

Rapports sur la santé

Niveaux et dépenses de dotation en personnel dans les établissements de soins de longue durée au Canada selon le statut de propriété avant et pendant la pandémie de COVID-19

par Valentina Antonipillai, Edward Ng, Andrea Baumann,
Mary Crea-Arsenio et Rochelle Garner

Date de diffusion : le 16 juillet 2025



Statistique
Canada

Statistics
Canada

Canada

Comment obtenir d'autres renseignements

Pour toute demande de renseignements au sujet de ce produit ou sur l'ensemble des données et des services de Statistique Canada, visiter notre site Web à www.statcan.gc.ca.

Vous pouvez également communiquer avec nous par :

Courriel à infostats@statcan.gc.ca

Téléphone entre 8 h 30 et 16 h 30 du lundi au vendredi aux numéros suivants :

- | | |
|---|----------------|
| • Service de renseignements statistiques | 1-800-263-1136 |
| • Service national d'appareils de télécommunications pour les malentendants | 1-800-363-7629 |
| • Télécopieur | 1-514-283-9350 |

Normes de service à la clientèle

Statistique Canada s'engage à fournir à ses clients des services rapides, fiables et courtois. À cet égard, notre organisme s'est doté de normes de service à la clientèle que les employés observent. Pour obtenir une copie de ces normes de service, veuillez communiquer avec Statistique Canada au numéro sans frais 1-800-263-1136. Les normes de service sont aussi publiées sur le site www.statcan.gc.ca sous « Contactez-nous » > « [Normes de service à la clientèle](#) ».

Note de reconnaissance

Le succès du système statistique du Canada repose sur un partenariat bien établi entre Statistique Canada et la population du Canada, les entreprises, les administrations et les autres organismes. Sans cette collaboration et cette bonne volonté, il serait impossible de produire des statistiques exactes et actuelles.

Publication autorisée par la ministre responsable de Statistique Canada

© Sa Majesté le Roi du chef du Canada, représenté par la ministre de l'Industrie, 2025

L'utilisation de la présente publication est assujettie aux modalités de l'[entente de licence ouverte](#) de Statistique Canada.

Une [version HTML](#) est aussi disponible.

This publication is also available in English.

Niveaux et dépenses de dotation en personnel dans les établissements de soins de longue durée au Canada selon le statut de propriété avant et pendant la pandémie de COVID-19

par Valentina Antonipillai , Edward Ng, Andrea Baumann, Mary Crea-Arsenio et Rochelle Garner

DOI: <https://www.doi.org/10.25318/82-003-x202500700001-fra>

RÉSUMÉ

Contexte

Les faibles niveaux de dotation en personnel et les taux de roulement élevés sont des problèmes de longue date des établissements de soins de longue durée (SLD) qui ont été exacerbés par la pandémie de COVID-19. Par conséquent, les résidents et le personnel de ces établissements ont été touchés de façon disproportionnée par la pandémie, et les taux de morbidité et de mortalité y étaient élevés. La présente étude permet d'examiner les changements dans les niveaux de dotation, dans l'ensemble et selon la catégorie de personnel de soins de santé directs, au sein des établissements de SLD au Canada selon le statut de propriété, et ce, avant et pendant la pandémie. Elle permet également d'examiner les différences dans les dépenses de ces établissements allouées aux salaires, aux avantages sociaux et aux contrats de sous-traitance selon leur statut de propriété.

Données et méthodes

Les données proviennent de l'Enquête sur les établissements de soins infirmiers et de soins pour bénéficiaires internes de 2020 et de 2021, dans le cadre de laquelle des renseignements ont été recueillis sur les caractéristiques des établissements, y compris sur leurs dépenses, leurs revenus, leur statut de propriété et leurs niveaux de dotation. Des statistiques récapitulatives et des modèles de régression linéaire multivariée ont été utilisés pour examiner l'association entre les niveaux de dotation et le statut de propriété, et les analyses ont été stratifiées par catégorie de personnel de soins de santé directs.

Résultats

En moyenne, comparativement aux établissements de SLD privés à but lucratif et sans but lucratif, les établissements de SLD publics affichaient des niveaux de dotation plus élevés et consacraient une plus grande part de leurs dépenses totales aux salaires et aux avantages sociaux des employés, et ce, avant et pendant la pandémie. Bien que le nombre total d'heures de soins par journée-résident (HSJR) ait augmenté pendant la pandémie, des variations notables ont été observées selon la région, le statut de propriété et la catégorie de personnel de soins de santé directs. Par exemple, pendant la pandémie, les établissements de soins infirmiers publics de l'Ontario ont accru leur nombre d'HSJR fournis par du personnel infirmier autorisé de 10 % par rapport à avant la pandémie.

Interprétation

Il existe une association entre les niveaux de dotation en personnel de soins de santé directs des établissements de SLD, dans l'ensemble et séparément, et le statut de propriété des établissements. La répartition des dépenses liées aux employés différait également selon le statut de propriété. D'autres travaux de recherche sont nécessaires pour examiner les interactions entre le statut de propriété, les niveaux de dotation et la qualité des soins fournis aux résidents des établissements de SLD.

Mots clés

Niveaux de dotation, dépenses, soins de longue durée, établissements de soins infirmiers, statut de propriété, Canada.

AUTEURS

Valentina Antonipillai, Edward Ng et Rochelle Garner travaillent à la Division de l'analyse et de la modélisation de la santé de Statistique Canada. Andrea Baumann et Mary Crea-Arsenio travaillent au sein du programme Global Health à l'Université McMaster.

Ce que l'on sait déjà sur le sujet

- Des études antérieures fondées sur des données se rapportant à la période du milieu des années 1990 à 2010 indiquent que les établissements de soins de longue durée (SLD) à but lucratif au Canada fournissaient moins d'heures de soins par journée-résident (HSJR) que les établissements à but non lucratif.
- Le statut de propriété à but lucratif était associé à une augmentation du nombre d'éclotions de COVID-19 et de décès attribuables à la COVID-19 parmi les résidents des établissements de SLD de l'Ontario.
- Les données sur les niveaux de dotation par profession pour tous les statuts de propriété ne sont pas concluantes, et il y a peu de renseignements sur la façon dont la pandémie a touché les niveaux de dotation des établissements de SLD ayant des statuts de propriété différents.

Ce qu'apporte l'étude

- Après la pandémie, les établissements de SLD publics ont augmenté leur nombre d'HSJR fournis par du personnel infirmier autorisé, et l'ensemble des établissements, quel que soit leur statut de propriété, ont augmenté leur nombre d'HSJR fournis par du personnel infirmier auxiliaire autorisé et des préposés aux services de soutien à la personne.
- En 2019, les établissements de SLD à but lucratif ont fourni à leurs résidents un total de 50 minutes de soins directs de moins que les établissements de SLD publics et en 2020, ils leur ont fourni un total de 34 minutes de soins directs de moins que ces derniers.
- Les établissements de SLD publics, suivis des établissements à but non lucratif, ont consacré une plus grande part de leurs dépenses totales aux salaires et aux avantages sociaux de leurs employés pendant la pandémie de COVID-19, tandis que les établissements à but lucratif ont consacré une plus grande part de leurs dépenses totales à la sous-traitance.

Les résidents d'établissements de soins de longue durée (SLD), aussi appelés établissements de soins infirmiers, ont été touchés de façon disproportionnée par la pandémie de COVID-19. En effet, plus de 80 % des décès liés à la COVID-19 au cours de la première vague au Canada sont survenus parmi ces derniers¹. Alors que les résidents d'établissements de SLD ont subi des conséquences plus néfastes des infections de COVID-19 en raison de leur âge avancé et de comorbidités sous-jacentes², des travaux de recherche montrent que les caractéristiques des établissements étaient des facteurs clés de la morbidité et de la mortalité excessives chez les résidents pendant la pandémie³⁻⁷. Notamment, le statut de propriété à but lucratif était associé à une augmentation du nombre d'éclotions de COVID-19 et de décès attribuables à la COVID-19 chez les résidents d'établissements de SLD au Canada^{3,6-8}. L'association entre la mortalité des résidents attribuable à la COVID-19 et le statut de propriété à but lucratif a été attribuée à la prévalence de vieilles normes de conception et de l'affiliation à une chaîne⁷. Toutefois, les faibles niveaux de dotation en personnel de soins de santé de première ligne sont un autre facteur de risque pouvant également varier entre les établissements de SLD ayant des statuts de propriété différents (établissements publics, à but lucratif ou sans but lucratif), particulièrement pendant la pandémie, selon les rapports sur les pénuries critiques de personnel⁹. Les niveaux de dotation en personnel pendant la pandémie dans ces établissements n'ont pas fait l'objet de suffisamment de travaux de recherche dans le contexte canadien.

Selon une étude menée aux États-Unis, le statut de propriété est important : les établissements de soins infirmiers à but lucratif ont enregistré des cotes de qualité inférieures et un plus grand nombre d'infections de COVID-19 au sein du personnel, comparativement aux établissements sans but lucratif¹⁰. Les cotes de qualité inférieures comprennent des infractions en matière d'inspection sanitaire, des indicateurs de mauvaise santé chez les résidents et de faibles niveaux de dotation. La qualité inférieure des soins dans les établissements à but lucratif était associée à des taux plus élevés d'infection et de décès chez les résidents pendant la pandémie¹⁰. Parmi les établissements comptant au moins un cas de COVID-19, ceux ayant de faibles cotes de qualité et de faibles niveaux de dotation comptaient plus de cas de COVID-19 que leurs homologues de qualité supérieure et mieux dotés en personnel¹¹. Compte tenu de la relation entre le statut de propriété, les niveaux de dotation et la situation des résidents pendant la pandémie, les niveaux de dotation dans les établissements de SLD canadiens ayant des statuts de propriété différents pendant la pandémie justifient un examen.

Au Canada, le statut de propriété est une caractéristique structurelle des établissements de SLD qui a une incidence sur la façon dont les services sont fournis, les personnes qui les fournissent, l'obtention de financement supplémentaire et la façon dont les ressources sont attribuées. Même s'ils peuvent être publics ou privés, tous les établissements de SLD sont financés par les gouvernements provinciaux et territoriaux au moyen de paiements quotidiens ou de budgets globaux pour couvrir les coûts des établissements associés aux services de

soins infirmiers et personnels. Toutefois, les services d'hébergement sont financés par le secteur privé, c'est-à-dire par les résidents, au moyen de quotes-parts ajustées en fonction du revenu, et ces services représentent environ 25 % des dépenses totales des établissements¹²⁻¹³. Les niveaux de financement gouvernemental et le nombre de sources de financement supplémentaires couvrant les coûts des établissements de SLD varient entre les secteurs de compétence et au sein de ceux-ci selon le statut de propriété des établissements¹³.

Les établissements de SLD au Canada sont soit publics, soit privés. Les établissements publics comprennent ceux qui appartiennent à des municipalités, à des autorités régionales de la santé ou à des administrations publiques provinciales. Les établissements privés comprennent ceux à but lucratif et ceux sans but lucratif. Les établissements sans but lucratif sont gérés par des organismes de bienfaisance ou des établissements religieux et reçoivent du financement supplémentaire sous forme de dons. À l'inverse, les établissements à but lucratif fournissent des soins en tant qu'exploitants uniques ou dans le cadre de leur appartenance à de grandes entités commerciales, appelées chaînes. Malgré leur situation géographique distincte, ces établissements fonctionnent de façon semblable et génèrent des économies d'échelle grâce au contrôle du marché, tout en appliquant des normes uniformes dans l'ensemble des établissements¹⁴⁻¹⁵.

À ce jour, le petit nombre d'études reposant sur des données plus anciennes (c.-à-d. de 1996 à 2010) pour examiner la relation entre le statut de propriété et les niveaux de dotation des établissements de SLD au Canada a montré que les niveaux de dotation variaient selon le statut de propriété et l'affiliation à

une chaîne¹⁶⁻²⁰. Ces travaux de recherche ont également indiqué que les établissements de SLD publics et privés sans but lucratif ont fourni aux résidents un plus grand nombre total d'heures de soins directs que les établissements à but lucratif^{17-18,20}. Les données probantes sur les niveaux de dotation par profession pour l'ensemble des statuts de propriété ne sont pas concluantes, possiblement en raison des changements dans l'offre de main-d'œuvre des prestataires de soins directs dans les établissements de SLD au fil du temps¹⁷. Par conséquent, d'autres travaux de recherche sont nécessaires. La présente étude vise à combler les lacunes en matière de connaissances dans le contexte canadien avant et pendant la pandémie. Les niveaux de dotation sont souvent utilisés comme substitut pour la qualité des soins fournis dans les établissements de soins infirmiers¹⁰. La pandémie ayant entraîné de graves pénuries de personnel dans le secteur des SLD, la présente étude permet d'examiner les niveaux de dotation pour l'ensemble des statuts de propriété des établissements de SLD au Canada. Comme pour les travaux de recherche antérieurs, on pose l'hypothèse que les établissements de SLD publics et sans but lucratif ont des niveaux de dotation plus élevés que les établissements à but lucratif. Toutefois, étant donné que les établissements de soins infirmiers ont connu une pénurie de personnel dans l'ensemble du secteur pendant la pandémie, les heures de soins fournis aux résidents peuvent avoir été réduites dans l'ensemble des établissements, quel que soit le statut de propriété. Les différences dans le financement ou l'affectation des ressources des établissements peuvent contribuer aux variations des niveaux de dotation selon le statut de propriété²¹. La présente étude permet également d'examiner les différences dans les dépenses totales consacrées aux salaires, aux avantages sociaux et aux contrats de sous-traitance des établissements de SLD selon leur statut de propriété.

Tableau 1
Caractéristiques des échantillons d'établissements de soins de longue durée, avant (avril 2019 à mars 2020) et pendant (avril 2020 à mars 2021) la pandémie de COVID-19, Canada, à l'exclusion du Québec et des territoires

	Établissements de soins de longue durée répondants							
	Avant la pandémie de COVID-19				Pendant la pandémie de COVID-19			
	Cycle complet (n = 1 091)		Deux cycles ¹ (n = 807)		Cycle complet (n = 1 014)		Deux cycles ¹ (n = 807)	
	moyenne	ET	moyenne	ET	moyenne	ET	moyenne	ET
Taille (nombre de lits)	104,52	2,44	110,78	2,96	104,05	2,53	111,74	2,90
Part des dépenses consacrées aux salaires	61,39	0,34	61,64	0,39	61,22	0,41	61,10	0,43
Part des dépenses consacrées aux avantages sociaux	12,76	0,18	12,84	0,20	10,76	0,19	10,84	0,21
	pourcentage							
Statut de propriété								
Établissements publics	29,81	...	29,94	...	32,60	...	31,37	...
Établissements sans but lucratif	23,52	...	26,50	...	21,73	...	23,62	...
Établissements à but lucratif	46,67	...	43,56	...	45,66	...	45,02	...
Sous-traitance								
Oui	11,02	...	12,52	...	26,42	...	27,80	...
Non	88,98	...	87,48	...	73,58	...	72,20	...
Région								
Ontario	47,22	...	46,50	...	42,57	...	46,74	...
Colombie-Britannique	13,98	...	13,74	...	17,45	...	13,65	...
Provinces des Prairies	21,76	...	22,70	...	23,63	...	22,51	...
Provinces de l'Atlantique	17,04	...	17,06	...	16,35	...	17,10	...

... n'ayant pas lieu de figurer

1. Les répondants aux deux cycles font référence aux établissements de soins de longue durée ayant participé aux deux cycles (2020 et 2021) de l'Enquête sur les établissements de soins infirmiers et de soins pour bénéficiaires internes.

Notes : ET = erreur-type. Les échantillons de l'étude excluent les établissements du Québec et des territoires.

Sources : Statistique Canada, Enquête sur les établissements de soins infirmiers et de soins pour bénéficiaires internes, 2020 et 2021.

Méthodologie

Conception et sources de données

La présente étude d'observation avant-après s'est appuyée sur deux cycles (2020 et 2021) de l'Enquête sur les établissements de soins infirmiers et de soins pour bénéficiaires internes (EESISBI) de Statistique Canada²². Cette enquête a permis de recueillir des renseignements sur les caractéristiques des établissements, y compris les revenus, les dépenses et les niveaux de dotation de l'exercice précédent, ainsi que des renseignements relatifs à la COVID-19 (p. ex. infections contractées par le personnel et les résidents) pour chaque année civile de l'enquête. La base de sondage de l'EESISBI comprenait tous les établissements des secteurs public et privé classés sous le code 623 du Système de classification des industries de l'Amérique du Nord (SCIAN) 2017, soit les établissements de soins infirmiers et de soins pour bénéficiaires internes. Malgré le caractère obligatoire de l'enquête, le taux de réponse global était de 73 % en 2020 et de 60 % en 2021; les taux variaient selon la province et l'année.

La présente étude tient compte des établissements classés selon le code 623110 du SCIAN 2017 qui sont situés dans 9 des 10 provinces canadiennes et qui ont déclaré au moins un lit, un bénéficiaire de soins et un membre du personnel infirmier à leur emploi. Les établissements suivants ont été exclus de l'étude :

- 1) Les établissements n'ayant pas déclaré au moins un membre du personnel infirmier en emploi ou au moins un résident (environ 6 % des établissements déclarants).
- 2) Les établissements situés dans les territoires (les lignes directrices de déclaration pour l'enquête indiquaient un nombre insuffisant d'établissements faisant partie du champ de l'enquête).
- 3) Les établissements du Québec (les établissements publics du Québec ont été exclus en raison de la non-participation à l'EESISBI et de l'absence de données comparables).

Variable d'exposition et variables de résultats

La principale variable d'exposition de la présente étude est le statut de propriété des établissements, classé comme étant public, à but lucratif et sans but lucratif; ces deux dernières catégories reflètent un statut de propriété privé. Les principales variables de résultats sont les niveaux de dotation et la proportion des dépenses totales consacrées aux salaires, aux avantages sociaux et à la sous-traitance. Les établissements ont fourni des renseignements relatifs à diverses catégories de personnel; la présente étude est axée plus particulièrement sur les données portant sur le personnel infirmier autorisé (PIA), le personnel infirmier auxiliaire autorisé (PIAA) et les préposés

Tableau 2

Heures de soins par journée-résident fournies au cours de l'exercice avant (avril 2019 à mars 2020) et l'exercice pendant (avril 2020 à mars 2021) la pandémie de COVID-19, au total et selon la catégorie de personnel, par région et statut de propriété de l'établissement

Région et statut de propriété	Nombre d'heures de soins par journée-résident — Total				Nombre d'heures de soins par journée-résident — PIA				Nombre d'heures de soins par journée-résident — PIAA				Nombre d'heures de soins par journée-résident — PSSP			
	Avant la pandémie de COVID-19 (n = 1 091)		Pendant la pandémie de COVID-19 (n = 1 014)		Avant la pandémie de COVID-19 (n = 1 091)		Pendant la pandémie de COVID-19 (n = 1 014)		Avant la pandémie de COVID-19 (n = 1 091)		Pendant la pandémie de COVID-19 (n = 1 014)		Avant la pandémie de COVID-19 (n = 1 091)		Pendant la pandémie de COVID-19 (n = 1 014)	
	moyenne	ET	moyenne	ET	moyenne	ET	moyenne	ET	moyenne	ET	moyenne	ET	moyenne	ET	moyenne	ET
Globalement																
Établissements publics	3,91 ^{§†}	0,18	3,85 ^{§†}	0,11	0,67 ^{§†}	0,07	0,56 ^{§†}	0,05	0,85 ^{§†}	0,07	0,79 ^{§†}	0,04	2,38 [§]	0,10	2,50 [§]	0,07
Établissements sans but lucratif	3,37 [‡]	0,14	3,50 [‡]	0,16	0,47 [‡]	0,04	0,43 [‡]	0,04	0,62 [‡]	0,04	0,69 [‡]	0,06	2,29 [‡]	0,10	2,38	0,11
Établissements à but lucratif	2,98	0,18	3,17	0,12	0,35	0,05	0,31	0,02	0,49	0,06	0,51	0,03	2,13	0,09	2,35	0,10
Provinces de l'Atlantique																
Établissements publics	4,17 ^{§†}	0,28	4,67 [§]	0,31	0,63 [§]	0,08	0,69 [§]	0,10	1,15 [§]	0,12	1,20 [§]	0,15	2,40 [‡]	0,19	2,78	0,22
Établissements sans but lucratif	3,28	0,25	4,37	0,46	0,63 [‡]	0,09	0,60 [‡]	0,07	0,93 [‡]	0,13	1,09 [‡]	0,22	1,71	0,15	2,67	0,39
Établissements à but lucratif	3,52	0,39	3,14	0,23	0,30	0,05	0,28	0,04	0,47	0,09	0,42	0,06	2,75	0,33	2,44	0,20
Ontario																
Établissements publics	3,51 [§]	0,35	4,00 ^{§†}	0,23	0,43	0,05	0,57 ^{§†}	0,12	0,73 [§]	0,10	0,80 ^{§†}	0,06	2,35 [§]	0,23	2,62 [§]	0,14
Établissements sans but lucratif	3,20 [‡]	0,16	3,27	0,24	0,42	0,07	0,40	0,08	0,51 [‡]	0,02	0,62	0,06	2,27 [‡]	0,11	2,25	0,14
Établissements à but lucratif	2,94	0,27	3,37	0,21	0,42	0,08	0,36	0,03	0,53	0,09	0,60	0,04	1,99	0,10	2,41	0,16
Provinces des Prairies																
Établissements publics	4,04 [§]	0,18	3,69 [§]	0,15	0,76 ^{§†}	0,09	0,64 ^{§†}	0,05	0,67 [§]	0,07	0,55 [§]	0,04	2,60 [§]	0,11	2,50 [§]	0,10
Établissements sans but lucratif	3,97 [‡]	0,39	4,06 [‡]	0,27	0,50 [‡]	0,08	0,52 [‡]	0,10	0,64 [‡]	0,11	0,70 [‡]	0,10	2,84 [‡]	0,32	2,84 [‡]	0,21
Établissements à but lucratif	2,58	0,17	3,07	0,25	0,22	0,03	0,29	0,07	0,38	0,05	0,37	0,06	1,98	0,13	2,41	0,23
Colombie-Britannique																
Établissements publics	4,21 [§]	0,73	3,09 [‡]	0,19	1,15 [§]	0,46	0,31 [§]	0,07	1,11 [§]	0,33	0,74 ^{§†}	0,10	1,95	0,18	2,04	0,12
Établissements sans but lucratif	2,88	0,22	2,34	0,27	0,37	0,09	0,21	0,03	0,53	0,07	0,43	0,07	1,97	0,15	1,70	0,20
Établissements à but lucratif	2,94	0,40	2,68	0,17	0,27	0,08	0,17	0,02	0,46	0,06	0,49	0,06	2,21	0,32	2,02	0,14

[§] différence significative entre les établissements publics et à but lucratif ($p < 0,05$)

[†] différence significative entre les établissements publics et sans but lucratif ($p < 0,05$)

[‡] différence significative entre les établissements à but lucratif et sans but lucratif ($p < 0,05$)

Notes : PSSP = préposés aux services de soutien à la personne, PIA = personnel infirmier autorisé, PIAA = personnel infirmier auxiliaire autorisé, ET = erreur-type. Les échantillons de l'étude excluent les établissements du Québec et des territoires.

Sources : Statistique Canada, Enquête sur les établissements de soins infirmiers et de soins pour bénéficiaires internes, 2020 et 2021.

Tableau 3

Part des dépenses consacrées aux salaires et aux avantages sociaux au cours de l'exercice avant (avril 2019 à mars 2020) et l'exercice pendant (avril 2020 à mars 2021) la pandémie de COVID-19, par région et statut de propriété de l'établissement

Région et statut de propriété	Part des dépenses consacrées aux salaires				Part des dépenses consacrées aux avantages sociaux			
	Avant la pandémie de COVID-19 (n = 1 091)		Pendant la pandémie de COVID-19 (n = 1 014)		Avant la pandémie de COVID- 19 (n = 1 091)		Pendant la pandémie de COVID-19 (n = 1 014)	
	moyenne (%)	ET	moyenne (%)	ET	moyenne (%)	ET	moyenne (%)	ET
Globalement								
Établissements publics	64,43 [†]	0,59	65,78 ^{§†}	0,70	14,90 ^{§†}	0,31	15,22 ^{§†}	0,29
Établissements sans but lucratif	61,34	0,66	61,95 [†]	0,85	13,08 [†]	0,35	10,16 [†]	0,35
Établissements à but lucratif	59,77	0,47	57,57	0,59	11,16	0,25	7,82	0,24
Provinces de l'Atlantique								
Établissements publics	65,77	1,01	66,46	1,11	14,19 [†]	0,53	14,60 [†]	0,76
Établissements sans but lucratif	61,98	1,29	65,07	1,38	14,28 [†]	0,68	12,36 [†]	0,94
Établissements à but lucratif	64,49	0,95	64,34	1,01	7,39	0,50	5,87	0,69
Ontario								
Établissements publics	60,66	0,81	60,86	0,96	15,61 ^{§†}	0,49	15,16 ^{§†}	0,49
Établissements sans but lucratif	59,13	0,86	62,30 [†]	1,08	13,00	0,52	8,83	0,55
Établissements à but lucratif	59,34	0,52	58,18	0,66	13,21	0,31	9,66	0,34
Provinces des Prairies								
Établissements publics	68,55 [†]	0,90	69,06 ^{§†}	1,07	14,26 ^{§†}	0,52	13,79 ^{§†}	0,37
Établissements sans but lucratif	67,63 [†]	1,08	64,41	1,37	11,73 [†]	0,62	9,81 [†]	0,47
Établissements à but lucratif	62,34	1,03	62,06	1,13	8,48	0,60	5,64	0,39
Colombie-Britannique								
Établissements publics	63,26 [†]	2,62	68,75 ^{§†}	2,21	15,55 [†]	0,99	18,04 ^{§†}	0,70
Établissements sans but lucratif	55,82	2,69	54,57 [†]	2,81	14,36 [†]	1,02	11,52 [†]	0,89
Établissements à but lucratif	51,93	2,05	44,39	2,03	9,56	0,77	6,44	0,64

[§] différence significative entre les établissements publics et à but lucratif (p < 0,05)[†] différence significative entre les établissements publics et sans but lucratif (p < 0,05)[†] différence significative entre les établissements à but lucratif et sans but lucratif (p < 0,05)**Notes :** ET = erreur-type. Les échantillons de l'étude excluent les établissements du Québec et des territoires.**Sources :** Statistique Canada, Enquête sur les établissements de soins infirmiers et de soins pour bénéficiaires internes, 2020 et 2021.

aux services de soutien à la personne (PSSP). Le PIA est responsable de la prestation globale des soins aux résidents des établissements de SLD et participant à la réponse aux besoins de ces derniers, à la réalisation d'interventions cliniques, à l'administration de médicaments ainsi qu'à la supervision du travail effectué par le PIAA et les PSSP (aussi appelés aides-soignants ou préposés aux bénéficiaires selon le secteur de compétence). Alors que le PIAA fournit des soins cliniques et personnels, les PSSP aident les résidents en ce qui concerne les soins personnels, y compris les bains et l'alimentation, et participent à des activités exigeantes sur le plan physique, comme le transfert ou le repositionnement des résidents.

Les niveaux de dotation ont été mesurés en tant que nombre total d'heures de soins par journée-résident (HSJR). La moyenne des HSJR a été calculée en divisant le nombre total d'heures travaillées dans une année pour chaque prestataire de soins directs par le nombre total de journées-résidents dans une année pour chaque établissement. Une variable composite pour les heures de soins directs a été créée en faisant la somme du nombre moyen d'HSJR fournis par le PIA, le PIAA et les PSSP. La proportion moyenne des dépenses totales consacrées aux salaires, aux avantages sociaux et à la sous-traitance auprès d'agences tierces par établissement a été calculée en divisant le montant dépensé en salaires, en avantages sociaux et en sous-traitance par les dépenses totales de chaque établissement. Les renseignements relatifs à la sous-traitance n'ont été recueillis que dans le cadre de l'EESISBI de 2021.

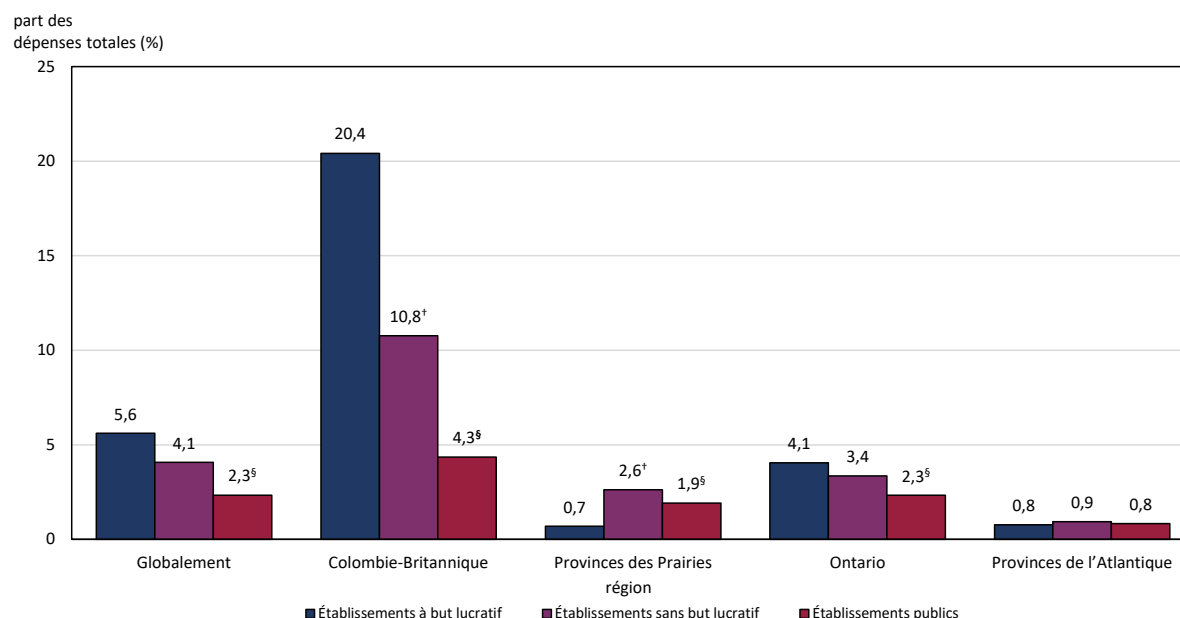
Analyse statistique

Les analyses reflètent les caractéristiques au niveau de l'établissement. Des statistiques descriptives ont été calculées pour les HSJR et les proportions des dépenses en salaires, en avantages sociaux et en sous-traitance. Ces statistiques ont été stratifiées selon le statut de propriété (trois catégories) et les régions canadiennes suivantes (quatre catégories) : 1) Colombie-Britannique, 2) provinces des Prairies (Manitoba, Alberta et Saskatchewan), 3) Ontario et 4) provinces de l'Atlantique (Nouveau-Brunswick, Terre-Neuve-et-Labrador, Nouvelle-Écosse et Île-du-Prince-Édouard). Le nombre d'établissements était suffisant dans chaque catégorie de statut de propriété dans ces quatre régions pour effectuer des analyses subséquentes. Des statistiques distinctes pour les HSJR ont été calculées pour chaque catégorie de personnel de soins de santé directs (c.-à-d. PIA, PIAA et PSSP) et pour la mesure composite des soins directs. Les différences dans le nombre moyen d'HSJR selon le statut de propriété ont été examinées à l'aide du test non paramétrique Kruskal-Wallis pour de multiples comparaisons.

Le nombre médian d'HSJR a été calculé pour les périodes avant et pendant la pandémie pour chaque profession liée à la santé et chaque statut de propriété. La différence relative entre les périodes a été calculée en pourcentage. Des comparaisons au sein des établissements des niveaux de dotation avant et pendant

Graphique 1

Part des dépenses totales des établissements de soins de longue durée consacrées à la sous-traitance selon le statut de propriété et la région, pendant la pandémie de COVID-19 (avril 2020 à mars 2021)



[§] différence significative entre les établissements publics et à but lucratif ($p < 0,05$)

[†] différence significative entre les établissements à but lucratif et sans but lucratif ($p < 0,05$)

Note : Les échantillons de l'étude excluent les établissements du Québec et des territoires.

Sources : Statistique Canada, Enquête sur les établissements de soins infirmiers et de soins pour bénéficiaires internes, 2020 et 2021.

la pandémie ont été effectuées à l'aide du test de Wilcoxon pour observations appariées. En raison de contraintes de taille d'échantillon, une analyse avant-après propre à la région n'a pu être effectuée que pour l'Ontario. Des régressions linéaires multivariées ont été utilisées pour examiner la relation entre les niveaux de dotation et le statut de propriété, en tenant compte de covariables comme la région canadienne, le nombre de lits, la proportion de dépenses en salaires et en avantages sociaux, et le fait que les établissements recrutaient des prestataires de soins directs, y compris du PIA, du PIAA et des PSSP, en sous-traitance auprès d'agences tierces. Des modèles distincts ont été élaborés pour le nombre d'HSJR fournis par chaque catégorie de personnel de soins de santé directs avant et pendant la pandémie.

Résultats

La présente étude prend en compte 1 091 établissements de SLD tirés de l'EESISBI de 2020 et 1 014 établissements de SLD tirés de l'EESISBI de 2021. Pour tenir compte des différences au sein des établissements, les 807 établissements ayant participé aux deux cycles de l'EESISBI ont été examinés séparément. Des comparaisons entre les répondants aux deux cycles et tous les établissements de chaque cycle d'enquête ont été effectuées (tableau 1) pour assurer la représentativité de l'échantillon des deux cycles. L'analyse a révélé des similitudes entre les échantillons pour l'ensemble des statuts de propriété,

des régions et des dépenses en salaires et en avantages sociaux avant et pendant la pandémie. Une différence existait entre les répondants aux deux cycles et l'ensemble des répondants : la taille moyenne des établissements de SLD ayant participé aux deux cycles était supérieure de sept lits à celle de tous les établissements répondants de chaque année respective (104 lits comparativement à 111 lits; tableau 1).

Niveaux de dotation selon le statut de propriété et la région

Dans l'ensemble, le nombre moyen d'HSJR fournis par les prestataires de soins directs variait selon le statut de propriété. Avant la pandémie (exercice 2019-2020), les résidents d'établissements de SLD publics recevaient en moyenne 3,9 heures de soins, comparativement à 3,4 heures pour les résidents d'établissements sans but lucratif ($p < 0,001$) et à 3,0 heures pour les résidents d'établissements à but lucratif ($p < 0,001$; tableau 2). Pendant la pandémie (exercice 2020-2021), le nombre d'HSJR correspondant était de 3,9 heures dans les établissements publics, de 3,5 heures dans les établissements sans but lucratif et de 3,2 heures dans les établissements à but lucratif. En moyenne, les établissements publics ont déclaré plus d'HSJR fournis par les PSSP, le PIA et le PIAA que les établissements privés, et il y avait certaines différences notables par région (tableau 2).

Tableau 4

Différence entre les heures de soins par journée-résident fournis au cours de l'exercice avant (avril 2019 à mars 2020) et l'exercice pendant (avril 2020 à mars 2021) la pandémie de COVID-19, au total et selon la catégorie de personnel, chez les répondants aux deux cycles de l'enquête

	n	Nombre d'heures de soins par journée-résident — Total					Nombre d'heures de soins par journée-résident — PIA				
		Nombre médian d'heures					Nombre médian d'heures				
		Avant la pandémie de COVID-19		Pendant la pandémie de COVID-19		différence en %	Avant la pandémie de COVID-19		Pendant la pandémie de COVID-19		différence en %
		ET		ET			ET		ET		
Région											
Globalement	807	2,95	0,03	3,18	0,05	7,24 *	0,32	0,01	0,32	0,01	0,95
Provinces de l'Atlantique	139	3,53	0,15	3,73	0,15	5,42 *	0,48	0,02	0,48	0,02	-1,02
Ontario	375	2,82	0,03	3,08	0,05	8,50 *	0,29	0,01	0,30	0,01	3,26
Provinces des Prairies	182	3,38	0,09	3,45	0,12	2,22	0,39	0,02	0,40	0,03	1,51
Colombie-Britannique	111	2,97	0,07	2,96	0,11	-0,36	0,23	0,02	0,21	0,02	-9,78 *
Région et statut de propriété											
Globalement											
Établissements à but lucratif	353	2,76	0,03	2,94	0,05	5,97 *	0,27	0,01	0,25	0,01	-6,05
Établissements sans but lucratif	215	3,10	0,06	3,23	0,06	4,14	0,33	0,02	0,32	0,02	-3,03
Établissements publics	239	3,25	0,07	3,56	0,09	8,66 *	0,38	0,02	0,41	0,02	8,14 *
Ontario											
Établissements à but lucratif	195	2,71	0,04	2,94	0,06	7,66 *	0,29	0,01	0,29	0,02	0,11
Établissements sans but lucratif	91	2,92	0,07	3,04	0,09	4,25	0,28	0,02	0,28	0,02	1,39
Établissements publics	89	2,93	0,06	3,47	0,13	15,63 *	0,30	0,01	0,33	0,02	10,19 *

* valeur significativement différente de l'estimation pour la catégorie de référence ($p < 0,05$)

Notes : PSSP = préposés aux services de soutien à la personne, PIA = personnel infirmier autorisé, PIAA = personnel infirmier auxiliaire autorisé, ET = erreur-type. L'échantillon de cette analyse comprend les répondants aux deux cycles, qui sont des établissements de soins de longue durée ayant participé aux deux cycles (2020 et 2021) de l'Enquête sur les établissements de soins infirmiers et de soins pour bénéficiaires internes. Les échantillons de l'étude excluent les établissements du Québec et des territoires. La différence en pourcentage entre les établissements avant et pendant la pandémie est calculée à l'aide de l'équation suivante : (pendant-avant)/pendant *100.

Sources : Statistique Canada, Enquête sur les établissements de soins infirmiers et de soins pour bénéficiaires internes, 2020 et 2021.

Tableau 4

Différence entre les heures de soins par journée-résident fournis au cours de l'exercice avant (avril 2019 à mars 2020) et l'exercice pendant (avril 2020 à mars 2021) la pandémie de COVID-19, au total et selon la catégorie de personnel, chez les répondants aux deux cycles de l'enquête (suite)

	Nombre d'heures de soins par journée-résident — PIAA					Nombre d'heures de soins par journée-résident — PSSP				
	Nombre médian d'heures					Nombre médian d'heures				
	Avant la pandémie de COVID-19		Pendant la pandémie de COVID-19		différence en %	Avant la pandémie de COVID-19		Pendant la pandémie de COVID-19		différence en %
	ET		ET			ET		ET		
Région										
Globalement	0,51	0,01	0,55	0,01	8,38 *	2,09	0,02	2,25	0,03	7,23 *
Provinces de l'Atlantique	0,72	0,04	0,71	0,03	-1,36	2,16	0,14	2,35	0,16	8,16 *
Ontario	0,49	0,01	0,56	0,02	12,45 *	2,00	0,01	2,23	0,04	10,40 *
Provinces des Prairies	0,49	0,02	0,48	0,03	-2,19	2,40	0,04	2,45	0,08	1,96
Colombie-Britannique	0,53	0,03	0,52	0,04	-1,83	2,11	0,03	2,15	0,07	1,68
Région et statut de propriété										
Globalement										
Établissements à but lucratif	0,43	0,01	0,47	0,02	8,41 *	2,01	0,02	2,14	0,04	5,93 *
Établissements sans but lucratif	0,57	0,02	0,59	0,02	3,69	2,19	0,05	2,26	0,05	2,99 *
Établissements publics	0,59	0,02	0,62	0,02	5,63 *	2,21	0,05	2,42	0,08	8,36 *
Ontario										
Établissements à but lucratif	0,45	0,01	0,51	0,03	12,65 *	1,95	0,03	2,11	0,05	7,38 *
Établissements sans but lucratif	0,53	0,03	0,56	0,04	5,23 *	2,09	0,05	2,24	0,06	6,66
Établissements publics	0,57	0,03	0,62	0,02	8,72 *	2,04	0,03	2,47	0,11	17,09 *

* valeur significativement différente de l'estimation pour la catégorie de référence ($p < 0,05$)

Notes : PSSP = préposés aux services de soutien à la personne, PIA = personnel infirmier autorisé, PIAA = personnel infirmier auxiliaire autorisé, ET = erreur-type. L'échantillon de cette analyse comprend les répondants aux deux cycles, qui sont des établissements de soins de longue durée ayant participé aux deux cycles (2020 et 2021) de l'Enquête sur les établissements de soins infirmiers et de soins pour bénéficiaires internes. Les échantillons de l'étude excluent les établissements du Québec et des territoires. La différence en pourcentage entre les établissements avant et pendant la pandémie est calculée à l'aide de l'équation suivante : (pendant-avant)/pendant *100.

Sources : Statistique Canada, Enquête sur les établissements de soins infirmiers et de soins pour bénéficiaires internes, 2020 et 2021.

En Colombie-Britannique, le nombre d'HSJR pour les PSSP ne différait pas selon le statut de propriété avant ou pendant la pandémie (tableau 2). Toutefois, le nombre moyen d'HSJR pour le PIA et le PIAA était plus élevé pour les deux périodes dans les établissements de SLD publics que dans les établissements à but lucratif. Au cours de la pandémie, le nombre d'HSJR du PIAA était également significativement plus élevé dans les établissements publics que dans les établissements sans but lucratif. Dans les provinces des Prairies, les établissements de SLD publics et sans but lucratif ont fourni aux résidents un plus grand nombre d'heures de soins directs au cours des deux périodes que les établissements à but lucratif ($p < 0,008$). Au cours de la pandémie de COVID-19, les PSSP et le PIAA d'établissements de SLD sans but lucratif ont fourni un peu plus d'HSJR que leurs homologues d'établissements publics ($p < 0,004$; tableau 2).

En Ontario, le nombre d'HSJR du PIA avant la pandémie était semblable pour l'ensemble des statuts de propriété. Toutefois, pendant la pandémie, le nombre d'HSJR du PIA était plus élevé dans les établissements de soins infirmiers publics que dans les établissements sans but lucratif et à but lucratif ($p < 0,02$). Des augmentations semblables du nombre d'HSJR fournis par le PIAA et les PSSP ont été observées pendant la pandémie dans les établissements publics, comparativement aux établissements à but lucratif (tableau 2). Dans les provinces de l'Atlantique, les établissements publics et sans but lucratif ont fourni le nombre total le plus élevé d'HSJR pendant la pandémie, soit, respectivement, 1,7 et 1,9 heure de soins combinés du PIA et du PIAA. Toutefois, pendant la pandémie, les différences du nombre d'HSJR des PSSP (2,4 à 2,8 heures) selon le statut de propriété n'étaient pas significatives d'un point de vue statistique (tableau 2).

Dépenses en salaires, en avantages sociaux et en sous-traitance selon le statut de propriété et la région

Dans l'ensemble, pendant la pandémie, les établissements de SLD publics, suivis des établissements de SLD sans but lucratif, ont consacré une plus grande part de leurs dépenses totales aux salaires et aux avantages sociaux des employés que les établissements de SLD à but lucratif (tableau 3). Lors de la stratification par région, cette observation persistait pour les établissements de la Colombie-Britannique et des provinces des Prairies. Par exemple, en Colombie-Britannique, les établissements publics ont consacré 18,0 % des dépenses totales aux avantages sociaux des employés, suivis des établissements sans but lucratif (11,5 %), tandis que les établissements à but lucratif ont consacré 6,4 % des dépenses totales aux avantages sociaux des employés ($p < 0,0001$). Toutefois, des variations par rapport à cette tendance ont été observées dans d'autres régions. Dans les provinces de l'Atlantique, aucune différence n'a été observée dans la proportion des dépenses en salaires des employés avant ou pendant la pandémie selon les statuts de propriété. Cependant, les établissements publics et sans but lucratif ont consacré des proportions plus importantes de leurs dépenses aux avantages sociaux que les établissements à but

lucratif au cours des deux années ($p < 0,0001$). En Ontario, les établissements sans but lucratif ont enregistré des proportions plus élevées de dépenses salariales (62,3 %) que les établissements à but lucratif (58,2 %) pendant la pandémie ($p = 0,002$). Les établissements publics de la province ont consacré des proportions plus élevées de leurs dépenses aux avantages sociaux que les établissements sans but lucratif et à but lucratif, et ce, avant et pendant la pandémie ($p < 0,0001$; tableau 3).

Dans l'ensemble, les établissements de SLD à but lucratif ont consacré une plus grande part de leurs dépenses totales à la sous-traitance que les établissements de SLD publics et sans but lucratif (graphique 1). Pendant la pandémie, les établissements sans but lucratif ont alloué 4,1 % de leurs dépenses totales à la sous-traitance auprès d'agences tierces, tandis que les établissements à but lucratif y ont consacré 5,6 % de leurs dépenses et les établissements publics, 2,3 % ($p < 0,001$). À l'échelle des régions, ce sont les établissements de la Colombie-Britannique qui ont consacré la plus grande part de leurs dépenses à la sous-traitance; les établissements à but lucratif de cette province ont consacré 20,4 % de leurs dépenses à la sous-traitance auprès d'agences de placement. À l'inverse, les établissements des provinces de l'Atlantique y ont accordé la plus faible part de leurs dépenses totales, soit moins de 1 %, quel que soit le statut de propriété.

Niveaux de dotation avant et pendant la pandémie de COVID-19

Parmi les établissements de SLD ayant participé aux deux cycles de l'EESISBI, le nombre médian d'HSJR a augmenté de 7,24 % ($p < 0,001$) de l'exercice avant la pandémie à celui durant la pandémie (tableau 4). Le nombre moyen d'HSJR a augmenté de 7,23 % ($p < 0,001$) pour les PSSP et de 8,38 % pour le PIAA, pour les deux périodes ($p < 0,001$). En revanche, il n'y a pas eu de changement dans le nombre d'HSJR du PIA au cours de la même période. Des différences de niveau de dotation propres à une profession ont également été observées selon le statut de propriété. Le nombre d'HSJR du PIA a augmenté de 8,14 % dans les établissements publics ($p = 0,01$) pendant la pandémie, mais n'a pas varié de façon significative dans les établissements sans but lucratif ou à but lucratif (tableau 4). Quel que soit le statut de propriété, le nombre d'HSJR des PSSP a augmenté pendant la pandémie; les plus fortes augmentations ont été observées dans les établissements publics, qui ont constamment fourni plus d'heures de soins de PSSP que les établissements à but lucratif et sans but lucratif. Enfin, au fil du temps, le nombre d'HSJR du PIAA a augmenté dans les établissements à but lucratif (+8,41 %) et publics (+5,63 %) [$p < 0,001$]. Des variations régionales notables ont été observées au cours de la même période. Par exemple, le nombre total d'HSJR a augmenté dans les établissements de SLD de l'Ontario ($p < 0,0001$) et des provinces de l'Atlantique ($p = 0,0004$) principalement en raison des augmentations du nombre d'HSJR fournis par le PIAA et les PSSP. En revanche, le nombre d'HSJR du PIA a diminué d'environ 10 % en Colombie-Britannique pendant la pandémie ($p < 0,05$). Enfin,

au cours des deux années, l'orientation de la variation du nombre d'HSJR, dans l'ensemble et par profession, dans les établissements ayant des statuts de propriété différents était semblable en Ontario et au Canada. Toutefois, l'ampleur de la variation était légèrement plus élevée à l'échelle provinciale par rapport à la moyenne nationale (tableau 4).

Associations multivariées : niveaux de dotation, statut de propriété et autres caractéristiques des établissements

Après correction pour tenir compte des covariables, la relation entre le nombre d'HSJR et le statut de propriété des établissements est demeurée statistiquement significative (tableau 5). En moyenne, les établissements de SLD à but lucratif ont fourni à leurs résidents 0,83 ($p < 0,0001$) HJSR de moins avant la pandémie et 0,57 ($p = 0,007$) HJSR de moins pendant la pandémie que les établissements publics. De plus, le nombre d'HSJR fournis par le PIA et le PIAA était significativement plus faible dans les établissements à but lucratif que dans les établissements publics, et ce, avant et pendant la pandémie. Après prise en compte d'autres covariables, le nombre d'HSJR fournis par les PSSP ne différait pas selon le statut de propriété. Pendant la pandémie, la variation du nombre total d'HSJR entre les établissements de SLD publics et privés sans but lucratif n'était pas statistiquement significative après correction pour tenir compte des facteurs de confusion. De plus, aucune différence n'a été observée dans le nombre d'HSJR fournis par chaque prestataire de soins directs entre les établissements de SLD publics et sans but lucratif (tableau 5).

Les autres prédicteurs significatifs de l'augmentation du nombre global d'HSJR comprennent la sous-traitance, la proportion des dépenses en salaires des employés, le nombre de lits dans un établissement et la région canadienne. Comparativement aux établissements de SLD ayant eu recours à la sous-traitance auprès d'agences de placement, ceux n'y ayant pas eu recours ont fourni moins d'heures de soins de PIA, de PIAA et de PSSP avant la pandémie ($p < 0,05$). Pendant la pandémie, la sous-traitance n'était pas associée au nombre d'HSJR fournis par le PIA ou les PSSP, mais les établissements n'ayant pas fait appel à la sous-traitance ont fourni 0,22 heure de moins de soins de PIAA que ceux ayant fait appel à la sous-traitance. Avant la pandémie, pour chaque augmentation de 10 % des proportions de dépenses salariales, le nombre total d'HSJR a augmenté de 0,4 heure, ce qui correspond à des hausses de 0,2 HJSR pour les PSSP, de 0,1 HJSR pour le PIA et de 0,1 HJSR pour le PIAA ($p < 0,001$). Toutefois, pendant la pandémie, cette association positive a perdu toute signification statistique dans le modèle ajusté. De plus, pour chaque tranche de 10 lits supplémentaires dans un établissement de SLD, le nombre d'HSJR de PIA a diminué avant et pendant la pandémie. La même association pour le PIAA et les PSSP n'était pas significative (tableau 5). Enfin, avant la pandémie, seuls les établissements des provinces de l'Atlantique fournissaient un nombre significativement plus élevé d'heures de soins dispensés par le PIAA que les établissements de

l'Ontario ($p = 0,0003$; tableau 5). Cependant, pendant la pandémie, les variations étaient plus marquées entre les régions canadiennes. Par exemple, les établissements de SLD de la Colombie-Britannique ont fourni 0,28 heure de moins de soins de PIA et 0,45 heure de moins de soins de PSSP que les établissements de l'Ontario. Au cours de la pandémie, les établissements de SLD des provinces des Prairies ont fourni moins d'heures de soins de PIAA, tandis que ceux des provinces de l'Atlantique ont continué à fournir plus d'heures de soins de PIAA, comparativement aux établissements de l'Ontario (tableau 5).

Discussion

Dans l'ensemble, la présente étude révèle que le nombre d'HSJR a augmenté dans certaines régions canadiennes de la période avant la pandémie à celle pendant la pandémie, mais pas dans d'autres. Des variations régionales ont également été observées dans les analyses propres à chaque profession. Par exemple, comparativement à avant la pandémie, les établissements de SLD de l'Ontario ont augmenté le nombre d'heures de soins fournis par le PIAA et les PSSP, tandis que ceux des provinces de l'Atlantique ont fourni plus d'heures de soins directs de PSSP. En revanche, le PIA de la Colombie-Britannique a fourni moins d'heures de soins pendant la pandémie. Cela peut être attribuable à l'augmentation de son taux de roulement volontaire dans les établissements de SLD, comme l'ont révélé Havaei et ses collaborateurs (2003) lors de l'examen de l'incidence des politiques de dotation liées à la pandémie²³. Des différences selon le statut de propriété ont également été observées dans les établissements ayant participé à l'enquête. Par exemple, les établissements publics ont augmenté leur nombre d'HSJR de PIA à la suite de la pandémie dans l'ensemble (+8,14 %) et en Ontario (+10,19 %). Globalement, les établissements de SLD ont augmenté ou maintenu le nombre d'HSJR fournis par le PIAA et les PSSP. Ces augmentations étaient les plus importantes dans les établissements publics pour les HJSR de PSSP et dans les établissements à but lucratif pour les HJSR de PIAA. Les établissements publics fournissaient un plus grand nombre d'HSJR au total et par catégorie de personnel que les établissements à but lucratif, et ce, avant et pendant la pandémie.

La présente étude montre qu'avant la pandémie, les établissements de SLD à but lucratif fournissaient à leurs résidents 50 minutes de soins directs de moins par jour que les établissements de SLD publics et que pendant la pandémie, cet écart a diminué pour passer à 34 minutes de moins par jour comparativement aux établissements publics. La perte de 30 minutes de soins par résident par jour est une différence importante, car au fil du temps, cela se traduit par 15 heures de soins de moins par résident d'un établissement de SLD par mois de 30 jours. Des travaux de recherche antérieurs indiquent que les établissements de SLD publics et privés sans but lucratif ont historiquement offert à leurs résidents un plus grand nombre

Tableau 5

Association entre les caractéristiques de l'établissement et les heures de soins directs par journée-résident, au total et selon la catégorie de personnel, avant et pendant la pandémie de COVID-19

	Nombre d'heures de soins par journée-résident — Total						Nombre d'heures de soins par journée-résident — PIA					
	Avant la pandémie de COVID-19			Pendant la pandémie de COVID-19			Avant la pandémie de COVID-19			Pendant la pandémie de COVID-19		
	IC à 95 %			IC à 95 %			IC à 95 %			IC à 95 %		
	coefficient	de	à	coefficient	de	à	coefficient	de	à	coefficient	de	à
Statut de propriété												
Établissements publics (référence)	0,00	...	...	0,00	...	...	0,00	...	...	0,00	...	...
Établissements sans but lucratif	-0,37	-0,79	0,05	-0,27	-0,70	0,17	-0,14 *	-0,28	-0,01	-0,11	-0,23	0,01
Établissements à but lucratif	-0,83 *	-1,21	-0,45	-0,57 *	-0,99	-0,16	-0,30 *	-0,42	-0,18	-0,24 *	-0,35	-0,12
Sous-traitance												
Oui (référence)	0,00	...	...	0,00	...	...	0,00	...	...	0,00	...	...
Non	-0,81 *	-1,30	-0,31	-0,53 *	-0,88	-0,18	-0,20 *	-0,35	-0,04	-0,08	-0,18	0,01
Taille (nombre de lits, unité : 10 lits)	-0,02	-0,04	0,00	-0,01	-0,03	0,01	-0,01 *	-0,02	-0,01	-0,01 *	-0,02	-0,01
Part des dépenses consacrées aux salaires, unité : 10 %	0,42 *	0,27	0,56	0,08	-0,05	0,20	0,09 *	0,04	0,14	-0,01	-0,04	0,03
Part des dépenses consacrées aux avantages sociaux, unité : 10 %	0,04	-0,25	0,33	0,19	-0,10	0,48	0,02	-0,07	0,11	0,04	-0,04	0,12
Région												
Ontario (référence)	0,00	...	...	0,00	...	...	0,00	...	...	0,00	...	...
Colombie-Britannique	0,26	-0,21	0,73	-0,84 *	-1,27	-0,41	0,09	-0,06	0,24	-0,28 *	-0,40	-0,16
Provinces des Prairies	0,13	-0,30	0,55	-0,05	-0,45	0,35	-0,03	-0,16	0,11	-0,02	-0,13	0,09
Provinces de l'Atlantique	0,38	-0,08	0,84	0,42	-0,04	0,88	-0,04	-0,19	0,11	-0,01	-0,13	0,11

... n'ayant pas lieu de figurer

* valeur significativement différente de l'estimation pour la catégorie de référence ($p < 0,05$)

Notes : PSSP = préposés aux services de soutien à la personne, PIA = personnel infirmier autorisé, PIAA = personnel infirmier auxiliaire autorisé, IC = intervalle de confiance. Les échantillons de l'étude excluent les établissements du Québec et des territoires.

Sources : Statistique Canada, Enquête sur les établissements de soins infirmiers et de soins pour bénéficiaires internes, 2020 et 2021.

Tableau 5

Association entre les caractéristiques de l'établissement et les heures de soins directs par journée-résident, au total et selon la catégorie de personnel, avant et pendant la pandémie de COVID-19 (suite)

	Nombre d'heures de soins par journée-résident — PIAA						Nombre d'heures de soins par journée-résident — PSSP					
	Avant la pandémie de COVID-19			Pendant la pandémie de COVID-19			Avant la pandémie de COVID-19			Pendant la pandémie de COVID-19		
	IC à 95 %			IC à 95 %			IC à 95 %			IC à 95 %		
	coefficient	de	à	coefficient	de	à	coefficient	de	à	coefficient	de	à
Statut de propriété												
Établissements publics (référence)	0,00	...	...	0,00	...	...	0,00	...	...	0,00	...	...
Établissements sans but lucratif	-0,18 *	-0,30	-0,05	-0,10	-0,23	0,03	-0,05	-0,34	0,25	-0,06	-0,35	0,27
Établissements à but lucratif	-0,33 *	-0,44	-0,21	-0,30 *	-0,42	-0,17	-0,20	-0,47	0,06	-0,04	-0,38	0,27
Sous-traitance												
Oui (référence)	0,00	...	...	0,00	...	...	0,00	...	...	0,00	...	...
Non	-0,15 *	-0,30	0,00	-0,22 *	-0,32	-0,12	-0,46 *	-0,80	-0,11	-0,23	-0,49	0,03
Taille (nombre de lits, unité : 10 lits)	0,00	0,00	0,01	0,00	0,00	0,01	0,00	-0,02	0,01	0,00	-0,01	0,01
Part des dépenses consacrées aux salaires, unité : 10 %	0,09 *	0,04	0,13	0,01	-0,02	0,05	0,24 *	0,14	0,35	0,07	-0,02	0,16
Part des dépenses consacrées aux avantages sociaux, unité : 10 %	0,08	-0,01	0,17	0,02	-0,07	0,10	-0,06	-0,26	0,14	0,13	-0,08	0,35
Région												
Ontario (référence)	0,00	...	...	0,00	...	...	0,00	...	...	0,00	...	...
Colombie-Britannique	0,12	-0,02	0,27	-0,10	-0,23	0,02	0,04	-0,29	0,37	-0,45	-0,78	-0,13
Provinces des Prairies	-0,04	-0,17	0,09	-0,15 *	-0,27	-0,03	0,19	-0,10	0,49	0,12	-0,18	0,42
Provinces de l'Atlantique	0,25 *	0,11	0,39	0,22 *	0,08	0,35	0,17	-0,15	0,49	0,22	-0,12	0,55

... n'ayant pas lieu de figurer

* valeur significativement différente de l'estimation pour la catégorie de référence ($p < 0,05$)

Notes : PSSP = préposés aux services de soutien à la personne, PIA = personnel infirmier autorisé, PIAA = personnel infirmier auxiliaire autorisé, IC = intervalle de confiance. Les échantillons de l'étude excluent les établissements du Québec et des territoires.

Sources : Statistique Canada, Enquête sur les établissements de soins infirmiers et de soins pour bénéficiaires internes, 2020 et 2021.

total d'heures de soins directs que les établissements à but lucratif²⁰, soit environ 20 minutes de soins de plus par journée-résident¹⁷⁻¹⁸. Bien que les résultats de la présente étude montrent

une tendance semblable, les disparités dans le nombre total d'HSJR ont augmenté entre les établissements de SLD publics et à but lucratif avant et pendant la pandémie de COVID-19.

L'étude fournit également des données sur le nombre d'HSJR selon les différents prestataires de soins directs, révélant qu'avant la pandémie, les établissements à but lucratif et sans but lucratif fournissaient à leurs résidents moins d'heures de soins infirmiers (PIA et PIAA) que les établissements publics. Pendant la pandémie, seuls les établissements de SLD à but lucratif ont continué de fournir moins de minutes de soins infirmiers que les établissements publics.

Des examens systématiques donnent à penser que le nombre plus élevé d'HSJR fournis dans les établissements de SLD a eu une incidence positive sur la qualité des soins que les résidents ont reçus²⁴⁻²⁶. L'augmentation des heures travaillées du PIA a permis de réduire les admissions à l'hôpital, les taux de mortalité, les plaies de pression, les infections des voies urinaires et la détérioration globale de l'état de santé des résidents^{25,26}. De plus, l'augmentation des heures de soins directs a permis de réduire les infractions ou les manquements relevés par les inspecteurs de la qualité des soins et de la sécurité des résidents²⁶. La présente étude a révélé une diminution du nombre total d'HSJR et du nombre d'HSJR fournis par le PIA dans les établissements de SLD à but lucratif avant et pendant la pandémie. Un moins grand nombre d'HSJR ayant été associé à une qualité de soins inférieure, à des manquements dans les évaluations réglementaires et à des risques accrus d'effets néfastes pour les bénéficiaires des soins, d'autres études sont nécessaires.

L'effet du statut de propriété sur la qualité des soins dans un établissement de soins infirmiers peut être lié aux différences dans l'affectation des ressources. La présente étude montre que les établissements de SLD à but lucratif et sans but lucratif ont adopté des approches différentes en matière d'affectation des ressources pendant la pandémie. Par exemple, les établissements publics, suivis des établissements sans but lucratif, ont consacré une plus grande part de leurs dépenses totales aux salaires et aux avantages sociaux de leur personnel pendant la pandémie. En revanche, les établissements à but lucratif ont consacré une plus grande part de leurs dépenses à l'embauche de personnel en sous-traitance que les établissements sans but lucratif. Un examen plus poussé est nécessaire pour déterminer si ces différences dans la répartition des dépenses relatives au personnel sont associées à la qualité des soins fournis dans les établissements. La relation entre le statut de propriété d'un établissement de soins infirmiers et la qualité des soins est multidimensionnelle et englobe les niveaux de dotation, les besoins des résidents et les ressources financières. Des études canadiennes ont montré que les établissements à but lucratif étaient associés à des taux d'hospitalisation et de mortalité plus élevés chez les résidents comparativement aux établissements sans but lucratif ou publics²⁷⁻²⁹. Toutefois, d'autres travaux de recherche sont nécessaires pour examiner la façon dont le statut de propriété et les niveaux de dotation dans les établissements de SLD du Canada influent sur la qualité des soins qu'ils offrent à leurs résidents.

Enfin, l'étude a révélé des différences selon la région dans le nombre d'HSJR fournis par les prestataires de soins directs pendant la pandémie, et celles-ci montrent l'effet des différentes réponses stratégiques provinciales à la crise de COVID-19 dans les établissements de SLD et l'incidence des lois politiques de chaque province. Par exemple, avant la pandémie de COVID-19, les établissements de SLD de l'Ontario fournissaient en moyenne 2,75 HJSR³⁰. Cependant, avec l'adoption de la *Loi de 2021 sur le redressement des soins de longue durée*³¹, le gouvernement de l'Ontario a révisé le nombre d'heures de soins directs devant être fournis par le personnel infirmier et les PSSP, l'objectif étant que celui-ci atteigne au moins quatre heures d'ici 2025 au moyen d'une approche graduelle. En comparaison, les établissements de SLD de la Nouvelle-Écosse fournissaient un nombre total moyen de 3,57 HJSR avant la pandémie³². Après le début de la pandémie, la province a déposé le projet de loi 31, *Care and Dignity Act* (2021)³³, qui exige un minimum de 4,1 heures de soins personnels et infirmiers par résident chaque jour. Cette loi fournit d'autres instructions pour les établissements de soins infirmiers, rendant obligatoire le nombre minimal d'HSJR qui devraient être fournis par chaque prestataire de soins directs (PIA, PIAA et PSSP). Les différentes approches stratégiques des deux gouvernements provinciaux avant la pandémie et leur réponse stratégique convergente pendant la pandémie peuvent avoir une incidence sur les niveaux de dotation dans les établissements selon la région. Une analyse plus poussée est nécessaire pour comprendre ces variations des politiques provinciales à l'avenir.

L'une des limites de la présente étude est le biais de non-réponse provenant des établissements n'ayant pas participé à l'enquête ou en ayant été exclus. Par conséquent, la généralisabilité des constatations est limitée aux provinces prises en compte. Une autre limite est le biais de variables omises. L'analyse n'a pas tenu compte des problèmes de dotation, comme les pénuries et l'absentéisme, des caractéristiques des bénéficiaires de soins (p. ex. la sévérité des maladies ou la composition de la clientèle) et de l'éventail des compétences. Ces facteurs peuvent influencer sur les niveaux de dotation en personnel dans les établissements ayant différents statuts de propriété et différentes politiques de sous-traitance; des études futures sont nécessaires pour examiner leur rôle dans la relation entre les niveaux de dotation et le statut de propriété des établissements de SLD. L'inférence de causalité des constatations est limitée en raison de la nature transversale des données.

Conclusion

Les établissements de SLD canadiens ont augmenté les niveaux de dotation en prestataires de soins directs à la suite de la pandémie de COVID-19; des augmentations du nombre d'HSJR de PIA ont été observées dans les établissements publics. Des variations régionales du nombre total d'HSJR et du nombre d'HSJR selon la profession ont été observées, ce qui permet de reconnaître les différentes approches stratégiques en matière de dotation des établissements de SLD dans les provinces avant et pendant la pandémie. Dans l'ensemble, les

établissements publics, suivis des établissements sans but lucratif, ont fourni à leurs résidents un plus grand nombre total d'heures de soins avant et pendant la pandémie, comparativement aux établissements à but lucratif. Les établissements publics et sans but lucratif ont consacré une plus grande part de leurs dépenses totales aux salaires et aux

avantages sociaux de leurs employés, tandis que les établissements à but lucratif ont consacré une plus grande part à la sous-traitance. D'autres travaux de recherche sont nécessaires pour examiner l'effet des niveaux de dotation, du statut de propriété et de la qualité des soins pour les résidents des établissements de SLD dans l'ensemble du Canada.

Références

1. Institut canadien d'information sur la santé. (2020). *La pandémie dans le secteur des soins de longue durée : Où se situe le Canada par rapport aux autres pays?* Ottawa (Ontario).
2. Heras, E., P. Garibaldi, M. Boix, O. Valero, J. Castillo, Y. Curbelo, ... et J.M. Pique. (2021). COVID-19 mortality risk factors in older people in a long-term care center. *European geriatric medicine*, 12, p. 601-607.
3. Akhtar-Danesh, N., A. Baumann, M. Crea-Arsenio et V. Antonipillai. (2022). COVID-19 excess mortality among long-term care residents in Ontario, Canada. *PloS one*, 17(1), e0262807. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0262807>
4. Benet, M., P. Celi-Medina, M. Fernández et S. Ezquerro. (2022). The COVID-19 pandemic in care homes: An exploration of its impact across regions in Spain. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(15), 9617.
5. Brown, K.A., A. Jones, N. Daneman, A.K. Chan, K.L. Schwartz, G.E. Garber, ... et N.M. Stall. (2021). Association between nursing home crowding and COVID-19 infection and mortality in Ontario, Canada. *JAMA Internal Medicine*, 181(2), p. 229-236.
6. Estabrooks, C.A., S.E. Straus, C.M. Flood, J. Keefe, P. Armstrong, G.J. Donner, ... et M.C. Wolfson. (2020). Restoring trust: COVID-19 and the future of long-term care in Canada. *Facets*, 5(1), p. 651-691.
7. Stall, N.M., A. Jones, K.A. Brown, P.A. Rochon et A.P. Costa. (2020). For-profit long-term care homes and the risk of COVID-19 outbreaks and resident deaths. *Journal de l'Association médicale canadienne*, 192(33), p. E946-E955.
8. McGregor, M.J. et C. Harrington. (2020). COVID-19 and long-term care facilities: Does ownership matter? *Journal de l'Association médicale canadienne*, 192(33), p. E961-E962. <https://doi.org/10.1503/cmaj.201714>
9. Clarke, J. (2021). Répercussions de la pandémie de COVID-19 sur les établissements de soins infirmiers et de soins pour bénéficiaires internes au Canada. StatCan et la COVID-19 : *Des données aux connaissances, pour bâtir un Canada meilleur*. Statistique Canada.
10. Kim, J., M. Hollender, A. DeMott, H. Oh, I. Bhatia, Y. Eisenberg, ... et S. Hughes. (2022). COVID-19 cases and deaths in skilled nursing facilities in Cook County, Illinois. *Public Health Reports*, 137(3), p. 564-572.
11. He, M., Y. Li et F. Fang. (2020). Is there a link between nursing home reported quality and COVID-19 cases? Evidence from California skilled nursing facilities. *Journal of the American Medical Directors Association*, 21(7), p. 905-908.
12. Grignon, M. et B.G. Spencer. The funding of long-term care in Canada: What do we know, what should we know? *La Revue canadienne du vieillissement*. Juin 2018; 37(2), p. 110-120. Numéro DOI : 10.1017/S0714980818000028. PMID : 29676243.
13. Woolley, F. (2023). La future réforme du financement des soins de longue durée. Étude de l'Institut de recherche en politiques publiques n° 92. Montréal : Institut de recherche en politiques publiques.
14. Banaszak-Holl, J., W.B. Berta, D.M. Bowman, J.A. Baum et W. Mitchell. (2002). The rise of human service chains: Antecedents to acquisitions and their effects on the quality of care in US nursing homes. *Managerial and Decision Economics*, 23(4-5), p. 261-282.
15. Baum, J.A. (1999). The rise of chain nursing homes in Ontario, 1971-1996. *Social Forces*, 78(2), p. 543-584.
16. Berta, W., A. Laporte et V. Valdmanis. (2005). Observations on institutional long-term care in Ontario: 1996-2002. *La Revue canadienne du vieillissement*, 24(1), p. 71-84.
17. Hsu, A.T., W. Berta, P.C. Coyte et A. Laporte. (2016). Staffing in Ontario's long-term care homes: Differences by profit status and chain ownership. *La Revue canadienne du vieillissement*, 35(2), p. 175-189.
18. McGregor, M.J., M. Cohen, K. McGrail, A.M. Broemeling, R.N. Adler, M. Schulzer, ... et M. Beck. (2005). Staffing levels in not-for-profit and for-profit long-term care facilities: Does type of ownership matter? *Journal de l'Association médicale canadienne*, 172(5), p. 645-649.
19. McGregor, M.J., R.B. Tate, L.A. Ronald, K.M. McGrail, M.B. Cox, W. Berta et A.M. Broemeling. (2010). Tendances de la dotation des établissements de soins de longue durée en Colombie-Britannique, selon la propriété de l'établissement, 1996 à 2006. *Rapports sur la santé*, 21(4), p. 27-35.
20. Berta, W., A. Laporte, D. Zamett, V. Valdmanis et G. Anderson. (2006). A pan-Canadian perspective on institutional long-term care. *Health Policy*, 79(2-3), p. 175-194.
21. Helfrich, E. (2005). Staffing levels for long-term care. *Journal de l'Association médicale canadienne*, 173(5), p. 467-468.
22. Statistique Canada. (2022). Enquête sur les établissements de soins infirmiers et de soins pour bénéficiaires internes. Extrait de : https://www23.statcan.gc.ca/imdb/p2SV_f.pl?Function=getSurvey&SDD S=5342
23. Havaei, F., J. Sims-Gould, S. Staempfli et coll. Impact of the single site order in LTC: Exacerbation of an overburdened system. *BMC Health Services Research* 23, 666 (2023). <https://doi.org/10.1186/s12913-023-09670-7>
24. Backhaus, R., H. Verbeek, E. van Rossum, E. Capezuti et J.P. Hamers. (2014). Nurse staffing impact on quality of care in nursing homes: A systematic review of longitudinal studies. *Journal of the American Medical Directors Association*, 15(6), p. 383-393.
25. Hillmer, M.P., W.P. Wodchis, S.S. Gill, G.M. Anderson et P.A. Rochon. (2005). Nursing home profit status and quality of care: Is there any evidence of an association? *Medical Care Research and Review : MCRR*, 62(2), 139-166. <https://doi.org/10.1177/1077558704273769>

26. Perruchoud, E., R. Weissbrodt, H. Verloo, C.A. Fournier, A. Genolet, J. Rosselet Amoussou et S. Hannart. (2021). The impact of nursing staffs' working conditions on the quality of care received by older adults in long-term residential care facilities: A systematic review of interventional and observational studies. *Geriatrics (Basel, Suisse)*, 7(1), 6. <https://doi.org/10.3390/geriatrics7010006>
27. McGregor, M.J., R.B. Tate, K.M. McGrail, L.A. Ronald, A.M. Broemeling et M. Cohen. (2006). Care outcomes in long-term care facilities in British Columbia, Canada: Does ownership matter? *Medical Care*, 44(10), p. 929-935.
28. Tanuseputro, P., M. Chalifoux, C. Bennett, A. Gruneir, S.E. Bronskill, P. Walker et D. Manuel. (2015). Hospitalization and mortality rates in long-term care facilities: Does for-profit status matter? *Journal of the American Medical Directors Association*, 16(10), p. 874-883.
29. Poss, J., K. McGrail, M.J. McGregor et L.A. Ronald. (2020). Long-term care facility ownership and acute hospital service use in British Columbia, Canada: A retrospective cohort study. *Journal of the American Medical Directors Association*, 21(10), p. 1490-1496.
30. Gouvernement de l'Ontario. (2 novembre 2020). La province augmente le nombre d'heures de soins directs prodigués aux résidents des foyers de soins de longue durée, le faisant passer à quatre heures par jour [communiqué]. Extrait de : <https://news.ontario.ca/fr/release/59030/la-province-augmente-le-nombre-dheures-de-soins-directs-prodigues-aux-residents-des-foyers-de-soins-de-longue-duree-le-faisant-passer-a-quatre-heures-par-jour>
31. Loi de 2021 sur le redressement des soins de longue durée, L.O. 2021, chap. 39. <https://www.ontario.ca/lois/loi/21f39>
32. Curry, P. (2015). *Broken Homes*. Nova Scotia Nurses' Union. Extrait de : <https://www.nsnu.ca/sites/default/files/Broken%20Homes%20Report%20Full.pdf>
33. Care and Dignity Act, projet de loi 31 (2021). https://nslegislature.ca/legc/bills/64th_1st/1st_read/b031.htm