-address-health-workforce-crisis-now>
2. Berwick D. Improvement, trust, and the healthcare workforce. Qual Saf Health Care [Internet]. 2003 Dec [cité 2022 mars 10];12(Suppl 1):i2–6. Disponible à l'adresse URL suivante: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1765768/> DOI: 10.1136/qhc.12.suppl\_1.i2
3. World Health Organization Regional Office for Europe [Internet]. Copenhagen DK: WHO Regional Office for Europe; c2022. About pandemic phases; [cité 2022 mars 10]. Disponible à l'adresse URL suivante: <https://www.euro.who.int/en/health-topics/communicable-diseases/influenza/data-and-statistics/pandemic-influenza/about-pandemic-phases>
4. OECD iLibrary. Who Cares? Attracting and Retaining Elderly Care Workers. OECD Health Policy Studies [Internet]; 2020 [cité 2021 juillet 19]. Disponible à l'adresse URL suivante: [https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/who-cares-attracting-and-retaining-elderly-care-workers\\_92c0ef68-en](https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/who-cares-attracting-and-retaining-elderly-care-workers_92c0ef68-en) DOI: <https://doi.org/10.1787/92c0ef68-en>
5. Foley KT, Luz CC. Retooling the Health Care Workforce for an Aging America: A Current Perspective. Gerontologist [Internet]. 2020 Oct [cité 2022 mars 14];61(4):487–96. Disponible à l'adresse URL suivante: <https://academic.oup.com/gerontologist/article-abstract/61/4/487/5936630?redirectedFrom=fulltext> DOI: <https://doi.org/10.1093/geront/gnaa163>
6. Becker's Hospital Review [Internet]. Chicago IL: Becker's Healthcare; c2022. 10 things Gen Z, millennial nurses want from their hospitals; 2022 Mar 11 [cité 2022 mars 15]. Disponible à l'adresse URL suivante: [https://www.beckershospitalreview.com/nursing/10-things-gen-z-millennial-nurses-want-from-their-hospitals.html?origin=BHRE&utm\\_source=BHRE&utm\\_medium=email&utm\\_content=newsletter&oly\\_enc\\_id=3969J3021934C3X](https://www.beckershospitalreview.com/nursing/10-things-gen-z-millennial-nurses-want-from-their-hospitals.html?origin=BHRE&utm_source=BHRE&utm_medium=email&utm_content=newsletter&oly_enc_id=3969J3021934C3X)
7. The Hamilton Spectator [Internet]. Toronto ON: Metroland Media Group Ltd; c2022. Long-term care workers need secure, not precarious, jobs; 2020 Apr 10 [cité 2022 avril 8]. Disponible à l'adresse URL suivante: <https://www.thespec.com/opinion/contributors/2020/04/10/long-term-care-workers-need-secure-not-precarious-jobs.html>
8. Stanford J. 10 ways the Covid-19 pandemic must change work. Vancouver (BC): Centre for Future Work, CCPA; 2020 Jun. 54 p. Disponible à l'adresse URL suivante: [https://centreforfuturework.ca/wp-content/uploads/2020/06/10Ways\\_work\\_must\\_change.pdf](https://centreforfuturework.ca/wp-content/uploads/2020/06/10Ways_work_must_change.pdf)
9. Maclean's [Internet]. Toronto ON: St. Joseph Communications; c2022. The big issue in the next federal budget should be the Care Economy; 2021 Apr 17 [cité 2022 mars 14]. Disponible à l'adresse URL suivante: <https://www.macleans.ca/economy/the-big-issue-in-the-next-federal-budget-should-be-the-care-economy/>
10. Atkinson Foundation. The Caring Economy must be more than an afterthought. At over 12% of GDP & 21% of jobs, it's foundational to an equitable economic recovery shows Atkinson Fellow on the #FutureofWorkers @ArmineYalnizyan. Get Armine's up-to-the-minute commentary: <https://futureofworkers.substack.com> #cdnpoli: <https://t.co/Wnizk8WLA6> 2021 Mar 19 [cité 2022 mars 10] [Tweet]. Disponible à l'adresse URL suivante: @AtkinsonCF
11. Toronto Star [Internet]. Toronto ON: Toronto Star. Long-term-care homes needed staff during COVID-19. So they turned to gig workers. Inside the 'Uber-ization' of health care; 2021 Mar 19 [cité

- 2022 mars 16]. Disponible à l'adresse URL suivante:  
<https://www.thestar.com/news/gta/2021/03/19/long-term-care-homes-needed-staff-during-covid-19-so-they-turned-to-gig-workers-inside-the-uber-ization-of-health-care.html>
12. Toronto Star [Internet]. Toronto ON: Toronto Star. What football tells us about the future of workers; 2021 Dec 29 [cité 2022 mars 14]. Disponible à l'adresse URL suivante:  
<https://www.thestar.com/business/opinion/2021/12/29/what-football-tells-us-about-the-future-of-workers.html>
  13. Government of Canada [Internet]. Ottawa ON: Government of Canada; c2022. The new realities of working Canadians: The right to disconnect and gig work consultation: Closed consultation; 2022 Feb 24 [cité 2022 avril 19]. Disponible à l'adresse URL suivante:  
<https://www.canada.ca/en/employment-social-development/corporate/portfolio/labour/programs/labour-standards/consultation-right-to-disconnect-and-gig-work.html>
  14. GoldBlatt Partners [Internet]. Toronto ON: Goldblatt Partners LLP; c2022. GP lawyers make submissions on gig work; 2021 May 3 [cité 2022 avril 19]. Disponible à l'adresse URL suivante:  
<https://goldblattpartners.com/news-events/news/post/gp-lawyers-make-submissions-on-gig-work/>
  15. UN Women [Internet]. New York NY: UN Women. Gender marker guidance note; [cité 2022 mars 14]. Disponible à l'adresse URL suivante: <https://www.unwomen.org/en/docs/2012/1/gender-marker-guidance-note>
  16. Medium [Internet]. Medium. Applying a Gender Lens to COVID-19 Response and Recovery; 2020 May 5 [cité 2022 mars 14]. Disponible à l'adresse URL suivante:  
[https://medium.com/@Katja\\_Iversen/applying-a-gender-lens-to-covid-19-response-and-recovery-2fe19255746f](https://medium.com/@Katja_Iversen/applying-a-gender-lens-to-covid-19-response-and-recovery-2fe19255746f)
  17. Yalnizyah A. Underpaying essential long-term care workers is the “apex of hypocrisy”: Economist [video]. Toronto (ON): BNN Bloomberg; [cité 2022 mars 10]. Disponible à l'adresse URL suivante:  
<https://www.bnnbloomberg.ca/video/underpaying-essential-long-term-care-workers-is-the-apex-of-hypocrisy-economist~2113357>
  18. Provincial Health Services Authority [Internet]. Vancouver BC: Provincial Health Services Authority; c2022. Workplace Changes; [cité 2022 mars 10]. Disponible à l'adresse URL suivante:  
<http://www.phsa.ca/staff-resources/covid-19-resources-for-staff/workplace-changes#single-site>
  19. Minister of Public Safety and Solicitor General. Order of the Minister of Public Safety and Solicitor General. Province of British Columbia: British Columbia; 10 April 2020. Ministerial Order No. M105. Disponible à l'adresse URL suivante: [https://www2.gov.bc.ca/assets/gov/public-safety-and-emergency-services/emergency-preparedness-response-recovery/gdx/orders-april-10/ep\\_act\\_order\\_m105-2020\\_single\\_site.pdf](https://www2.gov.bc.ca/assets/gov/public-safety-and-emergency-services/emergency-preparedness-response-recovery/gdx/orders-april-10/ep_act_order_m105-2020_single_site.pdf)
  20. Limoges J, Mclean J, Anzola D, Kolla NJ. Effects of the COVID-19 Pandemic on Healthcare Providers: Policy Implications for Pandemic Recovery. Health Policy [Internet]. 2022 Feb [cité 2022 mars 15];17(3):49-64. Disponible à l'adresse URL suivante:  
[https://www.longwoods.com/content/26728/healthcare-policy/effects-of-the-covid-19-pandemic-on-healthcare-providers-policy-implications-for-pandemic-recovery?utm\\_source=eLetter&utm\\_campaign=ac4a43b9ef-EMAIL\\_CAMPAIGN\\_2022\\_02\\_22\\_09\\_11&utm\\_medium=email&utm\\_term=0\\_0f88455429-ac4a43b9ef-48782337 DOI:10.12927/hcpol.2022.26728](https://www.longwoods.com/content/26728/healthcare-policy/effects-of-the-covid-19-pandemic-on-healthcare-providers-policy-implications-for-pandemic-recovery?utm_source=eLetter&utm_campaign=ac4a43b9ef-EMAIL_CAMPAIGN_2022_02_22_09_11&utm_medium=email&utm_term=0_0f88455429-ac4a43b9ef-48782337 DOI:10.12927/hcpol.2022.26728)

21. European Trade Union Confederation [Internet]. Brussels BE: European Trade Union Confederation; c2022. A better life for young and old(er); [cité 2022 mars 16]. Disponible à l'adresse URL suivante: <https://www.etuc.org/en/better-life-young-and-older>
22. Armine Yalnizyan. This Minute [Internet]. [place unknown]: Atkinson Foundation; c2022. The price of cheap; 2021 Nov 26 [cité 2022 mars 10]. Disponible à l'adresse URL suivante: <https://futureofworkers.substack.com/p/the-price-of-cheap>
23. City of Toronto [Internet]. Toronto ON: City of Toronto; c1998-2022. Undocumented Residents; [cité 2022 mars 10]. Disponible à l'adresse URL suivante: <https://www.toronto.ca/community-people/get-involved/community/toronto-for-all/undocumented-residents/>
24. The Care Economy [Internet]. [place unknown]: [publisher unknown]. Getting Serious About the Federal Mandate on Long-Term Care; [cité 2022 avril 8]. Disponible à l'adresse URL suivante: [https://thecareeconomy.ca/wp-content/uploads/2022/03/LongTermCare\\_GettingSerious-2022-March-25.pdf](https://thecareeconomy.ca/wp-content/uploads/2022/03/LongTermCare_GettingSerious-2022-March-25.pdf)
25. Buurtzorg [Internet]. Buurtzorg; c2022. Welcome to Buurtzorg; [cité 2022 mars 15]. Disponible à l'adresse URL suivante: <https://www.buurtzorg.com/>
26. Rotman [Internet]. Toronto ON: Rotman School of Management. The Next Frontier in Healthcare Innovation; 2019 [cité 2022 mars 15]. Disponible à l'adresse URL suivante: <https://www.rotman.utoronto.ca/Connect/Rotman-MAG/Issues/2019/Back-Issues---2019/Fall2019-SecretsOfTheBestLeaders/Fall2019-FreeFeatureArticle-TheNextFrontierInHealthcareInnovation>
27. Hope [Internet]. Markham ON: Saint Elizabeth Health Care; c2019. The Hope Initiative; [cité 2022 avril 8]. Disponible à l'adresse URL suivante: <https://hopeinitiative.ca/>
28. Government of Canada [Internet]. Ottawa ON: Government of Canada; c2022. Internationally Educated Health Care Professionals; 2018 Mar 7 [cité 2022 mars 16]. Disponible à l'adresse URL suivante: <https://www.canada.ca/en/health-canada/services/health-care-system/health-human-resources/strategy/internationally-educated-health-care-professionals.html>
29. Alboim N, Cohl K, Atlin J, Flecker K. Globally trained local talent: opening pathways for internationally educated professionals to strengthen Ontario's health care system. Toronto (ON): Ryerson University; 2022 Mar. 10 p. Report No.: 7). Disponible à l'adresse URL suivante: [https://www.ryerson.ca/cerc-migration/Policy/CERCMigration\\_PolicyBrief07\\_MAR\\_2022.pdf](https://www.ryerson.ca/cerc-migration/Policy/CERCMigration_PolicyBrief07_MAR_2022.pdf)
30. Toronto Star [Internet]. Toronto ON: Toronto Star. Ontario's plan to use internationally-educated nurses will still leave some on the sidelines; 2022 Jan 11 [cité 2022 mars 16]. Disponible à l'adresse URL suivante: <https://www.thestar.com/politics/provincial/2022/01/11/ontarios-plan-to-use-internationally-educated-nurses-will-still-leave-some-on-the-sidelines.html>
31. CBC News [Internet]. Toronto ON: CBC News; c2022. Pandemic stalls B.C.'s plan to integrate foreign-trained doctors into health care system; 2022 Mar 12 [cité 2022 mars 16]. Disponible à l'adresse URL suivante: <https://www.cbc.ca/news/canada/british-columbia/associate-physicians-bc-1.6382920>
32. CERC In Migration and Integration [Internet]. Toronto ON: Toronto Metropolitan University. CERC Migration Policy Briefs; [cité 2022 avril 8]. Disponible à l'adresse URL suivante: [https://www.ryerson.ca/cerc-migration/Policy/CERCMigration\\_PolicyBrief07\\_MAR\\_2022.pdf](https://www.ryerson.ca/cerc-migration/Policy/CERCMigration_PolicyBrief07_MAR_2022.pdf)
33. Consortium of Universities for Global Health [Internet]. Washington DC: Consortium of Universities for Global Health; c2022. Ban the Poaching of Health Care Workers from Low-Income Countries;

- 2022 Feb 1 [cité 2022 mars 16]. Disponible à l'adresse URL suivante:  
<https://www.cugh.org/blog/ban-the-poaching-of-health-care-workers-from-low-income-countries/>
34. The New York Times [Internet]. New York NY: The New York Times Company; c2022. Rich Countries Lure Health Workers From Low-Income Nations to Fight Shortages; 2022 Jan 24 [cité 2022 mars 16]. Disponible à l'adresse URL suivante:  
<https://www.nytimes.com/2022/01/24/health/covid-health-worker-immigration.html>
  35. Society of Rural Physicians of Canada (CA). Briefing on the emergency situation facing Canadians in light of the COVID-19 pandemic. Shawville (QC): SRPC; 2021 Jun. 9 p. Disponible à l'adresse URL suivante:  
<https://srpc.ca/resources/Documents/SRPC%20HESA%20brief%20June%202021%20-%20Final.pdf>
  36. The Conversation [Internet]. Toronto ON: Academic Journalism Society; c2010-2022. A national licence for doctors in Canada: Is it really possible; 2020 Feb 5. [cité 2022 avril 8]. Disponible à l'adresse URL suivante: <http://theconversation.com/a-national-licence-for-doctors-in-canada-is-it-really-possible-130278>
  37. Healthy Debate [Internet]. Toronto ON: Healthy Debate. Is it time to implement one national license for Canadian doctors; 2020 Mar 18 [cité 2022 mars 16]. Disponible à l'adresse URL suivante:  
<https://healthydebate.ca/2020/03/topic/is-it-time-to-implement-one-national-license-for-canadian-doctors/>
  38. Falk W. The state of virtual care in Canada as of wave three of the COVID-19 pandemic: an early diagnostic and policy recommendations. Ottawa (ON): Health Canada; 2021. 88 p. Disponible à l'adresse URL suivante: [https://epe.lac-bac.gc.ca/100/201/301/weekly\\_acquisitions\\_list-ef/2021/21-38/publications.gc.ca/collections/collection\\_2021/sc-hc/H22-4-26-2021-eng.pdf](https://epe.lac-bac.gc.ca/100/201/301/weekly_acquisitions_list-ef/2021/21-38/publications.gc.ca/collections/collection_2021/sc-hc/H22-4-26-2021-eng.pdf)
  39. Justice Laws Website [Internet]. Ottawa ON: Government of Canada; c2017. Canada Health Act; 2017 Dec 12 [cité 2022 mars 16]. Disponible à l'adresse URL suivante: <https://laws-lois.justice.gc.ca/eng/acts/c-6/page-1.html#h-151441>
  40. The Care Economy. Budget Watch [Internet]. Disponible à l'adresse URL suivante:  
<https://thecareeconomy.ca/wp-content/uploads/2022/03/Workforce-Strategy-Budget-2022-March-9-rev.pdf>
  41. Government of Canada [Internet]. Ottawa ON: Government of Canada; c2022. Health Human Resource Strategy (HHRS); 2011 Jul 7 [cité 2022 mars 14]. Disponible à l'adresse URL suivante:  
<https://www.canada.ca/en/health-canada/services/health-care-system/health-human-resources/strategy.html>
  42. Organisation for Economic Co-operation and Development [Internet]. Paris FR: Organisation for Economic Co-operation and Development. Towards a more efficient use of health human resources: what lessons can we learn from innovations across OECD countries. [cité 2022 avril 8]. Disponible à l'adresse URL suivante: <https://www.oecd.org/els/health-systems/workshop-towards-a-more-efficient-use-of-health-human-resources.htm>
  43. World Health Organization. Global strategy on human resources for health: Workforce 2030. Geneva (CH): World Health Organization. 64 p. Disponible à l'adresse URL suivante:  
<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/250368/9789241511131-eng.pdf>
  44. Palmer KS, Stalteri R, Ongolo Zogo C, Carbone S, Stall NM, Jüni P, Law S. COVID-19 infection prevention and control (IPAC) in long-term care facilities in two OECD countries, the Netherlands and Denmark: best practices, implementation, compliance. Toronto (ON): CanCOVID; 2021 Nov 18.

- 24 p. Disponible à l'adresse URL suivante: <https://cancovid.ca/wp-content/uploads/2021/12/CanCOVID-Issue-Note-OECD-IPAC-EN.pdf>
45. Colombo F, Llana-Nozal A, Mercier J, Tjadens F. Help wanted? Providing and paying for long-term care. Paris (FR): Organisation for Economic Co-operation and Development; 2011. 328 p. Disponible à l'adresse URL suivante: <https://www.oecd.org/health/health-systems/help-wanted-9789264097759-en.htm> DOI: <https://doi.org/10.1787/9789264097759-en>
  46. Himmelstein DU, Campbell T, Woolhandler S. Health Care Administrative Costs in the United States and Canada, 2017. *Ann Intern Med* [Internet]. 2020 Jan [cité 2022 mars 15];172(2):134–42. Disponible à l'adresse URL suivante: <https://www.acpjournals.org/doi/full/10.7326/M19-2818> DOI: <https://doi.org/10.7326/M19-2818>
  47. Law MR, Kratzer J, Dhalla IA. The increasing inefficiency of private health insurance in Canada. *CMAJ* [Internet]. 2014 Sep [cité 2022 mars 15];186(12):E470–4. Disponible à l'adresse URL suivante: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4150733/> DOI: 10.1503/cmaj.130913
  48. The Globe and Mail [Internet]. Toronto ON: The Globe and Mail Inc; c2022.Should you buy long-term-care insurance?;2016 Feb 3 [cité 2022 mars 15]. Disponible à l'adresse URL suivante: <https://www.theglobeandmail.com/globe-investor/retirement/retire-health/should-you-buy-long-term-care-insurance/article28512380/>
  49. Martin D, Miller AP, Quesnel-Vallée A, Caron NR, Vissandjée B, Marchildon GP. Canada's universal health-care system: achieving its potential. *Lancet* [Internet]. 2018 Feb [cité 2022 mars 15];391(10131):1718–35. Disponible à l'adresse URL suivante: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7138369/> DOI: 10.1016/S0140-6736(18)30181-8
  50. Jiwani A, Himmelstein D, Woolhandler S, Kahn JG. Billing and insurance-related administrative costs in United States' health care: synthesis of micro-costing evidence. *BMC Health Ser Res* [Internet]. 2014 Nov [cité 2022 mars 15];14(1):556. Disponible à l'adresse URL suivante: <https://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12913-014-0556-7> DOI: <https://doi.org/10.1186/s12913-014-0556-7>
  51. Lund S, Madgavkar A, Manyika J, Smit S, Ellingrud K, Robinson O. The future of work after COVID-19. [place unknown]: McKinsey & Company; 2021 Feb 18. 30 p. Disponible à l'adresse URL suivante: <https://www.mckinsey.com/featured-insights/future-of-work/the-future-of-work-after-covid-19>
  52. Woolhandler S, Himmelstein DU. Competition in a publicly funded healthcare system. *BMJ* [Internet]. 2007 Nov [cité 2022 mars 16];335(7630):1126–9. Disponible à l'adresse URL suivante: <https://www.bmj.com/content/335/7630/1126> DOI: <https://doi.org/10.1136/bmj.39400.549502.94>

## **Annexe 1: Consultations**

### **Canada**

Armine Yalnyzian  
Économiste et boursière Atkinson dont les recherches concernent l'avenir des travailleurs  
Ottawa, Canada

Amit Arya, MD  
Université McMaster, Division des soins palliatifs, Département de médecine familiale Ontario, Canada

Pat Armstrong, PhD  
Université de York, Département de sociologie  
Ontario, Canada

Colleen Flood, LL.M, S.J.D  
Université d'Ottawa, Centre de droit et d'éthique de la santé Ottawa, Ontario  
[colleenmarionflood@gmail.com](mailto:colleenmarionflood@gmail.com)

Maggie Keresteci, MA, CHE  
Directrice exécutive, Association canadienne pour la recherche sur les services et les politiques de la santé  
Canada  
[maggiekeresteci@gmail.com](mailto:maggiekeresteci@gmail.com)

Isobel Mackenzie, MBA  
Défenseure des personnes âgées de la Colombie-Britannique  
Bureau de la défenseure des personnes âgées de la Colombie-Britannique  
<https://www.seniorsadvocatebc.ca>

Informatrice clé n° 1  
Aide-soignant à domicile

### **Pays-Bas**

Florien Kruse, Ph. D.  
Chercheur postdoctoral  
Centre scientifique pour la qualité des soins de santé (IQ healthcare) Centre médical de l'université Radboud, Radboudumc Nijmegen, Gueldre, Pays-Bas  
[Florien.Kruse@radboudumc.nl](mailto:Florien.Kruse@radboudumc.nl)

Lisa van Tol, MSc, PhD (Candidate)  
Universitair Netwerk voor de Care-sector Zuid-Holland (UNC-ZH) – Covid-19 dans les soins de longue durée, Centre médical de l'Université de Leiden, Département de santé publique et de soins primaires  
<https://www.lumc.nl/org/unc-zh/>  
[L.S.van\\_Tol@lumc.nl](mailto:L.S.van_Tol@lumc.nl)

### **Danemark**

Louise Weikop  
Chef de l'Unité Qualité et Innovation  
Département des soins aux personnes âgées et aux personnes handicapées  
Municipalité d'Aalborg, Danemark  
[louise.weikop@aalborg.dk](mailto:louise.weikop@aalborg.dk)