

SOMMET SUR LA VALORISATION DU TRAVAIL DE SOINS

Améliorer les modèles
de prestation, les emplois
et les soins au
Nouveau-Brunswick



Les Auteur.e.s

Rachelle Pascoe-Deslauriers, Ph.D
Riley Livingstone, Ph.D
Sara-Ann Strong
avec
Brent White, Ph.D

Ron Joyce Centre for Business Studies, Mount Allison University
Sackville, Nouveau-Brunswick

17 Mars 2023

Remerciements

Ce travail a été rendu possible grâce au soutien du Conseil de recherches en sciences humaines (CRSH) dans le cadre des subventions d'engagement partenarial et de Connexion avec la Coalition pour l'équité salariale du Nouveau-Brunswick, d'une subvention de recherche et d'activités créatives du Président de l'Université Mount Allison, ainsi que du soutien d'Avenir NB, du Bureau de l'apprentissage expérientiel et du développement de carrière et du Centre Ron Joyce pour les études commerciales / Département de commerce de l'Université Mount Allison.

Nous souhaitons remercier les membres du comité consultatif. Leur temps et leur expertise ont été indispensables au projet. Un gros merci à Johanne Perron (Coalition pour l'équité salariale NB); Brigitte Donald (Développement social NB); Lise Hitchcock (Association des conseillers en services communautaires du NB), Laurie Anderson (Syndicat des Services Communautaires du NB), Janice Seeley (Association des foyers de soins spéciaux du NB), Morel Caissie (travailleur social à la retraite et consultant en services communautaires); Dr. Hugh Williams (Metapra Associates); et Professeure Patricia Findlay (University of Strathclyde Business School et co-présidente du 'Scottish Fair Work Convention').

Ce sommet ne sera pas possible sans les efforts de Charline Kelly, Johanne Perron, Rachel Richard, Sara-Ann Strong, Rachelle Pascoe-Deslauriers, Maria Thistle, et nos animateur.e.s étudiant.e.s.

SSHRC  CRSH

MountAllison
UNIVERSITY

RON JOYCE CENTRE
for Business Studies
DEPARTMENT OF COMMERCE

 Coalition for Pay Equity
Coalition pour l'équité salariale
New Brunswick • Nouveau-Brunswick

MountAllison
Experiential Learning &
Career Development

MountAllison
Women's & Gender Studies

Mount
Allison
UNIVERSITY

AVENIR NB 

Bienvenue

Le Sommet

Merci d'assister au *Sommet sur la valorisation du travail de soins : améliorer les modèles de prestation, les emplois et les soins au Nouveau-Brunswick*.

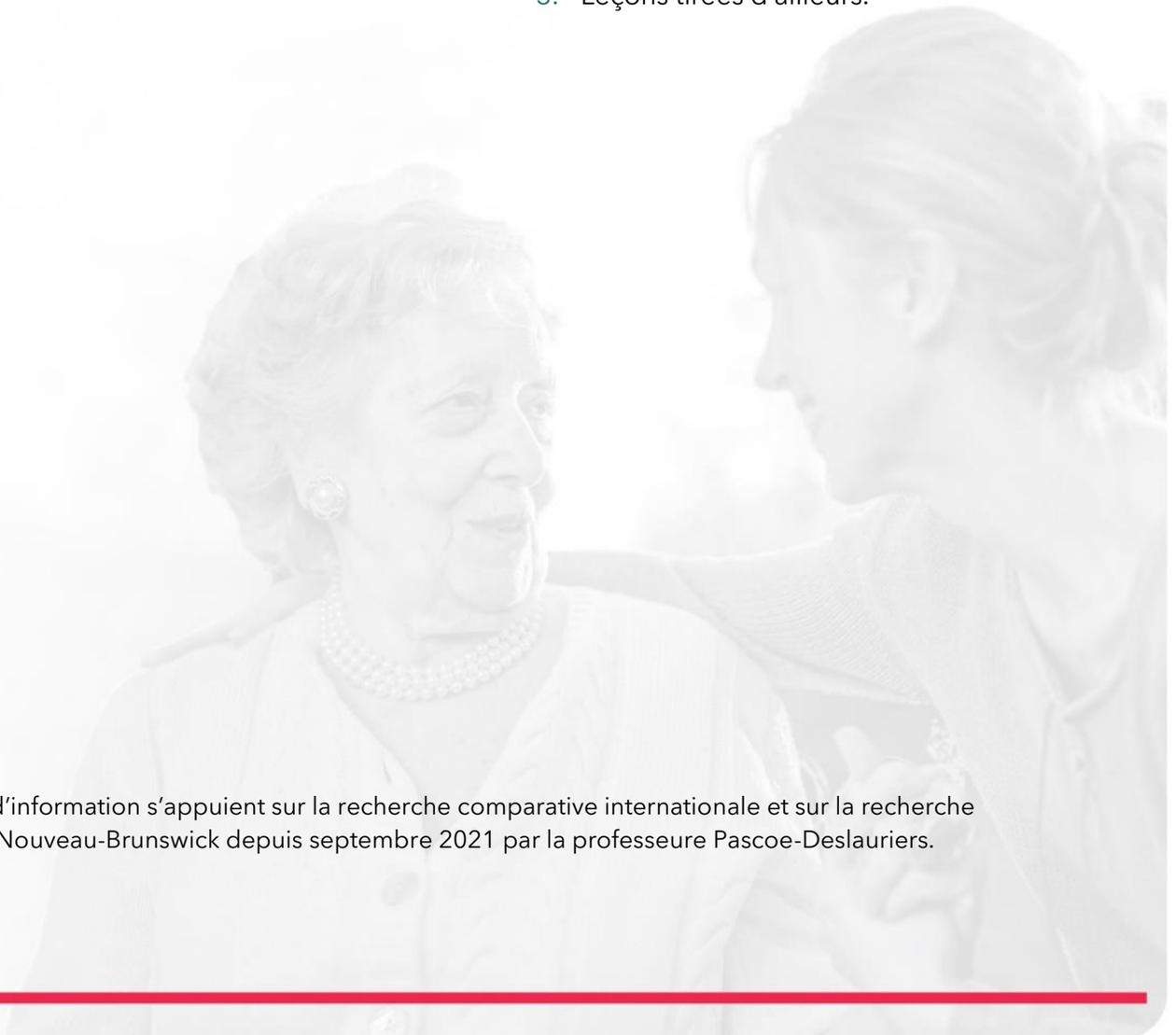
Les présentations et les discussions ont le même objectif, soit d'analyser ensemble la complexité du système de soins communautaires afin d'améliorer les soins et les emplois dans le secteur. Pour ce faire, il faut d'abord comprendre, puis améliorer les modèles de prestation dans la province.

Ce cahier se veut un outil pour les discussions qui auront lieu au *Sommet sur la valorisation du travail de soins* le 17 mars 2023 à la Mount Allison University, à Sackville.

Nous vous invitons à lire les notes d'information et à réfléchir aux questions, qui s'articulent autour des thèmes à discuter pendant les séances en sous-groupes :

1. Les défis systémiques,
2. Collaboration à l'échelle provinciale,
3. Leçons tirées d'ailleurs.

Les notes d'information s'appuient sur la recherche comparative internationale et sur la recherche menée au Nouveau-Brunswick depuis septembre 2021 par la professeure Pascoe-Deslauriers.



La recherche

La pandémie a mis en lumière non seulement le rôle central que joue le travail de soins dans la société et l'économie, mais aussi la fragilité des modèles de prestation de soins actuels au Canada et ailleurs. Les doléances du personnel du secteur – une pénurie de personnel, plusieurs lieux d'affectation et une multitude d'employeur·euses – sont connues depuis longtemps, et ces problèmes ont été exacerbés par la pandémie. C'est une question de main-d'œuvre et de qualité des soins, ce qui met en évidence le lien indissociable entre les personnes qui donnent les soins et celles qui les reçoivent. Voilà les conditions de travail qui règnent dans le secteur, et elles ne sont ni nouvelles ni uniques au Nouveau-Brunswick et aux autres provinces.

La recherche a suivi les pistes suivantes :

- Le secteur des soins englobe beaucoup de personnel soignant, dont l'emploi et le travail diffèrent énormément les uns des autres; il existe d'importantes différences dans leurs tâches, leur lieu de travail, leurs conditions de travail, les compétences nécessaires pour s'acquitter de leurs tâches et leurs conditions d'emploi.
- Les soins ont une dimension relationnelle : un lien unit les soignés et les personnes soignantes (que ces dernières soient rémunérées ou pas)^{1,2}.
- Les discussions et les changements de politiques visant à améliorer la qualité des soins ne peuvent être dissociés des discussions sur le travail du personnel soignant^{3,4}. La valorisation du personnel soignant et de son travail équivaut à la valorisation des personnes qui reçoivent les soins⁵.
- Dans le secteur des soins communautaires, la sous-traitance des services est omniprésente, ce qui a d'importantes répercussions sur les conditions de travail⁶. La sous-traitance n'est pas qu'un marché conclu entre le fournisseur de services et l'État bailleur de fonds. C'est un processus complexe et continu, marqué par de fréquentes interactions et assujéti aux conditions particulières d'acquisition de services⁷.
- Le travail de soins a été sous-évalué par le passé, et l'est encore aujourd'hui⁸ en raison du sexisme, de l'âgisme, du racisme et de la discrimination fondée sur la citoyenneté⁹

Les secteurs des soins communautaires évoluent aux quatre coins du monde dans des contextes politiques et institutionnels complexes. Leur défi et celui de leur main-d'œuvre résident dans le financement et la sous-évaluation du travail des femmes¹⁰. Pour améliorer les conditions de travail, il faut pratiquer la pensée systémique et faire une analyse critique des façons dont les modèles de prestation influent sur le travail, les emplois et la qualité des soins.

1Kehoe MacLeod, K. (2022). Using independent contracting arrangements in integrated care programs for older adults: Implications for clients and the home care workforce in a time of neoliberal restructuring. *Journal of Applied Gerontology*, [special issue], 1-8. <https://doi.org/10.1177/07334648221130743>

2 Kelly, C. (2016). Disability politics and care: The challenge of direct funding. *UBC Press*.

3 Rubery, J., & Urwin, P. (2011). Bringing the employer back in: Why social care needs a standard employment relationship. *Human Resource Management Journal*, 21(2), 122-137.

4 Klostermann, J., Funk, L., Symonds-Brown, H., Cherba, M., Ceci, C., Armstrong, P., & Pols, J. (2022). The problems with care: A feminist scholar retrospective. *Societies*, 12(2), 52. <https://doi.org/10.3390/soc12020052>

5 Grant, K. R. (2004). Caring for/caring about: Women, home care, and unpaid caregiving. *University of Toronto Press*.

6 Rubery, J., & Urwin, P. (2011). Bringing the employer back in: Why social care needs a standard employment relationship. *Human Resource Management Journal*, 21(2), 122-137.

7 Grimshaw, D., Cartwright, J., Keizer, A., & Rubery, J. (2019). Market exposure and the labour process: The contradictory dynamics in managing subcontracted services work. *Work, Employment and Society*, 33(1), 76-95. <https://doi.org/10.1177/0950017018759206>

8 Folbre, N. (2006). Demanding quality: Worker/Consumer coalitions and 'highroad' strategies in the care sector. *Politics & Society*, 34(1), 11-32. <https://doi.org/10.1177/0032329205284754>

9 Hande, M. J. & Nourpanah, S. (2022). Putting continuity in continuing care: Reimagining the role of immigration in the recruitment and retention of healthcare workers in Nova Scotia. *Canadian Centre for Policy Alternatives/ Centre Canadien de politiques alternatives*, 1-11. <https://policyalternatives.ca/sites/default/files/uploads/publications/Nova%20Scotia%20Office/2022/01/Puttingcontinuityincontinuingcare.pdf>

10 Folbre, N. (2006). Demanding quality: Worker/Consumer coalitions and 'highroad' strategies in the care sector. *Politics & Society*, 34(1), 11-32. <https://doi.org/10.1177/0032329205284754>

Nous nous intéressons particulièrement à la structure des secteurs ainsi qu'aux discussions sur le financement, les modèles de prestation de services et leur lien avec la main-d'œuvre. Le Sommet s'inspire du programme de recherche suivant pour valoriser le travail dans le secteur des soins communautaires :

- Notre étude des systèmes de soins « sociaux » menée à l'échelle internationale a ciblé un échantillon dirigé dans différents pays et s'est concentré sur le secteur des soins « communautaires », plutôt que sur les modèles de soins médicalisés pour personnes âgées. Dans le cadre de cet examen, nous avons fait fond sur la pertinence et l'applicabilité au **Nouveau-Brunswick** et les moyens d'évaluer le travail à sa juste valeur par rapport à la structure du secteur des soins dans la province.
- Parrainés par une subvention d'engagement partenarial du Conseil de recherches en sciences humaines (CRSH) et appuyés par le travail de la Coalition pour l'équité salariale du Nouveau-Brunswick, nous avons examiné divers rapports sur les secteurs sociaux et les secteurs de soins communautaires publiés récemment par les universités, les gouvernements et l'industrie des juridictions suivantes : le **Royaume-Uni (l'Écosse et l'Angleterre en particulier)**, **l'Australie, la Nouvelle-Zélande** ainsi que la **Colombie-Britannique**, le **Manitoba** et le **Nouveau-Brunswick**. Les structures du secteur des soins des pays de comparaison sont à peu près les mêmes : elles sont axées sur la sous-traitance et la commercialisation. Si ces juridictions ont adopté différentes démarches, nous avons choisi d'étudier quelques pays et provinces où les débats sont susceptibles d'intéresser les décideur-euses, les gouvernements, le personnel du secteur, les syndicalistes et les parties intéressées du secteur au Nouveau-Brunswick.
- Grâce à la subvention de recherche et d'activités créatrices du président de Mount Allison et à la collaboration du professeur Brent White (comptabilité à cette université), nous avons mené des entrevues semi-structurées avec les parties prenantes du secteur. Ces entretiens ont porté sur le processus d'acquisition de services et les modèles de contrats dans le secteur (financement par patient, par année, par indemnité journalière, etc.).
- Inspirée des observations des parties prenantes, Sara-Ann Strong (associée en recherche à Mount Allison sous la supervision de R. Pascoe-Deslauriers) a fait un examen ciblé des accords bilatéraux sur l'éducation de la petite enfance au Canada, le but étant de vérifier la pertinence et l'applicabilité de ces accords au **Nouveau-Brunswick**.
- Encadrés par un groupe directeur de personnes représentantes des parties prenantes dans le secteur des soins communautaires et parrainés par une subvention Connexion du CRSH, nous avons organisé ce sommet en partenariat avec la Coalition pour l'équité salariale du Nouveau-Brunswick pour réunir de nombreuses parties intéressées et partager le vécu des personnes engagées dans le secteur.

Ce cahier comprend trois parties. Les questions servent à encourager les débats et la réflexion sur les caractéristiques du système de prestation de services et leurs répercussions sur les conditions de travail dans le secteur.

Le but de la **partie I** consiste à donner **une perspective « multidimensionnelle » du secteur des soins communautaires** et des défis découlant des structures du système (création et maintien de bons emplois). Nous aborderons trois thèmes : une vue d'ensemble du travail d'un point de vue individuel et organisationnel et du point de vue de l'État; la structure du système d'acquisition; et les efforts nécessaires pour professionnaliser et reconnaître les compétences de la main-d'œuvre.

Dans la **partie II**, nous explorons l'idée de **collaboration entre les directions provinciales** et les fournisseurs de services. Nous examinons le mélange hétéroclite de prestations de soins communautaires au Nouveau-Brunswick et dans nos pays de comparaison. Nous nous sommes concentrées sur le continuum de soins et la compétition pour la prestation de soins, et sur la façon que le système motive une personne à changer d'emploi au sein des sous-secteurs pour améliorer ses propres conditions d'emploi plutôt que d'améliorer la qualité des emplois pour tout le monde.

Enfin, la **partie III** porte sur **les leçons à tirer d'ailleurs et les interactions entre le fédéral et les provinces**. Bien que ces leçons sous-tendent tout notre travail, cette partie traite surtout des changements apportés récemment ailleurs au Canada qui peuvent nous être utiles. Nous examinons les normes de prestation de soins, les législations et les transferts bilatéraux entre le fédéral et les provinces.

Nous vous invitons à réfléchir sur ces informations et à exprimer votre point de vue sur la prestation de soins au Nouveau-Brunswick et les conséquences sur la valorisation du travail dans le secteur.

Veillez noter que l'écriture inclusive sera utilisée dans ce document tout en assurant une bonne lisibilité.

Table des matières

BIENVENUE	1
LA RECHERCHE	2
PARTIE I : LES DÉFIS SYSTÉMIQUES	6
LE TRAVAIL DANS LE SECTEUR	6
L'ACQUISITION DES SERVICES ET LA RESPONSABILITÉ COMPTABLE : POINTS À CONSIDÉRER À L'ÉGARD DE LA MAIN-D'ŒUVRE	9
LES COMPÉTENCES DE LA MAIN-D'ŒUVRE ET LA CERTIFICATION	11
PARTIE II : COLLABORATION À L'ÉCHELLE PROVINCIALE.....	13
LE CONTINUUM DE SOINS AU PROVINCIAL	13
PARTIE III : LEÇONS TIRÉES D'AILLEURS	17
LE CADRE LÉGISLATIF ET LES STRUCTURES DE RESPONSABILITÉ	17

Partie I : Les défis systémiques

Le but de la partie I consiste à donner une perspective « multidimensionnelle » du secteur des soins communautaires et des défis découlant des structures du système (création et maintien de bons emplois).

Dans la première section, nous donnons une vue d'ensemble de la structure du travail dans le secteur. Ensuite, nous focalisons sur les particularités du système et sur ce qui influe sur la qualité des emplois, en nous fondant sur notre recherche du secteur au Nouveau-Brunswick, au Canada, en Écosse, en Angleterre, en Australie et en Nouvelle-Zélande.

Le travail dans le secteur

Selon la Norme nationale pour les soins de longue durée, le travail de soins est « [un travail] relationnel et fondé sur des relations qui mettent l'accent sur les expériences, les valeurs, les perspectives et la personnalité uniques du résident et du prestataire, et les adoptent »¹¹. Les soins comprennent le travail en éducation, les services de garde, les milieux de soins, le travail social et d'autres contextes¹².

Notre recherche s'est concentrée sur les services de soins payés pour adultes, notamment pour les personnes âgées et les adultes nécessitant une aide supplémentaire dans leur vie quotidienne. Nous savons que le secteur offre toute une gamme de services de soins communautaires, mais nous avons canalisé notre recherche sur les trois services suivants : le soutien à domicile, les résidences communautaires et les foyers de soins spéciaux. Nous avons examiné les points communs au **Canada** et dans les pays de comparaison, toujours dans la perspective du **Nouveau-Brunswick**.

Le travail de soins payé

- Le travail de soins payé s'inscrit dans le cadre des services à la personne et tend à intégrer une dimension personnelle et émotionnelle. Les soins sont prodigués en personne, souvent à des gens dépendants et vulnérables, et il n'est pas rare que personne préposée aux soins et bénéficiaires se tutoient¹³.
- Les femmes comptent pour une proportion importante de la main-d'œuvre qui soigne les personnes âgées dans les pays du G20, soit plus de 90 % des effectifs¹⁴. Au Canada, environ 34 % sont des immigrées, ce qui montre que nous comptons sur l'immigration pour offrir les services de soins¹⁵. Au Nouveau-Brunswick, le secteur des soins communautaires emploie plus 10 000 personnes¹⁶.
- Un lien indissociable unit la prestation de soins payés et le travail non rémunéré des personnes proches aidantes, qui est souvent invisible. Les soins non payés répondent aux besoins négligés par les services payés, et ce sont les femmes qui comblent démesurément ce vide¹⁷.

L'emploi et le travail dans le secteur

11 Health Standards Organization. (2023). National long-term care standards, p. XIII. Health Standards Organization. <https://store.healthstandards.org/products/long-term-care-services-can-hso21001-2023-e>.

12 Camilletti, E., & Nesbitt-Ahmed, Z. (2022). COVID-19 and a "crisis of care": A feminist analysis of public policy responses to paid and unpaid care and domestic work. *International Labour Review*, 161(2), 195-218. <https://doi.org/10.1111/ilr.12354>.

13 Folbre, N. (2006). Demanding quality: Worker/Consumer coalitions and "high road" strategies in the care sector. *Politics & Society*, 34 (1), 11-32, <https://doi.org/10.1177/0032329205284754>.

14 ILO & OECD. (2019) New job opportunities in an ageing society: Paper prepared for the 1st meeting of the G20 Employment Working Group. ILO & OECD. https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---dgreports/---cabinet/documents/publication/wcms_713372.pdf.

15 Ibid.

16 The New Brunswick Coalition for Pay Equity. (2016, July). Needs assessment report for the Improving the economic prosperity of women in the care-giving field project. New Brunswick Coalition for Pay Equity. <https://equite-equity.com/sites/default/files/2020-06/NB%20Needs%20Assessment.pdf>

17 Luxton, M. & Corman, J. S. (2007). Households, social reproduction and the changing dynamics of unpaid household and caregiving work. In V. Shalla, & W. Clement (Eds.), *Work in Turbulent Times: Critical Perspectives*, (pp. 262-288). McGill-Queen's UP.

- Le travail du personnel dans le secteur des soins communautaires varie beaucoup. Il se fait à domicile ou dans les foyers résidentiels. Il peut inclure de légères tâches ménagères, le nettoyage, l'aide à se laver, s'habiller et à se déplacer et même aller jusqu'à l'administration de médicaments et au changement de cathéters.
- Le travail est de plus en plus complexe parce que les bénéficiaires ont des besoins particuliers. Qui plus est, de plus en plus de personnes choisissent de vivre leur vieillesse à la maison, ce qui implique une augmentation de comorbidités et de besoins en santé mentale¹⁸.
- Si la complexité du travail s'accroît, les qualifications pour faire ce travail sont généralement moins strictes que pour d'autres services médicaux, et les salaires sont invariablement plus bas que pour un travail comparable dans un milieu de soins de santé, et ce, dans tous les pays de l'OCDE¹⁹.
- Bien que beaucoup d'États essaient de reconnaître et de certifier les compétences du personnel des soins communautaires, une tension existe, car on exige peut-être la certification, mais on s'attend du personnel qu'il suive la formation dans leur temps libre sans rémunération.
- Le travail est souvent à temps partiel et l'horaire du personnel est atypique, en partie pour répondre aux pointes de la demande de soins, comme le matin et le soir. Les heures de travail sont longues et les heures supplémentaires sont fréquentes pour répondre à la demande et satisfaire les ratios en personnel.
- Le risque de surmenage physique et émotionnel est énorme²⁰.

Organismes prestataires de soins

De nombreux organismes fournissent les soins aux personnes âgées et à celles qui ont besoin d'aide au quotidien. En général :

- **Leur taille varie** : certains sont de petits organismes et d'autres de grandes entreprises qui ont des installations dans plusieurs communautés et territoires;
- **Leur modèle d'entreprise varie** : leur modèle d'entreprise varie : leur financement provient du gouvernement, d'une seule source, de plusieurs sources ou ils offrent des services privés sans obtenir de subvention;
- Ils sont des organismes à but lucratif ou sans but lucratif, ou encore une œuvre caritative, dont les structures de gouvernance et l'obligation publique de rendre des comptes sont différentes (p. ex. conseils d'administration ou entreprise particulière);
- Leur structure organisationnelle est souvent horizontale, où la majorité du personnel offre les soins de première ligne²¹;
- La gestion du personnel, y compris le recrutement et la rétention, est un problème qui persiste depuis longtemps²².

Le secteur et le rôle du gouvernement

18 ILO & OECD. (2019) New job opportunities in an ageing society: Paper prepared for the 1st meeting of the G20 Employment Working Group. ILO & OECD. https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/-/dgreports/-/cabinet/documents/publication/wcms_713372.pdf.

19 Ibid.

20 Ibid

21 Feeley, D. (2021). Adult social care: Independent review. Scottish Government. <https://www.gov.scot/publications/independent-review-adult-social-care-scotland/>.

22 BC Care Providers Association. (2018). The perfect storm: A health human resources crisis in seniors care - final report on the 2018 BC Continuing Care Collaboration. BC Care Providers. https://bccare.ca/wp-content/uploads/2018/04/The-Perfect-Storm_BCC3-2018-Report-FINAL.pdf.

- Comme certains éléments du secteur des soins sont inclus dans les systèmes universels de soins de santé et d'autres ne le sont pas, l'accès aux soins est inégal d'un pays à l'autre et d'une province à l'autre. Dans les pays riches, les soins sont financés en partie par l'État ou par le bénéficiaire. Ce financement s'ajoute aux soins non payés offerts par les membres de la famille²³ pour combler les lacunes de services. La demande de services augmente dans les pays de l'OCDE, mais le financement n'a pas suivi au même rythme et certains pays ont même réduit la couverture et l'admissibilité aux services²⁴.
- Les dépenses moyennes pour les soins de longue durée dans les pays de l'OCDE se chiffrent à environ 1,5 % du PIB, dont la moitié est consacrée aux foyers de soins, et ce, malgré l'expansion des soins communautaires tels que les soins à domicile²⁵.
- Le gouvernement et le secteur public jouent plusieurs rôles dans l'administration, la supervision et le financement du secteur des soins (la réglementation, la délivrance de licence, la surveillance des fournisseurs de services, l'évaluation des bénéficiaires de soins et le financement des services). Les responsabilités liées à ces exigences peuvent créer des conflits d'intérêts, car les tensions peuvent augmenter entre les différents rôles²⁶, ce qui nécessite une autre structure de responsabilisation

Questions à se poser :

En quoi les actions et le rôle du gouvernement dans la conception du système de soins influent-ils sur les organismes et par conséquent sur les emplois dans le secteur?

Comment pouvons-nous mieux reconnaître le rapport entre les caractéristiques du système et leurs répercussions sur la prestation des services de soins?

Le système actuel crée-t-il des emplois qui mènent à des carrières et à une vie professionnelle de qualité et qui appuient la qualité de soins que nous souhaitons?

23 ILO & OECD. (2019). New job opportunities in an ageing society: Paper prepared for the 1st meeting of the G20 Employment Working Group. ILO & OECD. https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/-/doreports/-/cabinet/documents/publication/wcms_713372.pdf.

24 Ibid.

25 OECD. (2021). Health for the people, by the people: Building people-centred health systems. OECD Health Policy Studies. <https://doi.org/10.1787/c259e79a-en>.

26 Banerjee, A., McGregor, M., Ponder, S., & Longhurst, A. "Long-Term Care Facility Workers' Perceptions of the Impact of Subcontracting on Their Conditions of Work and the Quality of Care: A Qualitative Study in British Columbia, Canada," *Canadian Journal on Aging / La Revue Canadienne Du Vieillessement*, 41(2), 264-272. <https://doi.org/10.1017/S071498082100012X>.

L'acquisition des services et la responsabilité comptable : points à considérer à l'égard de la main-d'œuvre

Dans cette section, nous explorons les ententes d'acquisition de services, les mécanismes de responsabilité comptable et contractuelle qui en découlent, et en quoi ces ententes et mécanismes importent au financement et à la structure du secteur des soins communautaires.

Dans les provinces canadiennes, le **Royaume-Uni**, la **Nouvelle-Zélande** et l'**Australie**, les soins payés offerts aux personnes âgées, aux personnes handicapées et à celles qui ont besoin d'aide dans leur vie quotidienne sont partiellement ou entièrement subventionnés par l'État. Ils sont assurés surtout par des organismes sans but lucratif, des œuvres caritatives ou des organismes privés, bien que certains organismes du secteur public offrent des services dans certains endroits.

- La sous-traitance des services met à rude épreuve les relations de travail et la qualité des soins. Les ententes centrées sur les tâches et sur la routine nuisent aux conditions de travail et aux soins. Elles réduisent le temps consacré à la prestation de soins – et réduisent davantage le temps pour gérer les urgences – et rend difficile la tâche de « traiter les résidents comme des humains »²⁷. Ce modèle d'entente accorde un financement et des ressources pour les temps de travail intensif, mais ne tient pas compte du travail qui soutient ces temps occupés et les soins axés sur les tâches et s'accomplit en dehors des heures de pointe²⁸.
- D'autres pays négocient des contrats axés sur les tâches et le temps, mais de plus en plus de débats politiques et de lois portent sur les relations de travail dans un contexte de sous-traitance.

Au **Nouveau-Brunswick**, la réglementation sur la qualité des services offerts dans le cadre des programmes de soins communautaires est visée par la Loi sur les services à la famille (1980), la Loi sur le vieillissement en santé et les soins de longue durée (2018) et les normes de soutien à domicile.

Les lois et les normes contiennent peu ou pas de dispositions sur les conditions de travail, sauf sur l'âge minimum des travailleurs et les vérifications de casier judiciaire²⁹ ³⁰.

Les pays de comparaison savent qu'il faut tenir compte non seulement du coût le plus bas, mais aussi des répercussions qu'ont les contrats publics et les services de sous-traitance sur les collectivités, l'environnement et les prestataires de services.

Les pays du **Royaume-Uni** privilégient chacun leur propre approche.

Au pays de **Galles**, le *Welsh 2017 Code of Practice on Ethical Employment in Supply Chains* (code de bonnes pratiques en matière d'éthique de l'emploi dans la chaîne d'acquisition de services) encourage les organismes des secteurs public et privé et du tiers secteur qui reçoivent des fonds publics à respecter volontairement le code, qui consiste en 12 engagements visant à promouvoir l'éthique de l'emploi et à éliminer l'exploitation des travailleurs et l'esclavage moderne³¹.

En **Angleterre**, certains gouvernements régionaux se sont engagés à payer le personnel en sous-traitance le salaire de subsistance prévu dans les contrats publics³².

27 Banerjee, A., McGregor, M., Ponder, S., & Longhurst, A. (2021). Long-term care facility workers' perceptions of the impact of subcontracting on their conditions of work and the quality of care: A qualitative study in British Columbia. *Canadian Journal on Aging/La Revue canadienne du vieillissement*. <https://doi.org/10.1017/S071498082100012X>.

28 Campbell, I. (2017). Working-time flexibility: Diversification and the rise of fragmented time systems. In D. Grimshaw, C. Fagan, G. Hebson, & I. Tavora (Eds.), *Making work more equal: A new labour market segmentation approach* (pp. 108-125). Manchester University Press.

29 Ministère du Développement social - Gouvernement du Nouveau-Brunswick. (2011). Normes relatives aux services de soutien à domicile. Communication personnelle.

30 Gouvernement du Nouveau-Brunswick. (2021). Loi sur les services à la famille (1980). <https://www.canlii.org/fr/nb/legis/lois/in-b-1980-c-f-2.2/183391/in-b-1980-c-f-2.2.html>.

31 Hudson, B. (2019). The privatisation of adult social care in England: Effects on the workforce. *Sociologia del Lavoro*, 155(3), 120-136. <http://digital.casalini.it/10.3280/SI.2019-155006>.

32 Hudson, B. (2018). Commissioning for change: A new model for commissioning adult social care in England. *Critical Social Policy*, 39(3), 413-433. <https://doi.org/10.1177/0261018318818940>.

En **Écosse**, la *Scottish Procurement Reform (Scotland) Act 2014* (loi écossaise sur la réforme des contrats d'acquisition de services) stipule que les entités publiques doivent se doter d'un plan d'acquisition qui prévoit l'inclusion des conditions de travail – comme un salaire de subsistance – dans leurs contrats³³. Après un examen indépendant et une évaluation réalisée par le comité du travail équitable, le pays s'est engagé à s'assurer que les emplois du secteur des soins pour adultes sont de bons emplois et que les conditions de travail y sont équitables³⁴ ³⁵ ³⁶Par conséquent, les élus élaborent présentement un système de soins national qui adhère à ce principe³⁷.

En **Nouvelle-Zélande**, le gouvernement vient de proposer un modèle d'approvisionnement

qui tient compte de la pérennité et de la qualité des services et exige la transparence des modèles de financement dans les secteurs de soins³⁸. Toutes les parties prenantes du secteur sont impliquées dans la création du nouveau modèle d'approvisionnement.

Le modèle durable propose **“a set of funding approaches and costing approaches centred on the needs and aspirations of [service users] and that recognise the true cost of service provision and the value of the work that social sector staff are undertaking”** (des approches qui met les besoins et désirs des utilisateur.e.s de service ainsi que la valorisation du travail des employé.e.s du secteur au coeur de l'approvisionnement des soins sociaux)³⁹.

Une réflexion s'impose: De plus en plus, les pays constatent que la hausse des salaires est essentielle au calcul du vrai coût des soins, mais ils savent aussi qu'ils ne peuvent se limiter à ces augmentations pour déterminer le coût total de la prestation de soins. Dans les débats, il semble qu'on cherche une plus grande responsabilité mutuelle entre le gouvernement et les personnes intervenantes du secteur, soit les exploitant.es, le personnel et les bénéficiaires.

Questions à se poser:

Dans quelle mesure le financement public peut-il et doit-il tenir compte des répercussions sur le personnel travaillant en sous-traitance et sur les collectivités où les services sous-traités sont offerts?

Dans quelle mesure la démarche du Nouveau-Brunswick en ce qui a trait aux demandes de services peut-elle tenir compte du vrai coût de la prestation de services dans les organismes viables, tout en créant des possibilités d'emplois durables?

33 Smallbone, D., Kitching, J., Blackburn, R., & Mosavi, S. (2015). Anchor institutions and small firms in the UK: A review of the literature on anchor institutions and their role in developing management and learning skills in small firms. *UK Commission for Employment and Skills*. <https://www.researchgate.net/publication/273893815>.

34 Fair Work Convention. (2019). Fair work in Scotland's social care sector 2019. Fair Work Convention. <https://www.fairworkconvention.scot/our-report-on-fair-work-in-social-care/>.

35 Feeley, D. (2021). Adult social care: Independent review. Scottish Government. <https://www.gov.scot/publications/independent-review-adult-social-care-scotland/>.

36 Ibid.

37 Scottish Procurement and Property Directorate. (2021). Preparing to transition towards a national care service for Scotland: SPPN 7/2021. Scottish Government. <https://www.gov.scot/publications/preparing-to-transition-towards-a-national-care-service-for-scotland-sppn-7-2021/>.

38 Ministry of Social Development - Government of New Zealand. (2022). Social sector commissioning update 2022. <https://www.msdc.govt.nz/documents/about-msdc-and-our-work/publications-resources/planning-strategy/social-sector-commissioning/social-sector-commissioning-update-2022.pdf>.

39 Ibid. Voir page 16.

Les compétences de la main-d'œuvre et la certification

Nous explorons les travaux visant à reconnaître et à valoriser les compétences et les qualifications de la main-d'œuvre, l'objectif de la certification dans le secteur des soins communautaires consistant à :

- reconnaître le savoir et les compétences du personnel;
- établir des normes de qualité des soins prodigués aux bénéficiaires dans le but de professionnaliser le secteur.

Dans les pays de l'OCDE, la prestation de soins communautaires est assurée surtout par du personnel sans formation ou qualification officielle⁴⁰. Les discussions sur le sujet sont courantes. Parmi les initiatives entreprises pour améliorer la qualité des soins, le recrutement et la rétention du personnel, mentionnons l'agrément, la certification et la mise en place d'un registre du personnel. On s'attend implicitement que l'officialisation des qualifications et des compétences donnera lieu à des augmentations de salaire^{41,42}.

Au **Nouveau-Brunswick**, les personnes intervenantes du secteur essaient depuis belle lurette de professionnaliser le secteur. Leurs efforts ont récemment mené à la certification volontaire dans deux catégories d'emplois, soit conseiller/conseillère en service à la personne et préposé/préposée aux services de soutien à la personne^{43,44}.

Comme il s'agit d'un processus volontaire, il n'y a pas de registre de personnel dans la province. Pour favoriser le recrutement, le gouvernement de la province a supprimé jusqu'à concurrence de 100 % des frais de scolarité des programmes de soins communautaires⁴⁵. Comme il semble n'y avoir aucun programme d'études standard dans la province, un organisme indépendant s'occupe d'évaluer la formation et de déterminer si elle satisfait aux normes⁴⁶. À ce jour, aucune augmentation de salaire n'a été accordée en raison de l'obtention d'une certification.

À l'international :

En **Écosse**, chaque membre du personnel du secteur des soins communautaires doit s'inscrire auprès du *Scottish Social Services Council*⁴⁷ (conseil écossais des services sociaux) et fournir une preuve de leur certification ou de leurs qualifications dans un délai de six mois après leur inscription. Les certifications et les qualifications sont classées selon les critères établis par le *Scottish Credit and Qualifications Framework* (cadre de référence écossais pour l'accréditation et la qualification). Il faut payer des frais de demande et des frais annuels. Le personnel inscrit doit respecter le code de bonnes pratiques du conseil et consacrer un certain temps chaque année à leur perfectionnement professionnel⁴⁸.

En **Nouvelle-Zélande**, l'accord sur l'équité salariale de 2017 prévoit des augmentations de salaire et un soutien au perfectionnement

40 OECD. (2021b). Caregiving in Crisis: Gender inequality in paid and unpaid work during COVID-19 [OECD Policy Responses to Coronavirus (COVID-19)]. *Organisation for Economic Co-operation and Development*. <https://www.oecd.org/coronavirus/policy-responses/caregiving-in-crisis-gender-inequality-in-paid-and-unpaid-work-during-covid-19-3555d164/>

41 CIPD. (2017). Human capital theory: Assessing the evidence for the value and importance of people to organisational success [Technical report]. Chartered Institute of Personnel and Development.

42 Becker, G. (1994). Human capital: Theoretical and empirical analysis with special reference to education (3rd rev. ed.). *University of Chicago Press*.

43 Caissie, M., & Human Services Coalition of New Brunswick. (2022). Strategies for the recruitment and retention of qualified personal support workers and human service counsellors in the province of New Brunswick: Workforce Adjustment Committee report.

44 Obtenez votre certification NB. (2021). Obtenez votre certification. <https://obteneztvotrecertificationnb.ca/>

45 Gouvernement du Nouveau-Brunswick. (2021c). Intégralité des droits de scolarité couverts pour les préposés aux services de soutien à la personne et les conseillers en intégration communautaire. <https://www2.gnb.ca/content/gnb/fr/nouvelles/communique.2021.08.0577.html>

46 Obtenez votre certification NB. (2021). Obtenez votre certification NB. <https://obteneztvotrecertificationnb.ca/>

47 Scottish Social Services Council. (2019). Support worker in a care at home service. Edinburgh: Scottish Social Services Council. Available at: <https://www.sssc.uk.com/knowledgebase/article/KA-02529/en-us>

48 Ibid.

professionnel⁴⁹. La certification professionnelle n'est cependant pas obligatoire. Il reste à voir si le personnel sera indemnisé pour le temps qu'il consacre à se perfectionner. Malheureusement, il est difficile de transférer les certifications et les qualifications du personnel; certains employeur-euses ne reconnaissent pas les compétences⁵⁰ acquises ailleurs.

En **Angleterre**, *Skills for Care* (compétences pour travailler dans le secteur des soins), l'organisme chargé du perfectionnement de la main-d'œuvre dans le secteur, reconnaît plusieurs fournisseurs de formation^{51,52}. Bien que la multiplicité de fournisseurs puisse faciliter l'accès, il n'existe aucun programme

standard, ce qui inquiète les parties prenantes du secteur⁵³. Cette lacune a de graves répercussions sur la transférabilité des certifications et des qualifications – les compétences du personnel ne sont pas toujours reconnues⁵⁴.

En **Australie**, le cadre des qualifications du pays balise les soins communautaires; cependant, les travailleuses du secteur ne sont pas tenues de faire évaluer leurs qualifications⁵⁵. Par ailleurs, une enquête nationale a montré que la formation n'est pas normalisée⁵⁶.

La professionnalisation a ses défis, à savoir la normalisation de la formation et la transférabilité des qualifications.

Bien que les exigences relatives à la certification ne soient pas les mêmes (au Nouveau-Brunswick, les exigences pour celles qui travaillent déjà dans le secteur ne sont pas les mêmes que celle pour les nouvelles venues), le personnel doit absorber les coûts indirects (par exemple, il n'est pas rémunéré pour suivre une formation pendant les heures de travail ou leur temps libre) pour faire reconnaître ses compétences actuelles. De plus, l'employeur-euse miroite aux personnes recrutées qu'il couvrira les coûts de formation pour les attirer, même si l'ambiguïté persiste quand il s'agit de déterminer qui assumera les coûts directs du perfectionnement professionnel de la main-d'œuvre actuelle. Les coûts directs et indirects sont importants pour une main-d'œuvre mal rémunérée, et avec raison puisque dans tous les États en comparaison, les salaires n'ont pas augmenté après l'obtention de la certification ou de l'agrément.

Questions à se poser:

La certification de la main-d'œuvre suscite beaucoup d'intérêt au sein des personnes intervenantes ou des parties prenantes du secteur, ici comme à l'étranger. Dans quelle mesure peut-on encourager la main-d'œuvre – la main-d'œuvre actuelle en particulier – à se perfectionner et à obtenir la certification en allégeant les coûts directs et indirects pour le personnel actuel, et non seulement pour les personnes recrutées?

Si les gouvernements croient que les compétences et les qualifications reconnues sont essentielles pour améliorer la qualité des soins, comment peuvent-ils assurer que le personnel soit rémunéré en fonction de ses qualifications?

49 Douglas, J. & Ravenswood, K. (2019). The Value of Care: Understanding the impact of the 2017 Pay Equity Settlement on the residential aged care, home and community care and disability support sectors. *New Zealand Work Research Institute*. http://156.62.60.45/bitstream/handle/10292/12391/Pay%20Equity%20Report_Digital_final.pdf?sequence=2&isAllowed=y.

50 Ibid.

51 Skills for Care. (2022). Qualifications. Skills for Care. <https://www.skillsforcare.org.uk/Developing-your-workforce/Qualifications/Qualifications.aspx>

52 Health Education England. (2022). Care Certificate. Health Education England. <https://www.hee.nhs.uk/our-work/care-certificate>

53 Baroness Cavendish. (2022). Social Care: Independent Report by Baroness Cavendish. United Kingdom Government. https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/1059888/social-care-reform-Baroness-Cavendish-report.pdf

54 Ibid.

55 Leahy, M. (2022). Person-centred qualifications: vocational education and training for the aged care and disability services sectors in Australia. *Journal of Education and Work*, 35(2), 181-194.

56 Ibid.

Partie II : Collaboration à l'échelle provinciale

Dans cette partie, nous examinons la façon dont les différents ministères, services et programmes du gouvernement provincial interagissent dans la prestation des soins communautaires. Pour examiner le réseau complexe de personnes intervenantes dans le secteur et leur rôle respectif et comprendre la collaboration, l'intersection et le chevauchement des efforts déployés, y compris les soins médicalisés, nous utilisons dans cette partie le langage du continuum de soins, des soins holistiques et de l'intégration.

Le continuum de soins au provincial

Au Nouveau-Brunswick, l'intégration des soins, soit l'offre de soins centrés sur la personne, gagne en popularité depuis des dizaines d'années⁵⁷. Selon la recherche⁵⁸, les services issus d'une collaboration dans les secteurs des soins actifs, primaires et communautaires offrent une meilleure qualité de soins aux personnes soignées. La fragmentation peut alimenter une rivalité contreproductive au sein d'une main-d'œuvre insuffisante, surmenée et sous-payée⁵⁹ et empêcher la prestation des « bons soins, au bon moment et au bon endroit ».

Un modèle mixte du marché de prestation de soins

Le travail de soins rémunéré n'est pas une marchandise comme les autres, qu'on achète et vend sur le marché. La pression de l'offre et la demande est différente : le prix des soins ne peut pas monter quand la demande augmente sans entraîner des conséquences sociales et économiques⁶⁰.

Selon les hypothèses économiques traditionnelles de l'offre et la demande, la hausse des prix entraîne l'augmentation des salaires, ce qui attire la main-d'œuvre⁶¹. Cependant, le prix des soins dans le secteur est plutôt lié au taux offert aux fournisseurs de services en sous-traitance par l'État.

Au **Nouveau-Brunswick**, les fournisseur·euses de soins communautaires (soins non médicalisés) peuvent demander aux bénéficiaires de soins de payer plus que le taux subventionné. Les personnes ayant besoin de soins sont ainsi privées d'un accès aux soins payés en raison du coût élevé⁶²; elles doivent alors s'en remettre au travail non rémunéré de leurs proches, les femmes assumant ce fardeau dans la plupart des cas⁶³.

Chez certains fournisseur·euses de services, les soins subventionnés par l'État sont également subventionnés indirectement par d'autres

sources de revenus – par exemple, les frais que paient les bénéficiaires de soins non subventionnés, dont les besoins médicaux sont moins grands, peuvent pallier l'insuffisance des revenus provenant des personnes subventionnées nécessitant plus de soins. Cette situation peut cependant créer des inégalités dans le marché entre les organismes qui fournissent les services de soins privés en partie ou entier et ceux qui ne fournissent que des services subventionnés. Les fournisseur·euses peuvent ainsi être dissuadés d'offrir des services à toutes les personnes qui en ont besoin et peuvent plutôt donner la

57 Government of New Brunswick - Department of Social Development. (2015). Home first. <https://www2.gnb.ca/content/dam/gnb/Departments/sd-ds/pdf/HomeFirst.pdf>.

58 Berglung, H., Hasson, H., Kjellgren, K., & Wilhelmson, K. (2015). Effects of a continuum of care intervention on frail older persons' life satisfaction: A randomized controlled study. *Journal of Clinical Nursing*, 24(7-8), 1079-1090. 10.1111/jocn.12699.

59 Kelly, C., Hande, M.J., Dansereau, L., Aubrecht, K., Martin-Matthews, A., & Williams, A. (2021). Doing 'whatever they can imagine': Social task shifting in directly funded home care. *International Journal of Care and Caring*, 5(3), 393-413.

10.1332/239788220X1598463282891.

60 The Care Collective. (2021). The care manifesto: The politics of interdependence. Verso.

61 Folbre, N. (2006). Demanding quality: Worker/Consumer coalitions and 'highroad' strategies in the care sector. *Politics & Society*, 34(1), 11-32. <https://doi.org/10.1177/0032329205284754>.

62 See Prentice, S. (2019). Childcare: Working in Early Childhood Education and Care in Canada. In *Working Women in Canada: An Intersectional Approach*, ed. L. Nichols (Ed), pp.157-176. *Canadian Scholars' Press Inc.*

63 Luxton, M. & Corman, J. S. (2007). Households, social reproduction and the changing dynamics of unpaid household and caregiving work. In V. Shalla, & W. Clement (Eds.), *Work in Turbulent Times: Critical Perspectives*, (pp. 262-288). McGill-Queen's UP.

priorité à celles dont le coût des soins est moindre ou aux personnes qui ont besoin d'un

niveau élevé de soins, mais dont les besoins ne sont pas complexes.

Une réflexion s'impose : Se fier à la prestation de soins non payés plutôt qu'à celle de soins payés compromet la qualité des soins et a un impact économique sur la société, car les personnes proches aidantes quittent souvent leur emploi pour prendre soin de leur famille.

Les investissements dans le secteur des soins offrant des emplois durables génèrent des retombées sociales et économiques directes⁶⁴, comparables de certaines façons aux retombées générées par un accès aux services de garde abordables.

Question à se poser : *Faute de législation sur l'obligation de prendre soin des adultes et faute de normes rigoureuses, ce modèle de rémunération à l'acte crée-t-il des conditions inégales pour les bénéficiaires de soins⁶⁵ et les personnes soignantes?*

La rivalité au sein du continuum des soins de santé et des services sociaux

Le secteur des soins communautaires fonctionne en parallèle avec le système de soins médicaux et le système de santé universel à payeur unique, mais les trois secteurs se chevauchent et s'entrecroisent. Comparativement aux soins médicaux, les services sociaux sont sous-financés et ne sont pas jugés « nécessaires sur le plan médical » en vertu de la Loi canadienne sur la santé, et ce, même quand les services sont nécessaires sur le plan social^{66,67}.

L'achat de soins par l'entremise d'un modèle mixte de marché qui comprend la prestation en sous-traitance subventionnée partiellement ou entièrement, et où les conditions d'emploi et les salaires sont très différents de ceux dans le secteur public, crée un marché du travail inégal; les employeur·euses rivalisent avec le secteur de soins entièrement privé et le secteur entièrement public pour attirer le personnel. À l'étranger, les employeur·euses des secteurs de la santé, des soins de longue durée et des soins communautaires se font concurrence, ce qui nuit au recrutement et à la rétention du personnel dans les soins communautaires.

Les différences de salaires et les différentes conditions de travail entre les sous-secteurs des soins et de la santé pour un travail comparable - par exemple, entre les personnes préposées d'hôpital, de foyers de soins et dans les résidences communautaires - sont connues et nuisent à la qualité des emplois dans le secteur des soins communautaires. Et la certification, la rétention et le syndicalisme n'améliorent pas leur sort : c'est en changeant de poste qu'elles l'améliorent.

Certains services sont offerts directement par le secteur public, mais tous les services sont financés en partie ou en entier par le gouvernement.

Les pressions sur le système de santé et les mesures incitatives de recrutement en santé minent davantage les efforts pour valoriser le travail dans les soins communautaires.

Une réflexion s'impose : C'est en changeant de poste que les membres du personnel du secteur des soins communautaires améliorent leurs conditions de travail et leur salaire, ce n'est pas en misant sur la qualité du travail, le perfectionnement professionnel, la durée de l'emploi, l'expérience ni les

64 A. Sultana and C. Ravanera, A. (2020). Feminist economic recovery plan for Canada: Making the economy work for everyone. The Institute for Gender and the Economy (GATE) and YWCA Canada.

<https://static1.squarespace.com/static/5f0cd2090f50a31a91b37f77/v/5f205a15b1b7191d12282b5f/1595955746613/Feminist+Economy+Recovery+Plan+for+Canada.pdf>.

65 Association francophone des aînés du Nouveau-Brunswick. (2022, June). New Brunswick's elders: Neglected and forgotten. Association francophone des aînés du Nouveau-Brunswick. <https://afanb.org/wp-content/uploads/2022/07/New-Brunswick-elders-neglected-and-forgotten.pdf>.

66 Kelly, C., Hande, M.J., Dansereau, L., Aubrecht, K., Martin-Matthews, A., & Williams, A. (2021). Doing 'whatever they can imagine': Social task shifting in directly funded home care. *International Journal of Care and Caring*, 5(3), 393-413.

67 Allin, S., Marchildon, G., & Peckham, A. (2020). The Canadian health care system. In International profiles of health care systems, (pp. 27-37). The Commonwealth Fund. https://www.commonwealthfund.org/sites/default/files/2020-12/International_Profiles_of_Health_Care_Systems_Dec2020.pdf.

négociations collectives. **La qualité de l'emploi est considérée comme « un jeu à somme nulle », où chacune quitte un mauvais emploi plutôt que d'améliorer son mauvais emploi⁶⁸.**

L'intégration des services de métiers connexes favorise **l'équité et la justice dans le secteur en ce qui a trait à la rémunération, les avantages sociaux, les conditions d'emploi, l'équité salariale et les possibilités d'avancement dans le continuum des services** (services sociaux, services de soins et de santé). Elle favorise également **l'autonomie du personnel et leur donne voix** au chapitre dans la prestation de services, car c'est une approche collaborative pour fournir les bons soins au bon moment.

Même si l'intégration fait partie du discours politique, sans changements fondamentaux visant à améliorer les conditions d'emploi, les soins communautaires manqueront toujours de ressources.

Question à se poser : *Dans quelle mesure une meilleure intégration peut-elle appuyer un système de soins qui valorise le travail dans tous les sous-secteurs de façon équitable, responsable et transparente et qui encourage la collaboration et la coopération pour offrir de meilleurs emplois et de meilleurs soins?*

L'achat de soins

L'achat d'un service de soins à prix fixe en fonction du nombre d'heures de soins prodigués ou du nombre d'interactions selon un certain niveau de soins démotive les fournisseurs de services et le personnel du secteur.

Les contrats en régie d'heures et les contrats centrés sur les tâches ont une incidence sur l'emploi et les conditions de travail dans le secteur des soins. Bon nombre de personnes ont fait valoir que ces genres de contrats ne laissent **pas assez de temps pour assurer les soins et par conséquent qu'il est difficile de « traiter [les bénéficiaires de soins] comme des êtres humains »**

La rémunération à l'acte pour les différents niveaux de soins ne tient pas compte des compétences et de l'expérience de la prestataire de soins. Dans ce genre de contrat, le service a la même valeur, qu'il soit offert par une personne d'expérience ayant suivi une formation ou par quelqu'un ayant peu d'acquis. Lorsque la rémunération varie en fonction du niveau de service plutôt qu'en fonction de la qualité des soins, l'employeur·euse n'est pas motivé à rémunérer le personnel suffisamment et les membres du personnel ne sont pas motivés à se perfectionner. Dans ce contexte, la rétention du personnel s'avère difficile puisque les compétences ne sont pas reconnues.

Questions à se poser :

Un taux fixe dissuade-t-il le personnel du secteur à faire avancer leur carrière et à se perfectionner au-delà de leur propre motivation pour l'amélioration des soins qu'il donne?

Lorsque le taux pour les soins ne reflète pas le savoir, les compétences et la contribution d'une personne d'expérience, qu'est-ce qui motive quelqu'un à progresser dans sa carrière

En **Nouvelle-Zélande**, un examen mené après le règlement de l'équité salariale a conclu que beaucoup des membres du personnel d'expérience dans le secteur des soins gagnaient un meilleur salaire, mais leurs

heures avaient été réduites, ce qui « redévalorisait » leur travail⁶⁹.

En **Colombie-Britannique**, les contrats prévoient un financement pour couvrir non

68 Osterman, P. (2012). Job quality in the US: The myths that block action. In C. Warhurst, F. Carré, P. Findlay, & C. Tilly (Eds.), *Are Bad Jobs Inevitable? Trends, Determinants and Responses to Job Quality in the Twenty-First Century. Critical Perspectives on Work and Employment*, (pp. 45-60). Palgrave MacMillan.

69 Douglas, J. & Ravenswood, K. (2019). The value of care: Understanding the impact of the 2017 pay equity settlement on the residential aged care, home and community care and disability support sectors. *New Zealand Work Research Institute*. https://workresearch.aut.ac.nz/_data/assets/pdf_file/0003/350553/Pay-Equity-Report_Digital_final.pdf.

seulement les coûts d'emploi de l'employeur·euse, mais aussi ses contributions à un régime d'avantages sociaux⁷⁰.

Question à se poser : *Dans quelle mesure un modèle de rémunération à l'acte crée-t-il des conditions où les employeur·euses ont la motivation à offrir des carrières à leur personnel plutôt que de simples emplois et peu d'avantages sociaux?*

70 Joint Community Benefits Trust. (2021). About JCBT: General information. Joint Community Benefits Trust. <https://www.jcvt.ca/about-jcvt/>.

Partie III : Leçons tirées d'ailleurs

Dans cette dernière partie, nous analysons les interactions entre le fédéral et le provincial, les exigences et les contraintes de la loi ainsi que les dernières initiatives sur les normes dans le secteur, les négociations entre le fédéral et le provincial et ce que tous ces éléments impliquent pour la valorisation du travail dans les secteurs des soins communautaires.

Le cadre législatif et les structures de responsabilité

Dans cette section, nous examinons le cadre législatif qui régit le financement des services de soins communautaires. Nous explorons les liens entre les responsabilités prévues par la loi à l'égard des citoyens et citoyennes ayant besoin d'aide dans leur vie quotidienne et la réaction du gouvernement aux problèmes qui persistent dans le secteur.

Au **Canada**, les services de santé sont régis par la Loi canadienne sur la santé (1984). Selon la loi, le gouvernement fédéral est coresponsable du financement des services de santé dans l'ensemble du pays. De leur côté, les provinces et territoires sont tenus de fournir une couverture gérée par le secteur public qui est **complète, transférable** entre les provinces, **accessible** et **universelle**, autrement dit, une couverture équitable dans tout le pays⁷¹.

Le Transfert canadien en matière de programmes sociaux⁷² prévoit un transfert de 14 milliards de dollars par année pour les services sociaux, l'aide sociale, l'éducation de la petite enfance et l'enseignement supérieur. Pour l'exercice 2023-2024, le transfert destiné au Nouveau-Brunswick s'élève à 345 millions⁷³.

Contrairement à la Loi canadienne sur la santé, le Transfert canadien n'a pas de mécanismes de communication et de responsabilité en place pour diriger et surveiller où vont les fonds. D'aucuns ont fait valoir qu'en vertu de la loi⁷⁴, les conditions exigées ont été affaiblies, mais le Transfert canadien en matière de programmes sociaux ne contient aucune disposition de responsabilisation équivalente

concernant les transferts sociaux ou le devoir de protection à l'égard des personnes âgées.

Nouveau-Brunswick: l'État est responsable (devoir de la protection) des enfants et des mineurs et dans une moindre mesure, des adultes handicapés. Bien que la Loi sur les services à la famille prévoit que les citoyens nécessitant de l'aide ont droit aux services aux fins de perfectionnement personnel⁷⁵, ils sont soumis à un examen des ressources fondé sur le seuil de revenu.

Écosse: le devoir de protection des adultes est prescrit dans la Community Care and Health (Scotland) Act 2002 (loi sur les soins communautaires et la santé). En vertu de la législation, une personne adulte, peu importe son âge, sa santé ou son revenu, ayant été soumise à une évaluation officielle confirmant qu'elle a besoin de ce service, a droit de le recevoir gratuitement⁷⁶.

Cette disposition souligne l'importance de reconnaître explicitement que tous les adultes ont droit d'accès aux services de soins. Elle est importante pour les discussions sur la quantité, la qualité et l'accessibilité aux soins et est, à bien des

71 Allin, S., Marchildon, G., & Peckham, A. (2020). The Canadian health care system. In *International Profiles of Health Care Systems*, (pp. 27-37). *The Commonwealth Fund*. https://www.commonwealthfund.org/sites/default/files/2020-12/International_Profiles_of_Health_Care_Systems_Dec2020.pdf.

72 Guy, S. (2019, February 22). We need to start tracking the billions that go to social services. *Policy Options* | *Options Politiques*. <https://policyoptions.irpp.org/magazines/february-2019/need-start-tracking-billions-go-social-services/#:~:text=People%20need%20to%20be%20aware,be%20used%20for%20social%20services>.

73 Department of Finance. (2023). Major Federal Transfers. Government of Canada. <https://www.canada.ca/en/department-finance/programs/federal-transfers/major-federal-transfers.html#NewBrunswick>.

74 Macdonald, D. (2023, February 15). No strings attached: Canada's health care deal lacks key conditions. *The Monitor*. *Canadian centre for policy alternatives* | *Centre canadien de politiques alternatives*. https://monitoring.ca/reports/no-strings-attached/?utm_source=CCPA+National+Newsletter&utm_campaign=af395bb8dd-EMAIL_CAMPAIGN_2022_01_07_02_51_COPY_01&utm_medium=email&utm_term=0_243d98559a-af395bb8dd-51874721&mc_cid=af395bb8dd&mc_eid=3df1157f2#chapter5.

75 Government of New Brunswick. (2021). Family services act (1980). <https://canlii.ca/t/54x6c>.

76 Scottish Government (2019, March 28). Free Personal and Nursing Care: Questions and Answers. In *Advice and guidance, Equality and Rights, Health and Social Care*. Scottish Government. <https://www.gov.scot/publications/free-personal-nursing-care/>.

égards, elle est comparable au principe d'universalité prescrit par la Loi canadienne sur la santé et s'avère un moyen d'assurer l'accès et l'obligation de rendre des comptes.

Questions à se poser :

Les personnes qui protègent les droits des personnes handicapées, les personnes chercheuses et les syndicats internationaux du personnel de soins avancent que la société ne valorise pas suffisamment ceux et celles qui ne « contribuent » pas au marché du travail. Si nous ne valorisons pas les personnes qui reçoivent les soins, dans quelle mesure sous-estimons-nous systématiquement les personnes qui les soignent⁷⁷?

Faute de disposition législative reconnaissant adéquatement les besoins des personnes âgées et des personnes handicapées, dans quelle mesure peut-on appuyer, protéger et valoriser les services de soins et celles qui les fournissent, et leur donner la priorité⁷⁸?

Ce qui se passe au Canada

Les normes nationales de soins de longue durée ont été publiées en janvier 2023. Elles ne visent pas à normaliser les soins; c'est-à-dire qu'elles ne proposent pas de plan qui s'applique à toutes les personnes qui reçoivent des soins. Elles fournissent plutôt un cadre pour un système de soins de longue durée efficace et durable.

La reconnaissance explicite que le milieu des soins est à la fois un chez soi et un lieu de travail et qu'il faut trouver concilier les deux faits est au cœur des nouvelles Normes de soins de longue durée. La qualité d'emploi y est implicitement et explicitement soulignée de plusieurs façons. Selon les normes :

- Les bénéficiaires de soins ont des droits et des choix, mais il faut concilier ces droits et choix avec le bien-être et la sécurité d'autrui; les soins doivent être cohérents, continus et personnalisés⁷⁹;
- Pour assurer une main-d'œuvre «en santé et compétente»⁸⁰, il faut :
- Motiver les employeur-euses à offrir des postes à temps plein et encourager le travail d'équipe chez des professionnels ayant différentes compétences;
- Veiller à ce que les travailleuses aient à leur disposition les outils dont elles ont besoin;
- Donner voix au chapitre aux salariées (sondage, etc.);
- Mettre en place des politiques et procédures pour composer avec les incidents qui compromettent la sécurité du personnel.
- Les modèles de gouvernance et de gestion doivent encourager la collaboration avec les intervenantes et les acteurs principaux aux gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux. La responsabilité et la transparence sont les éléments fondamentaux de la pérennité du secteur⁸¹.

L'idée d'un système pérenne ou durable, où le gouvernement se doit d'attribuer les contrats pour la prestation de services en sous-traitance à des organismes viables, a fait son chemin dans les pays de comparaison. L'Écosse et la

77 Global Labour Research Centre - York University. (2021, April 23). *Embodying care: Care work and COVID-19*, presentation by Nicole Leach [Video]. Youtube. <https://www.youtube.com/watch?v=hiEQcMR8qs>.

78 Banerjee, A., Armstrong, P., Daly, T., Armstrong, H., & Braedley, S. (2015). "Careworkers don't have a voice:" Epistemological violence in residential care for older people. *Journal of Aging Studies*, 33, 28-36. <https://doi.org/10.1016/j.jaging.2015.02.005>.

79 Health Standards Organization. (2023). National Long-term Care Standard. <https://healthstandards.org/standard/long-term-care-services-can-hso21001-2023-a/>.

80 Ibid. See page 38.

81 Ibid.

Nouvelle-Zélande étudient déjà l'acquisition et la prestation des services et l'impact qu'elles ont sur les conditions de travail.

Le travail de l'**Écosse** porte sur les conditions de travail équitables pour améliorer la qualité du travail et la prestation de soins.

En **Nouvelle-Zélande**, le travail se concentre sur la pérennité du secteur.

Questions à se poser :

Compte tenu des principes énoncés dans les normes et des pressions que créent les modèles de sous-traitance, dans quelle mesure les provinces ont-elles besoin d'imposer des normes dans les sous-secteurs de soins?

Dans quelle mesure les processus d'octroi de licence, d'inspection et d'acquisition de services au Nouveau-Brunswick tiennent-ils compte de la viabilité des organismes fournissant les services?

Le financement fédéral/provincial en santé

En février 2023, les provinces et les territoires ont fait front commun pour discuter avec le gouvernement fédéral d'un nouvel accord fédéral-provincial sur les soins de santé. Un financement sans condition était au cœur de leur position, et ils ont obtenu gain de cause, car :

- 58 % des fonds seront affectés à la santé;
- 42 % des fonds iront là où il convient à chaque province et territoire⁸².

Une réflexion s'impose : Il appartient maintenant au bon vouloir politique de la province d'investir tout le montant prévu dans la réforme du système. Une refonte du système est impossible sans ressources financières. Il est à noter cependant que l'investissement des fonds sans avoir à rendre des comptes, sans transparence et sans la volonté politique de réellement changer les choses ne fera que perpétuer la fragilité du secteur des soins.

Leçons à tirer des ententes bilatérales sur les services de garde à l'enfance

En 2021, le gouvernement fédéral a annoncé dans le cadre d'ententes bilatérales avec chaque province et territoire un budget de 30 milliards de dollars sur les 5 prochaines années pour favoriser l'accès à l'éducation de la petite enfance à un prix abordable⁸³. Il proposait d'augmenter sa part du financement du secteur afin d'augmenter le nombre de places dans les garderies offrant des services de haute qualité et de réduire les frais à 10 \$ par jour⁸⁴.

La prestation de services de garde de haute qualité a des défis en commun avec la prestation de soins de haute qualité pour adultes, surtout en ce qui a trait à la pénurie de personnel et aux bas salaires⁸⁵. Les stratégies dans les deux secteurs ont tendance à se centrer sur le recrutement, souvent par l'intermédiaire d'une aide financière pour les droits de scolarité⁸⁶. Les mesures de rétention, comme un régime d'avantages sociaux ou le droit d'avoir son mot à dire, sont plutôt rares même s'il est

82 Macdonald, D. (2023, February 15). No strings attached: Canada's health care deal lacks key conditions. *The Monitor*. Canadian centre for policy alternatives | Centre canadien de politiques alternatives. https://monitormag.ca/reports/no-strings-attached/?utm_source=CCPA+National+Newsletter&utm_campaign=af395bb8dd-EMAIL_CAMPAIGN_2022_01_02_51_COPY_01&utm_medium=email&utm_term=0_243d98559a-af395bb8dd-51874721&mc_cid=af395bb8dd&mc_eid=3df1157f2#chapter5.

83 Government of Canada. (2021). Chapter three: New opportunities for Canadians. In *Federal Budget 2021: A Recovery Plan for Jobs, Growth, and Resilience*. (pp. 95-123). Government of Canada. https://www.budget.canada.ca/2021/report_rapport/toc_tdm-en.html.

84 Ibid.

85 Hoffin, S. (2021). Canada's childcare workforce. Occasional paper series 35. Childcare Research unit. Childcare Canada, <https://childcarecanada.org/publications/occasional-paper-series/21/11/canadas-child-care-workforce>.

86 Government of New Brunswick. (2021). Full tuition costs to be covered for personal support workers and human services counsellors. https://www2.gnb.ca/content/gnb/en/news/news_release/2021/08/0527.htm. See also: Government of New Brunswick. (2012). Early Childhood Educator Tuition Reimbursement Program. https://www2.gnb.ca/content/gnb/en/services/services_renderer/201275_Early_Childhood_Educator_Tuition_Reimbursement_Program.html

explicitement reconnu que les conditions de travail sont le miroir des services de soins et la raison pour laquelle le roulement du personnel est élevé⁸⁷.

Les fonds affectés aux garderies en vertu de ces ententes sont, avant tout, des mesures économiques pour les familles.

Les conditions imposées par le gouvernement fédéral dans ce cadre multilatéral, qui sont à la base de chacune des ententes provinciales et territoriales, sont liées à la qualité des services⁸⁸. Elles mettent en évidence le lien entre la qualité des soins et la formation et la certification des travailleuses, ainsi que le rôle déterminant que ces dernières jouent dans la prestation de soins, ce qui a donné lieu à la mise en place de mesures intéressantes partout au Canada.

Certaines provinces ont entrepris d'améliorer la qualité des emplois et de miser sur la professionnalisation.

La **Nouvelle-Écosse** et **Manitoba**, par exemple, ont mis en place des mesures pour réduire la charge administrative des organismes de prestation de services. En effet, une agence régit les services de garde en

milieu familial afin d'assurer une meilleure continuité des services, de réduire le fardeau administratif et de réaliser des économies d'échelle^{89,90}.

Au **Manitoba**, les exploitant·es de garderies sans but lucratif pourront suivre une formation sur les fondements d'une gouvernance des conseils d'administration efficace⁹¹.

Question à se poser : *Dans quelle mesure un modèle de réseau comparable comportant une formation en gouvernance peut-elle s'appliquer à la prestation de services de soins, particulièrement en ce qui concerne les fournisseur·euses de soins dans les petites collectivités ou en milieu rural?*

Terre-Neuve et Labrador et le **Manitoba** prennent des mesures pour faire de l'éducation de la petite enfance une carrière. En voici quelques-unes.

Dans le cadre du programme de subventions de fonctionnement de **Terre-Neuve et Labrador**, les fournisseur·euses de services de garde sont déjà tenus de verser le salaire minimum à leurs employées⁹². En vertu de la nouvelle entente sur les services de garde, la province investira les fonds provenant du fédéral dans l'élaboration d'une grille de salaire et d'avantages sociaux⁹³. Les échelons de la grille seront déterminés selon les

compétences, la formation, les normes de soins et la complexité des soins qu'exigent les postes et le salaire de subsistance.

Le Comité des compétences et de la formation en matière des services de garde du **Manitoba** a reçu un mandat pour uniformiser les différents postes dans les garderies, bien que le travail du comité porte surtout sur la mise à jour des niveaux de formation plutôt que sur l'élaboration d'une grille salariale⁹⁴. Quant aux avantages sociaux, le Manitoba compte augmenter ses contributions aux régimes de retraite des fournisseur·euses publics et de ceux en milieu familial⁹⁵.

87 Holfin, S. (2021). Canada's childcare workforce. Occasional paper series 35. Childcare Research Unit. *Childcare Canada*. <https://childcarecanada.org/publications/occasional-paper-series/21/11/canadas-child-care-workforce>.

88 Government of Canada. (2021b). *Early Learning and Child Care Act*. <https://www.parl.ca/DocumentViewer/en/44-1/bill/C-208/first-reading>.

89 Government of Canada & Government of Nova Scotia. (2021). Annex 2: Nova Scotia's action plan for fiscal year 2021 to 2022 to fiscal year 2022 to 2023. Canada-Nova Scotia early learning and childcare agreement - 2021-2026. Government of Canada, <https://www.canada.ca/en/early-learning-child-care-agreement/agreements-provinces-territories/nova-scotia-canada-wide-2021.html#b2.17>.

90 Government of Canada & Government of Manitoba. (2021). Annex 2: Manitoba's fiscal year 2021 to 2022 through fiscal year 2022 to 2023 Canada-wide action plan. Canada-Manitoba early learning and childcare agreement - 2021-2026. Government of Canada, <https://www.canada.ca/en/early-learning-child-care-agreement/agreements-provinces-territories/manitoba-canada-wide-2021.html#h4.09>.

91 Ibid.

92 Government of Canada & Government of Newfoundland and Labrador. (2021). Annex 2: Newfoundland and Labrador's action plan for fiscal year 2021 to 2022 through fiscal year 2022 to 2023. Canada-Newfoundland and Labrador early learning and childcare agreement - 2021-2026. Government of Canada, <https://www.canada.ca/en/early-learning-child-care-agreement/agreements-provinces-territories/newfoundland-labrador-canada-wide-2021.html#h-an-2>.

93 Ibid.

94 Government of Canada & Government of Manitoba. (2021). Annex 2: Manitoba's fiscal year 2021 to 2022 through fiscal year 2022 to 2023 Canada-wide action plan. Canada-Manitoba early learning and childcare agreement - 2021-2026. Government of Canada, <https://www.canada.ca/en/early-learning-child-care-agreement/agreements-provinces-territories/manitoba-canada-wide-2021.html#h4.09>.

95 Ibid.

Question à se poser : *Compte tenu de la similarité des défis dans la prestation de soins et les services de garde dans quelle mesure pouvons-nous tirer des leçons des ententes sur les services de garde pour valoriser le travail dans le secteur des soins communautaires au Nouveau-Brunswick?*

La Coalition pour l'équité salariale du Nouveau-Brunswick a réalisé les évaluations d'emploi dans le secteur des soins et ses rapports ont été publiés en 2019 et 2020. Certains postes sont sous-évalués et l'écart salarial s'élève jusqu'à 10 \$ l'heure⁹⁶.

Question à se poser : Dans quelle mesure une classification des postes et une grille salariale, qui tiendraient compte de l'équité salariale dans d'autres sous-secteurs des soins, valoriseraient-elles le travail dans les soins communautaires au Nouveau-Brunswick?

Le personnel du secteur des soins mérite un emploi durable, l'équité et la parité salariale et des possibilités de développement professionnel et d'avancement de carrière.

⁹⁶ Poirier, T., & Perron, J. (2021). The value of care: Pay equity in special care homes, ESSP agencies and family support agencies. New Brunswick Coalition for Pay Equity. <https://equite-equity.com/sites/default/files/2021-05/2021-05-12%20The%20Value%20of%20Care%20-%20New%20services.pdf>, Poirier, T. & Perron, J. (2021). The value of care: Pay equity maintenance in home care, transition houses, and community residences. New Brunswick Coalition for Pay Equity. <https://equite-equity.com/sites/default/files/2021-04/2020-10%20The%20Value%20of%20Care.pdf>

LES AUTEUR.E.S



Rachelle Pascoe-Deslauriers, Ph.D. est la chercheuse principale des projets sur *La valorisation du travail de soins sociaux dans les secteurs communautaires au Nouveau-Brunswick*. Elle est professeure agrégée en gestion à l'Université Mount Allison. Elle est une chercheuse appliquée, féministe du travail et de l'emploi, avec des intérêts de recherche et d'échange de connaissances liés à la qualité de l'emploi, aux intersections de la stratégie d'entreprise et des pratiques d'emploi, et aux relations d'emploi comparées.



Riley Livingstone, Ph.D. est chercheuse dans les projets de *La valorisation du travail de soins sociaux dans les secteurs communautaires au Nouveau-Brunswick*. Elle est une chercheuse en relations d'emploi et en administration publique intéressée par la résolution de problèmes de politiques sociales complexes grâce à la collaboration de multiples parties prenantes et à la gouvernance interactive, notamment dans les secteurs de la santé et des soins sociaux.



Sara-Ann Strong est chercheuse dans les projets de *La valorisation du travail de soins sociaux dans les secteurs communautaires au Nouveau-Brunswick*. Sara-Ann vient de terminer son baccalauréat en anglais et en études sur les femmes et le genre à l'Université Mount Allison. Ses intérêts de recherche se situent à l'intersection du travail féminin, du féminisme transnational et de l'organisation et de la mobilisation pour la justice sociale.



Brent White, Ph.D. est professeur agrégé en comptabilité à l'Université Mount Allison. Avant de commencer sa carrière comme professeur agrégé, il a travaillé pour une firme comptable de calibre internationale en même temps d'acquérir son certificat de comptable agréé. Par la suite, il a poursuivi cette profession dans un position au sein de l'équipe du Vérificateur general du Nouveau-Brunswick. Il a travaillé pour plus de 20 ans dans les vérifications des comptes publics/d'État. C'est ce temps et ce métier qui l'influencent dans ses champs de recherche aujourd'hui, dont l'indépendance du vérificateur general, les démarches de redditions de comptes, et l'histoire législative au/du Canada.

