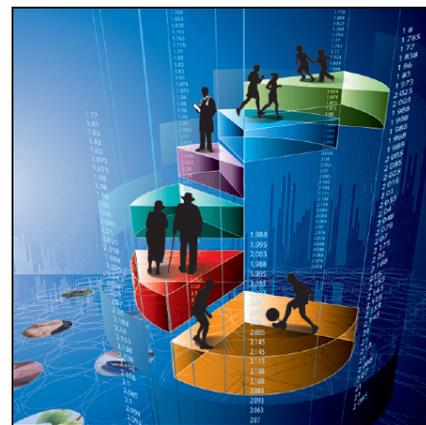


## Rapports sur la santé

# Précarité de l'emploi, caractéristiques de l'emploi et état de santé des travailleurs des établissements de soins de longue durée et des résidences pour personnes âgées au Canada pendant la pandémie de COVID-19

par Valentina Antonipillai, Edward Ng, Andrea Baumann,  
Mary Crea-Arsenio et Dafna Kohen

Date de diffusion : le 21 février 2024



---

## 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](http://www.statcan.gc.ca).

Vous pouvez également communiquer avec nous par :

**Courriel** à [infostats@statcan.gc.ca](mailto: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](http://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 le ministre responsable de Statistique Canada

© Sa Majesté le Roi du chef du Canada, représenté par le ministre de l'Industrie, 2024

Tous droits réservés. 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.*

---

# Précarité de l'emploi, caractéristiques de l'emploi et état de santé des travailleurs des établissements de soins de longue durée et des résidences pour personnes âgées au Canada pendant la pandémie de COVID-19

par Valentina Antonipillai, Edward Ng, Andrea Baumann, Mary Crea-Arsenio et Dafna Kohen

DOI : <https://www.doi.org/10.25318/82-003-x202400200001-fra>

## RÉSUMÉ

### Contexte

La pandémie de COVID-19 a mis en évidence un certain nombre de problèmes auxquels sont confrontés les travailleurs de la santé dans les établissements de soins de longue durée et les résidences pour personnes âgées au Canada, y compris les pénuries de main-d'œuvre, les difficultés liées au maintien en poste du personnel, le surpeuplement et les conditions de travail précaires. Il manque actuellement de données sur la santé, le bien-être et les conditions de travail des travailleurs de la santé dans les établissements de soins de longue durée et les résidences pour personnes âgées, dont un grand nombre sont des immigrants, et on en sait peu sur les liens qui peuvent exister entre ces facteurs. Le présent article porte sur les différences dans les résultats en matière de santé et dans les conditions de travail précaires des travailleurs immigrants et non immigrants pendant la pandémie.

### Données et méthodes

Les données sont tirées de l'Enquête sur les expériences vécues par les travailleurs de la santé pendant la pandémie de 2021, qui a permis de recueillir des renseignements sur la santé, les expériences professionnelles et l'environnement de travail des travailleurs de la santé dans les établissements de soins de longue durée et les résidences pour personnes âgées (n = 2 051) pendant la pandémie de COVID-19. Des statistiques sommaires et des régressions logistiques multivariées ont servi à examiner le lien entre l'emploi précaire et la santé des travailleurs (stress de la vie, santé mentale et santé générale), stratifié selon le statut d'immigrant. Certaines caractéristiques de l'emploi ont été incluses dans les modèles de régression à titre de covariables, à savoir la profession, le nombre de lieux de travail, le statut de propriété de l'établissement et le nombre d'années de travail.

### Résultats

Les travailleurs de la santé immigrants étaient plus susceptibles d'être exposés à un emploi précaire que leurs homologues non immigrants dans les établissements de soins de longue durée et les résidences pour personnes âgées. L'emploi précaire, caractérisé par la perte de revenu, la réduction des heures de travail et les congés non payés, était associé au stress et à une mauvaise santé générale chez les travailleurs immigrants et non immigrants du secteur. La précarité de l'emploi était également liée à une mauvaise santé mentale chez les travailleurs immigrants. Aucune association n'a toutefois été observée chez les travailleurs non immigrants.

### Interprétation

La précarité de l'emploi de même que la santé et le bien-être des travailleurs de la santé nécessitent que l'on y accorde une attention particulière, notamment pour les travailleurs immigrants qui sont employés dans les établissements de soins de longue durée et les résidences pour personnes âgées.

### Mots clés

Canada, emploi précaire, établissements de soins de longue durée et résidences pour personnes âgées, immigrants, santé

## AUTEURS

Valentina Antonipillai travaille au sein de la Division de l'analyse de la santé de Statistique Canada et de l'équipe de recherche en santé mondiale de l'Université McMaster. Edward Ng et Dafna Kohen travaillent à la Division de l'analyse de la santé de Statistique Canada. Andrea Baumann et Mary Crea-Arsenio travaillent au sein de l'équipe de recherche en santé mondiale de l'Université McMaster.

## Ce que l'on sait déjà sur le sujet

- Au Canada, les nouveaux immigrants sont plus susceptibles que les immigrants de longue date (20 ans et plus) et les populations nées au Canada d'être exposés à des conditions de travail précaires.
- Cependant, peu d'études ont examiné simultanément les différents aspects liés à la précarité de l'emploi et sa relation avec les résultats en matière de santé chez les travailleurs immigrants.
- Aucune enquête nationale n'intègre des éléments qui permettent de mesurer la précarité de l'emploi et de la stratifier selon le statut d'immigrant dans le secteur de la santé en général, et en particulier dans le secteur des établissements de soins de longue durée et des résidences pour personnes âgées.

## Ce qu'apporte l'étude

- La présente étude démontre que pour les travailleurs immigrants et non immigrants travaillant dans des établissements de soins de longue durée et des résidences pour personnes âgées, l'emploi précaire était associé à des niveaux de stress plus grands et à une mauvaise santé générale.
- Dans les établissements de soins de longue durée et les résidences pour personnes âgées, 1 infirmier/infirmière immigrant sur 10 est exposé à des conditions de travail précaires, lesquelles sont caractérisées par des pertes de revenus, une réduction des heures de travail rémunéré ou l'obligation de prendre des congés non payés. En revanche, seulement 3,7 % des infirmiers/infirmières non immigrants sont exposés à la précarité de l'emploi.
- Parmi les travailleurs de la santé immigrants, ceux exposés à des conditions de travail précaires sont plus susceptibles de faire état d'une mauvaise santé mentale que ceux qui ne sont pas touchés par la précarité de l'emploi.

La pandémie de COVID-19 a mis en évidence plusieurs problèmes dans les établissements de soins de longue durée et les résidences pour personnes âgées au Canada, aussi appelé le secteur des soins en établissement, qui fournissent des services d'hébergement et de soins principalement aux personnes âgées<sup>1,2</sup>. Lors de la première vague de la pandémie, les résidents des établissements de soins de longue durée et des résidences pour personnes âgées partout au pays ont représenté plus de 80 % de tous les décès liés à la COVID-19<sup>3</sup>. De nombreuses éclosions dans les établissements de soins de longue durée et les résidences pour personnes âgées ont donné lieu à une transmission à grande échelle de la COVID-19 tant parmi les résidents que parmi les travailleurs de la santé<sup>4,5</sup>. La plupart des services de soins directs offerts aux résidents des établissements de soins de longue durée et des résidences pour personnes âgées sont fournis par deux groupes composés de nombreuses femmes immigrantes racisées : les préposés aux services de soutien à la personne (PSSP) (note 1) qui sont dirigés par des infirmiers/infirmières et les infirmiers/infirmières eux-mêmes<sup>6-10</sup>. Au cours des 30 prochaines années, les niveaux de dotation en PSSP au Canada doivent augmenter de plus de 200 000 travailleurs pour maintenir le niveau de soins actuel dans les établissements de soins de longue durée et les résidences pour personnes âgées<sup>11</sup>. Cependant, même avant la pandémie, le secteur a connu une baisse des taux d'inscription des infirmiers/infirmières, un taux de roulement élevé parmi les PSSP et de graves pénuries de personnel<sup>12,13</sup>. Ces tendances se sont aggravées au cours de la pandémie<sup>1</sup>, les difficultés liées au maintien en poste du

personnel ayant suscité une attention considérable de la part des médias<sup>14</sup>. La disponibilité limitée des services de soutien organisationnels, les faibles salaires et l'accès limité aux avantages sociaux, allant de pair avec les niveaux élevés de manque de personnel et la surpopulation de résidents dans les établissements de soins de longue durée et les résidences pour personnes âgées ont fait en sorte que de nombreux travailleurs se sont retrouvés exposés à des conditions de travail précaires<sup>15-19</sup>. L'emploi précaire fait référence à un emploi dans lequel les employés sont exposés à des niveaux élevés d'insécurité et d'instabilité, caractérisés par un faible revenu, des avantages sociaux réduits, des droits en milieu de travail et des protections sociales qui sont restreints, et des emplois qui sont temporaires, occasionnels, sur appel, ou contractuel, lorsque l'employé préfère travailler à temps plein<sup>20,21</sup>. L'emploi précaire est souvent le lot des travailleurs immigrants et non réglementés, comme les PSSP, dans le secteur des soins en établissement au Canada<sup>6,22,23</sup>.

Bien que la précarité de l'emploi soit reconnue à l'échelle mondiale comme un important déterminant social de la santé, il existe peu d'enquêtes nationales à grande échelle qui recueillent des données sur l'emploi précaire au-delà de l'indicateur conceptuellement limité de l'emploi temporaire<sup>21,24</sup>. Ainsi, rares sont les travaux de recherche portant sur les répercussions de l'emploi précaire sur la santé des travailleurs, en particulier dans le secteur des soins de longue durée. Des études qualitatives au Canada ont examiné les répercussions de l'emploi précaire sur la santé<sup>25</sup>, en particulier pour les femmes immigrantes

travaillant dans des établissements de soins pour bénéficiaires internes<sup>6,26</sup>. Il y a toutefois peu d'études quantitatives représentatives à l'échelle nationale qui examinent l'association entre l'emploi précaire et la santé des travailleurs du secteur des soins en établissement au Canada, en particulier pendant la pandémie de COVID-19. Par conséquent, la présente étude vise à décrire la prévalence de l'emploi précaire dans les établissements de soins de longue durée et les résidences pour personnes âgées au Canada et à examiner la relation entre l'emploi précaire et les résultats en matière de santé autodéclarés par les travailleurs du secteur selon le statut d'immigrant.

## Méthodes

### Sources des données

L'Enquête sur les expériences vécues par les travailleurs de la santé pendant la pandémie (EEVTSP) de Statistique Canada, qui fait partie de la stratégie fédérale d'information sur l'effectif de la santé et la COVID-19, a été conçue pour recueillir des renseignements sur les répercussions de la pandémie de COVID-19 sur la santé et le bien-être des travailleurs de la santé, leurs expériences professionnelles et leur environnement de travail<sup>27</sup>.

L'enquête a permis de recueillir des renseignements de la part des travailleurs de la santé qui travaillent dans un milieu de soins de santé depuis le début de la pandémie de COVID-19 (mars 2020). Un échantillonnage aléatoire a été effectué à l'aide du questionnaire détaillé du Recensement de 2016, dans lequel les répondants ont été sélectionnés de façon aléatoire parmi ceux qui étaient considérés comme travailleurs de la santé au moment du recensement (selon la Classification nationale des professions de 2016), ou qui étaient inscrits à un programme de soins de santé (selon la Classification des programmes d'enseignement de 2016) de 2015 à 2018 selon le Système d'information sur les étudiants postsecondaires. La collecte des données a été effectuée du 2 septembre au 12 novembre 2021, le taux de réponse s'établissant à 55 %<sup>27</sup>. Au total, 12 246 travailleurs de la santé ont répondu à l'EEVTSP.

Les répondants à l'enquête comprenaient les personnes dont le lieu principal de travail était dans un établissement de soins de longue durée et résidence pour personnes âgées, un établissement de soins pour bénéficiaires internes qui fournit l'hébergement, les repas et des soins en fonction des besoins de la personne<sup>28</sup>. Ces établissements comprennent deux grandes composantes. La première est constituée des établissements de soins de longue durée, aussi appelés établissements de soins infirmiers, qui fournissent des soins infirmiers supervisés 24 heures sur 24, 7 jours sur 7, ainsi que des services de soins personnels, comme l'aide pour la prise de médicaments et l'aide pour les activités de la vie quotidienne, comme le bain et la toilette<sup>29</sup>. La deuxième est constituée des résidences pour personnes âgées, soit les maisons de retraite, les résidences pour

personnes semi-autonomes et les autres établissements de soins pour les personnes âgées qui fournissent des services de soutien et de soins personnels aux personnes âgées en établissement qui peuvent réaliser la plupart de leurs activités quotidiennes de manière autonome<sup>30</sup>.

### Variables d'exposition et de résultat

À la suite de Lewchuk et coll.<sup>31</sup>, un indice de précarité de l'emploi a été créé en utilisant trois variables : la perte de revenu, la réduction des heures de travail et les congés non payés (note 2). À l'instar du pointage de l'indice de précarité de l'emploi du Sud de l'Ontario (Poverty and Employment Precarity in Southern Ontario ou PEPSO), les répondants à l'EEVTSP qui ont fait état d'au moins deux des trois facteurs étaient considérés comme ayant été exposés à des conditions de travail précaires.

Le statut d'immigrant a été divisé en deux catégories, à savoir immigrant et non-immigrant, d'après les données autodéclarées. Les répondants immigrants étaient ceux qui se sont déclarés immigrants reçus ou résidents permanents, y compris ceux qui ont obtenu la citoyenneté canadienne par naturalisation. Les répondants non immigrants étaient ceux ayant déclaré avoir la citoyenneté canadienne à la naissance, dont la grande majorité était née au Canada. Les résidents non permanents, comme les travailleurs étrangers temporaires et les étudiants étrangers, ont été exclus de la présente étude, car ils ne constituaient qu'une petite proportion de moins de 1 % des répondants à l'enquête.

Les trois mesures de résultats comprenaient : 1) le stress perçu au quotidien; 2) la santé mentale autodéclarée; 3) la santé générale autodéclarée. Le stress perçu au quotidien pendant la pandémie, mesuré sur une échelle de cinq points, a été classé comme suit : « stressant » (comprend « extrêmement », « assez » ou « un peu » stressant) ou « non stressant » (comprend « pas très » et « pas du tout » stressant). La santé générale et la santé mentale autodéclarées ont chacune été mesurées sur une échelle de cinq points. Les répondants ayant indiqué que leur santé générale ou mentale était « mauvaise » ou « passable » étaient considérés comme étant en mauvaise santé générale ou en mauvaise santé mentale. Ceux pour lesquels des mesures de résultats étaient manquantes ont été exclus de l'analyse; les données manquantes pour chaque résultat étaient inférieures à 10 %.

### Covariables

D'autres conditions d'emploi ont été incluses dans les modèles de régression à titre de covariables, à savoir la profession, le nombre de lieux de travail, le statut de propriété de l'établissement et le nombre d'années de travail. La profession a été classée comme suit : « infirmier/infirmière » ou « PSSP ». Les répondants d'autres professions de soins de santé (par exemple, les médecins ou les professionnels paramédicaux) qui représentaient moins de 5 % des répondants employés dans les établissements de soins de longue durée et les résidences pour personnes âgées ont été exclus. Parmi les

autres variables liées au travail présentant un intérêt, notons le nombre d'années de travail dans le secteur (0 à 4 ans, 5 à 14 ans ou 15 ans et plus), le nombre de lieux de travail (un ou deux ou plus) et le statut de propriété de l'établissement (privée ou publique). Parmi les facteurs de confusion qui ont été pris en compte dans le cadre de la présente analyse, notons les caractéristiques sociodémographiques, comme l'âge (18 à 34 ans, 35 à 54 ans ou 55 ans et plus), le genre (non-binaires, hommes ou femmes) et le revenu total du ménage (représenté en quintiles et par une catégorie supplémentaire pour les

données manquantes). Il importe de souligner qu'en raison de la faible part que représentait l'échantillon de personnes qui se sont déclarées non binaires, l'analyse du genre se limitait aux hommes et aux femmes.

### Analyse statistique

Les caractéristiques des travailleurs de la santé employés dans les établissements de soins de longue durée et les résidences pour personnes âgées de l'ensemble du Canada ont été examinées de façon descriptive. Des tests t d'échantillons

**Tableau 1**  
**Caractéristiques des travailleurs de la santé des établissements de soins de longue durée et des résidences pour personnes âgées au Canada, selon le statut d'immigrant, 2021**

Caractéristiques	Tous <sup>1</sup>	Non-immigrants	Immigrants	valeur de p
	(n = 2 051)	(n = 1 328)	(n = 723)	
	% pondéré			
<b>Genre</b>				
Femmes	90,6	92,7	88,2	<,0001
Hommes	9,4	7,3	11,8	<,0001
<b>Profession</b>				
Infirmiers/infirmières	38,8	40,0	37,3	0,0319
Préposés aux services de soutien à la personne	61,2	59,9	62,7	0,0319
<b>Groupe d'âge (en années)</b>				
18 à 34 ans	16,9	23,5	8,3	<,0001
35 à 54 ans	51,3	43,5	61,5	<,0001
55 ans et plus	31,8	33,0	30,2	<,0001
<b>Âge en années (moyenne)</b>	47,3	46,0	49,1	<,0001
<b>Nombre d'années travaillées (moyenne)</b>	11,7	12,5	10,6	0,0001
<b>Nombre d'années travaillées</b>				
0 à 4 ans	16,6	17,1	15,9	<,0001
5 à 14 ans	44,4	37,2	53,7	<,0001
15 ans et plus	39,0	45,7	30,4	<,0001
<b>Propriété de l'établissement</b>				
Établissement public <sup>†</sup>	36,3	39,4	32,3	<,0001
Établissement privé	45,9	42,8	50,1	<,0001
Inconnue	17,8	17,9	17,7	<,0001
<b>Nombre d'emplacements de travail</b>				
Un seul emplacement	85,0	85,3	84,8	0,5312
Deux emplacements et plus	15,0	14,7	15,2	0,5312
<b>Revenu total du ménage</b>				
Moins de 40 000 \$	11,1	10,5	11,9	<,0001
40 000 \$ à 69 000 \$	23,4	22,7	24,4	<,0001
70 000 \$ à 99 000 \$	22,1	21,2	23,3	<,0001
100 000 \$ à 149 000 \$	18,8	17,5	20,5	<,0001
150 000 \$ et plus	10,8	12,1	9,2	<,0001
Non déclaré	13,8	16,1	10,9	<,0001
<b>Province</b>				
Colombie-Britannique	11,9	9,6	14,9	<,0001
Alberta	9,5	6,5	13,5	<,0001
Saskatchewan	3,4	3,8	2,8	<,0001
Manitoba	4,3	3,5	5,5	<,0001
Ontario	39,4	37,3	42,3	<,0001
Québec	23,7	26,8	19,6	<,0001
Provinces de l'Atlantique - (Nouveau-Brunswick, Terre-Neuve-et-Labrador, Nouvelle-Écosse, Île-du-Prince-Édouard)	7,7	12,6	1,4	<,0001

1. Pour la cohorte dans son ensemble, la signification statistique (valeur de p) de la différence entre les catégories de chaque variable est <,0,0001.

Source : Statistique Canada, Enquête sur les expériences vécues par les travailleurs de la santé pendant la pandémie, 2021.

indépendants et des tests du khi-carré ont été effectués afin de comparer les différences entre les groupes pour chaque variable. Pour évaluer l'association entre l'exposition à un emploi précaire et les résultats en matière de santé autodéclarés, des modèles de régression logistique multivariés ont été employés. Des modèles distincts ont été analysés pour chacun des résultats en matière de santé globale et des statuts d'immigrant. La multicollinéarité a été évaluée pour les trois variables de l'indice de précarité de l'emploi à l'aide du facteur d'inflation de la variance (FIV) : toutes les variables ont affiché une valeur de FIV inférieure à 5. Toutes les analyses ont été effectuées en SAS (version 9.4) et ont utilisé des poids d'échantillon et des poids bootstrap pour l'estimation de la variance.

## Résultats

### Caractéristiques descriptives

L'échantillon de l'étude (n = 2 051) était composé d'infirmiers/infirmières et de PSSP employés dans des établissements de soins de longue durée et des résidences pour personnes âgées, dont environ le tiers (35 %) était des immigrants et dont la majorité était des femmes (92 % chez les non-immigrants et 88 % chez les immigrants). Environ les deux tiers des non-immigrants (60 %) et des immigrants (63 %) travaillaient à titre de PSSP dans le secteur (tableau 1).

En moyenne, les travailleurs de la santé immigrants étaient légèrement plus âgés (49 ans par rapport à 46 ans) et ont déclaré travailler dans le secteur de la santé depuis un peu moins longtemps (10,6 ans par rapport à 12,5 ans) que leurs homologues non immigrants. La moitié (50 %) des travailleurs

immigrants a déclaré travailler dans un établissement privé, comparativement à 43 % des travailleurs non immigrants. Environ 15 % des travailleurs de la santé immigrants et non immigrants ont indiqué travailler dans deux établissements de soins de longue durée ou résidences pour personnes âgées ou plus au cours de la période de mars 2020 à la date de l'interview. Plus de 50 % des travailleurs non immigrants qui ont été interrogés travaillaient dans des établissements de soins de santé de longue durée et des résidences pour personnes âgées situés en Ontario ou au Québec (tableau 1).

### Prévalence de l'emploi précaire

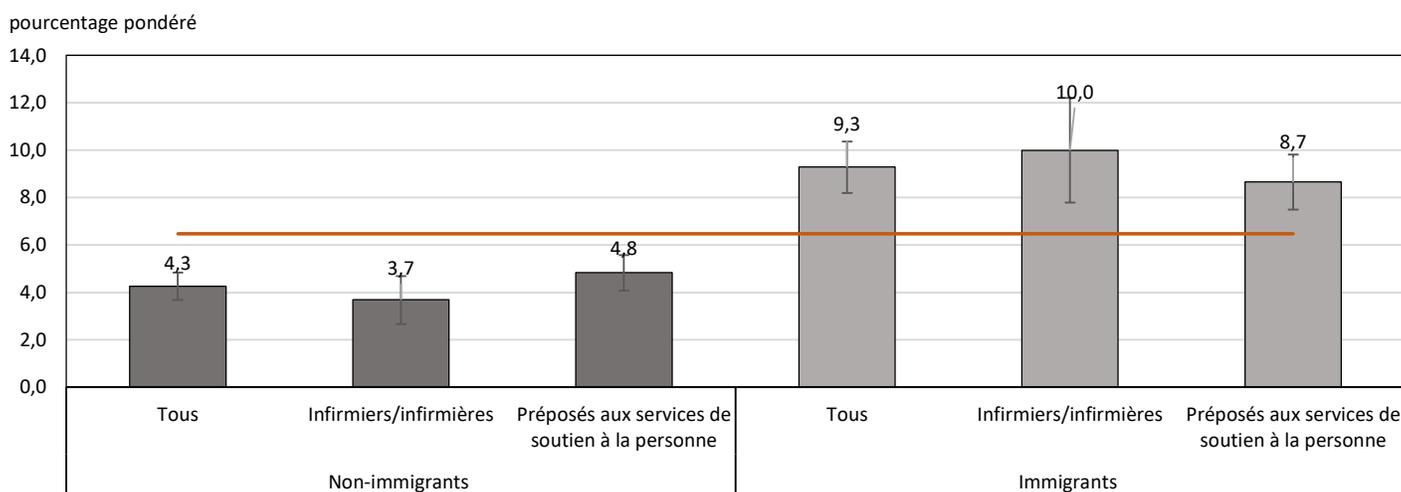
En moyenne, 6,5 % des travailleurs de la santé travaillant dans des établissements de soins de longue durée et des résidences pour personnes âgées ont déclaré avoir un emploi précaire, même si l'exposition à des conditions de travail précaires était plus fréquente chez les immigrants (9,3 %) que chez les non-immigrants (4,3 %). Plus particulièrement, 1 infirmier/infirmière immigrant sur 10 (10 %) a indiqué avoir été exposé à des conditions de travail précaires depuis le début de la pandémie de COVID-19 (graphique 1).

### Emploi précaire et santé

Des régressions logistiques bivariées et multivariées ont été effectuées pour évaluer le lien entre la précarité de l'emploi et trois résultats en matière de santé, soit le stress, la santé mentale et la santé générale. Les modèles bivariés ont principalement révélé des associations positives entre l'emploi précaire et les mauvais résultats en matière de santé chez les immigrants et les non-immigrants (tableau 2). Des modèles de régression logistique multivariés ont montré que l'emploi précaire était

Graphique 1

Pourcentage des travailleurs de la santé qui déclarent avoir été exposés à des conditions de travail précaires pendant la pandémie de COVID-19, selon la profession et le statut d'immigrant, 2021



**Note** : La ligne rouge représente le pourcentage moyen de travailleurs des établissements de soins de longue durée et des résidences pour personnes âgées ayant déclaré être touchés par la précarité de l'emploi au moment de l'enquête. En moyenne, 6,5 % des travailleurs ont déclaré avoir un emploi précaire.

**Source** : Statistique Canada, Enquête sur les expériences vécues par les travailleurs de la santé pendant la pandémie, 2021.

Tableau 2

Rapports de cotes bruts non ajustés pour l'association entre la précarité de l'emploi et les mauvais résultats en matière de santé, selon le statut d'immigrant, 2021

Résultat en matière de santé	Tous			Non-immigrants			Immigrants		
	Rapports de cotes	Intervalle de confiance à 95 %		Rapports de cotes	Intervalle de confiance à 95 %		Rapports de cotes	Intervalle de confiance à 95 %	
		de	à		de	à		de	à
<b>Stress</b>									
Stressant	4,01 *	3,07	5,23	2,78 *	1,96	3,95	5,39 *	3,59	8,10
Pas stressant <sup>†</sup>	1,00	...	...	1,00	...	...	1,00	...	...
<b>Santé mentale</b>									
Mauvaise/passable	1,26 *	1,02	1,55	1,00	0,75	1,33	1,99 *	1,48	2,68
Bonne/excellente <sup>†</sup>	1,00	...	...	1,00	...	...	1,00	...	...
<b>Santé générale</b>									
Mauvaise/passable	1,67 *	1,32	2,12	1,62 *	1,17	2,24	1,75 *	1,26	2,42
Bonne/excellente <sup>†</sup>	1,00	...	...	1,00	...	...	1,00	...	...

... n'ayant pas lieu de figurer

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

<sup>†</sup> catégorie de référence

Source : Statistique Canada, Enquête sur les expériences vécues par les travailleurs de la santé pendant la pandémie, 2021.

associé positivement et de façon significative avec le stress déclaré chez les travailleurs de la santé employés dans le secteur des établissements de soins de longue durée et des résidences pour personnes âgées. Plus précisément, les travailleurs de la santé exposés à des conditions de travail précaires étaient 3,47 fois plus susceptibles (IC de 95 % : 2,58 à 4,66) de déclarer vivre des expériences stressantes que ceux qui n'étaient pas exposés à des conditions de travail précaire. Après une stratification selon le statut d'immigrant, les non-immigrants qui ont fait état de conditions de travail précaires étaient 3,03 fois plus susceptibles (IC de 95 % : 2,03 à 4,53) de déclarer vivre du stress comparativement à ceux qui n'étaient pas exposés à la précarité. Les immigrants occupant un emploi précaire étaient 3,82 fois plus susceptibles (IC de 95 % : 2,47 à 5,92) de déclarer un certain niveau de stress perçu au quotidien que les immigrants occupant des emplois plus conventionnels et plus stables après la prise en compte d'autres facteurs (tableau 3).

Parmi tous les travailleurs de la santé du secteur, ceux exposés à des conditions de travail précaires étaient 1,40 fois plus susceptibles (IC de 95 % : 1,09 à 1,80) de faire état d'une mauvaise santé mentale que ceux travaillant dans des milieux de travail stables (tableau 4). Cependant, selon l'analyse stratifiée, les travailleurs de la santé immigrants exposés à des conditions de travail précaires étaient 1,96 fois plus susceptibles (IC de 95 % : 1,42 à 2,72) de faire état d'une mauvaise santé mentale que ceux qui n'y étaient pas exposés (tableau 4). À l'opposé, chez les non-immigrants, aucune association statistiquement significative n'a été observée entre une mauvaise santé mentale autodéclarée et les conditions de travail précaires après la prise en compte d'autres facteurs (tableau 4).

Les travailleurs de la santé sujets à la précarité de l'emploi étaient 1,67 fois plus susceptibles (IC de 95 % : 1,24 à 2,24) de déclarer une mauvaise santé générale que ceux qui n'y étaient pas. L'ampleur de l'effet et le niveau de signification étaient similaires pour les groupes d'immigrants et de non-immigrants après stratification (tableau 5).

### Immigration et santé

Lorsque l'on compare les travailleurs de la santé immigrants et non immigrants, les modèles multivariés révèlent qu'il n'y a pas de différences entre les deux groupes en ce qui concerne le niveau de stress déclaré ou une mauvaise santé générale autodéclarée (tableaux 3 et 5). Cependant, la probabilité de faire état d'une mauvaise santé mentale était de 49 % plus faible pour les travailleurs immigrants que pour leurs homologues non immigrants (tableau 4).

### Travail et santé

En tenant compte de l'effet d'autres facteurs (dont la précarité de l'emploi), les PSSP étaient 37 % moins susceptibles (IC de 95 % : 0,54 à 0,74) de déclarer avoir vécu du stress pendant la pandémie comparativement aux infirmiers/infirmières travaillant dans les établissements de soins de longue durée et les résidences pour personnes âgées (tableau 3). Les PSSP étaient également 15 % moins susceptibles (IC de 95 % : 0,75 à 0,97) et 19 % moins susceptibles (IC de 95 % : 0,69 à 0,95) de faire état d'une mauvaise santé mentale ou d'une mauvaise santé générale, respectivement, comparativement aux infirmiers/infirmières (tableaux 4 et 5). L'ampleur de l'effet de ces associations était relativement uniforme entre les groupes d'immigrants et de non-immigrants après stratification, celle observée chez les immigrants étant moyenne et légèrement

supérieure à celle des travailleurs non immigrants. Toutes les valeurs d'effet étaient statistiquement significatives à un niveau de confiance de 95 %, sauf pour les non-immigrants faisant état d'une mauvaise santé mentale autodéclarée (tableaux 3 à 5).

### Nombre de lieux de travail et santé

Dans l'ensemble, parmi les travailleurs de la santé des établissements de soins de longue durée et des résidences pour personnes âgées, ceux qui travaillaient à deux endroits ou plus étaient plus susceptibles de déclarer éprouver du stress par rapport à ceux qui travaillaient à un seul endroit (tableau 3). Les non-immigrants travaillant à plusieurs endroits étaient 1,77 fois

plus susceptibles (IC de 95 % : 1,28 à 2,45) de déclarer éprouver du stress, mais ils étaient 38 % moins susceptibles (IC de 95 % : 0,49 à 0,79) de déclarer avoir une mauvaise santé générale et 28 % moins susceptibles (IC de 95 % : 0,58 à 0,89) de déclarer avoir une mauvaise santé mentale que ceux travaillant à un seul endroit (tableaux 3 à 5). En revanche, les immigrants travaillant à plusieurs endroits étaient 62 % plus susceptibles (IC de 95 % : 1,23 à 2,14) d'avoir une mauvaise santé mentale et 53 % plus susceptibles (IC de 95 % : 1,15 à 2,04) d'avoir une mauvaise santé générale comparativement à leurs homologues travaillant à un seul endroit.

**Tableau 3**  
**Rapports de cotes ajustés pour la perception d'éprouver du stress chez les travailleurs de la santé des établissements de soins de longue durée et des résidences pour personnes âgées au Canada, selon le statut d'immigrant, 2021**

Caractéristiques	Tous			Non-immigrants			Immigrants		
	Rapports de cotes ajustés	Intervalle de confiance à 95 % de à		Rapports de cotes ajustés	Intervalle de confiance à 95 % de à		Rapports de cotes ajustés	Intervalle de confiance à 95 % de à	
<b>Emploi précaire</b>									
Oui	3,47 *	2,58	4,66	3,03 *	2,03	4,53	3,82 *	2,47	5,92
Non <sup>†</sup>	1,00	...	...	1,00	...	...	1,00	...	...
<b>Âge (en années)</b>									
18 à 34 ans <sup>†</sup>	1,00	...	...	1,00	...	...	1,00	...	...
35 à 54 ans	0,65 *	0,51	0,83	0,59 *	0,43	0,81	1,20	0,90	1,60
55 ans et plus	0,32 *	0,25	0,41	0,20 *	0,15	0,27	0,88	0,64	1,22
<b>Genre</b>									
Hommes <sup>†</sup>	1,00	...	...	1,00	...	...	1,00	...	...
Femmes	0,82 *	0,67	0,99	0,86	0,65	1,13	0,81	0,63	1,05
<b>Profession</b>									
Infirmiers/infirmières <sup>†</sup>	1,00	...	...	1,00	...	...	1,00	...	...
Préposés aux services de soutien à la p	0,63 *	0,54	0,74	0,81 *	0,66	0,99	0,39 *	0,32	0,49
<b>Nombre d'années de travail</b>									
0 à 4 ans <sup>†</sup>	1,00	...	...	1,00	...	...	1,00	...	...
5 à 14 ans	2,16 *	1,77	2,62	2,51 *	1,83	3,45	2,29 *	1,81	2,89
15 ans et plus	2,69 *	2,17	3,33	2,79 *	2,00	3,91	2,95 *	2,28	3,83
<b>Nombre d'emplacements de travail</b>									
Un seul emplacement <sup>†</sup>	1,00	...	...	1,00	...	...	1,00	...	...
Deux emplacements et plus	1,25 *	1,04	1,51	1,77 *	1,28	2,45	1,09	0,87	1,37
<b>Statut de propriété de l'établissement</b>									
Établissement public <sup>†</sup>	1,00	...	...	1,00	...	...	1,00	...	...
Établissement privé	1,05	0,92	1,20	0,86	0,71	1,04	1,45 *	1,20	1,75
Inconnue	0,65 *	0,55	0,78	0,89	0,69	1,15	0,58 *	0,44	0,76
<b>Revenu total du ménage</b>									
Moins de 40 000 \$ <sup>†</sup>	1,00	...	...	1,00	...	...	1,00	...	...
40 000 \$ à 69 000 \$	0,99	0,79	1,24	1,12	0,82	1,51	0,81	0,59	1,12
70 000 \$ à 99 000 \$	0,95	0,75	1,21	1,34	0,95	1,87	0,51 *	0,38	0,70
100 000 \$ à 149 000 \$	0,68 *	0,54	0,86	2,47 *	1,77	3,45	0,21 *	0,15	0,28
150 000 \$ et plus	0,62 *	0,45	0,85	0,89	0,58	1,38	0,39 *	0,27	0,57
Non déclaré	0,95	0,74	1,24	1,08	0,78	1,49	1,08	0,70	1,66
<b>Statut d'immigrant</b>									
Non-immigrants <sup>†</sup>	1,00	...	...	...	...	...	...	...	...
Immigrants	1,04	0,92	1,18	...	...	...	...	...	...

... n'ayant pas lieu de figurer

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

<sup>†</sup> catégorie de référence

Source : Statistique Canada, Enquête sur les expériences vécues par les travailleurs de la santé pendant la pandémie, 2021.

Tableau 4

Rapports de cotes ajustés pour une mauvaise santé mentale autodéclarée chez les travailleurs de la santé des établissements de soins de longue durée et des résidences pour personnes âgées au Canada, selon le statut d'immigrant, 2021

Caractéristiques	Tous			Non-immigrants			Immigrants		
	Rapports de cotes ajustés	Intervalle de confiance à 95 % de à		Rapports de cotes ajustés	Intervalle de confiance à 95 % de à		Rapports de cotes ajustés	Intervalle de confiance à 95 % de à	
<b>Emploi précaire</b>									
Oui	1,40 *	1,09	1,80	0,97	0,70	1,33	1,96 *	1,42	2,72
Non <sup>†</sup>	1,00	...	...	1,00	...	...	1,00	...	...
<b>Âge (en années)</b>									
18 à 34 ans <sup>†</sup>	1,00	...	...	1,00	...	...	1,00	...	...
35 à 54 ans	0,52 *	0,43	0,62	0,61 *	0,49	0,75	0,44 *	0,32	0,60
55 ans et plus	0,51 *	0,41	0,62	0,45 *	0,35	0,56	0,64 *	0,42	0,95
<b>Genre</b>									
Hommes <sup>†</sup>	1,00	...	...	1,00	...	...	1,00	...	...
Femmes	1,02	0,85	1,23	0,97	0,74	1,27	1,12	0,84	1,49
<b>Profession</b>									
Infirmiers/infirmières <sup>†</sup>	1,00	...	...	1,00	...	...	1,00	...	...
Préposés aux services de soutien à la p	0,85 *	0,75	0,97	1,01	0,86	1,19	0,60 *	0,48	0,75
<b>Nombre d'années de travail</b>									
0 à 4 ans <sup>†</sup>	1,00	...	...	1,00	...	...	1,00	...	...
5 à 14 ans	1,31 *	1,09	1,57	1,19	0,94	1,52	1,75 *	1,31	2,35
15 ans et plus	1,13	0,92	1,40	1,04	0,79	1,36	1,35	0,92	1,98
<b>Nombre de lieux de travail</b>									
Un seul lieu de travail <sup>†</sup>	1,00	...	...	1,00	...	...	1,00	...	...
Deux lieux de travail et plus	1,06	0,89	1,27	0,72 *	0,58	0,89	1,62 *	1,23	2,14
<b>Statut de propriété de l'établissement</b>									
Établissement public <sup>†</sup>	1,00	...	...	1,00	...	...	1,00	...	...
Établissement privé	1,01	0,89	1,15	1,30 *	1,11	1,52	0,70 *	0,57	0,87
Inconnue	0,96	0,81	1,13	1,69 *	1,39	2,07	0,27 *	0,20	0,36
<b>Revenu total du ménage</b>									
Moins de 40 000 \$ <sup>†</sup>	1,00	...	...	1,00	...	...	1,00	...	...
40 000 \$ à 69 000 \$	1,00	0,81	1,22	0,68 *	0,53	0,87	1,86 *	1,30	2,67
70 000 \$ à 99 000 \$	1,07	0,86	1,33	1,04	0,81	1,35	1,20	0,82	1,75
100 000 \$ à 149 000 \$	1,02	0,82	1,28	0,99	0,75	1,29	1,13	0,78	1,66
150 000 \$ et plus	0,99	0,77	1,29	0,85	0,62	1,17	1,30	0,82	2,07
Non déclaré	0,86	0,67	1,10	0,56 *	0,41	0,77	2,21 *	1,48	3,29
<b>Statut d'immigrant</b>									
Non-immigrants <sup>†</sup>	1,00	...	...	...	...	...	...	...	...
Immigrants	0,51 *	0,45	0,58	...	...	...	...	...	...

... n'ayant pas lieu de figurer

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

<sup>†</sup> catégorie de référence

Source : Statistique Canada, Enquête sur les expériences vécues par les travailleurs de la santé pendant la pandémie, 2021.

### Statut de propriété de l'établissement et santé

Parmi tous les travailleurs de la santé du secteur, aucune association n'a été observée entre le statut de propriété de l'établissement et le niveau de stress ou la mauvaise santé mentale autodéclarée (tableaux 3 et 4). Toutefois, dans l'ensemble, les personnes travaillant dans des établissements privés étaient 51 % plus susceptibles (IC de 95 % : 1,28 à 1,79) de déclarer avoir un mauvais état de santé général comparativement à celles travaillant dans des établissements publics (tableau 5). Après la stratification, les travailleurs immigrants dans les établissements privés étaient 30 % moins

susceptibles (IC de 95 % : 0,57 à 0,87) de faire état d'une mauvaise santé mentale que leurs homologues travaillant dans des établissements publics (tableau 4). Cependant, les travailleurs de la santé non immigrants dans les établissements privés étaient 30 % plus susceptibles (IC de 95 % : 1,11 à 1,52) de déclarer avoir une mauvaise santé mentale, alors que les travailleurs de la santé immigrants dans les établissements privés étaient 45 % plus susceptibles (IC de 95 % : 1,20 à 1,75) de déclarer éprouver du stress, comparativement à ceux qui travaillent dans des établissements de soins de longue durée et des résidences pour personnes âgées publics (tableaux 3 et 4). De plus, les non-immigrants et les immigrants travaillant dans

des établissements privés ont déclaré être 41 % plus susceptibles (IC de 95 % : 1,15 à 1,74) et 61 % plus susceptibles (IC de 95 % : 1,24 à 2,10), respectivement, de faire état d'une mauvaise santé générale comparativement à leurs homologues travaillant dans des établissements publics (tableaux 4 et 5).

### Nombre d'années de travail et santé

En général, les travailleurs de la santé qui travaillaient dans le secteur depuis cinq ans ou plus étaient plus de deux fois plus

susceptibles de déclarer éprouver du stress comparativement à ceux qui y travaillaient depuis zéro à quatre ans, peu importe le statut d'immigrant (tableau 3). De plus, les travailleurs de la santé immigrants ayant travaillé de 5 à 14 ans dans le secteur des établissements de soins de longue durée et des résidences pour personnes âgées étaient plus susceptibles de déclarer une mauvaise santé mentale que leurs homologues y ayant travaillé moins de 4 ans (tableau 4). Enfin, les immigrants qui travaillaient depuis cinq ans ou plus dans le secteur étaient au moins 2,8 fois plus susceptibles de déclarer que leur santé

**Tableau 5**  
Rapports de cotes ajustés pour une mauvaise santé générale autodéclarée chez les travailleurs de la santé des établissements de soins de longue durée et des résidences pour personnes âgées au Canada, selon le statut d'immigrant, 2021

Caractéristiques	Tous		Non-immigrants		Immigrants				
	Rapports de cotes ajustés	Intervalle de confiance à 95 % de à		Rapports de cotes ajustés	Intervalle de confiance à 95 % de à		Rapports de cotes ajustés	Intervalle de confiance à 95 % de à	
<b>Emploi précaire</b>									
Oui	1,67 *	1,24	2,24	1,66 *	1,12	2,48	1,69 *	1,14	2,50
Non <sup>†</sup>	1,00	...	...	1,00	...	...	1,00	...	...
<b>Âge (en années)</b>									
18 à 34 ans <sup>†</sup>	1,00	...	...	1,00	...	...	1,00	...	...
35 à 54 ans	1,22	0,93	1,61	1,40 *	1,00	1,97	1,77 *	1,15	2,74
55 ans et plus	0,97	0,73	1,29	1,23	0,89	1,69	1,11	0,65	1,90
<b>Genre</b>									
Hommes <sup>†</sup>	1,00	...	...	1,00	...	...	1,00	...	...
Femmes	1,50 *	1,15	1,95	1,34	0,91	1,99	1,74 *	1,21	2,49
<b>Profession</b>									
Infirmiers/infirmières <sup>†</sup>	1,00	...	...	1,00	...	...	1,00	...	...
Préposés aux services de soutien à la personne	0,81 *	0,69	0,95	0,80 *	0,65	0,98	0,77 *	0,60	0,99
<b>Nombre d'années de travail</b>									
0 à 4 ans <sup>†</sup>	1,00	...	...	1,00	...	...	1,00	...	...
5 à 14 ans	1,75 *	1,34	2,28	1,44 *	1,01	2,05	2,83 *	1,93	4,16
15 ans et plus	1,81 *	1,35	2,43	1,00	0,69	1,46	5,12 *	3,24	8,10
<b>Nombre de lieux de travail</b>									
Un seul lieu de travail <sup>†</sup>	1,00	...	...	1,00	...	...	1,00	...	...
Deux lieux de travail et plus	0,97	0,81	1,18	0,62 *	0,49	0,79	1,53 *	1,15	2,04
<b>Statut de propriété de l'établissement</b>									
Établissement public <sup>†</sup>	1,00	...	...	1,00	...	...	1,00	...	...
Établissement privé	1,51 *	1,28	1,79	1,41 *	1,15	1,74	1,61 *	1,24	2,10
Inconnue	1,42 *	1,17	1,72	1,21	0,94	1,56	1,78 *	1,31	2,42
<b>Revenu total du ménage</b>									
Moins de 40 000 \$ <sup>†</sup>	1,00	...	...	1,00	...	...	1,00	...	...
40 000 \$ à 69 000 \$	0,96	0,77	1,20	0,39 *	0,30	0,51	3,75 *	2,46	5,71
70 000 \$ à 99 000 \$	0,75 *	0,59	0,96	0,56 *	0,42	0,75	1,48	0,95	2,32
100 000 \$ à 149 000 \$	0,41 *	0,32	0,53	0,21 *	0,15	0,29	1,13	0,69	1,86
150 000 \$ et plus	1,18	0,85	1,63	0,73	0,48	1,10	2,38 *	1,43	3,96
Non déclaré	0,47 *	0,36	0,60	0,27 *	0,20	0,37	1,23	0,76	2,01
<b>Statut d'immigrant</b>									
Non-immigrants <sup>†</sup>	1,00	...	...	...	...	...	...	...	...
Immigrants	0,89	0,76	1,03	...	...	...	...	...	...

... n'ayant pas lieu de figurer

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

<sup>†</sup> catégorie de référence

Source : Statistique Canada, Enquête sur les expériences vécues par les travailleurs de la santé pendant la pandémie, 2021.

générale était mauvaise ou passable comparativement aux immigrants qui avaient commencé à travailler dans le secteur de la santé au cours des quatre années précédant leur participation à l'enquête (tableau 5).

## Discussion

La présente étude quantitative est la première à examiner le lien entre l'emploi précaire et la santé selon le statut d'immigrant chez les travailleurs de la santé du secteur des soins en établissement au Canada. Il n'existe que peu ou pas d'études qui permettent de comparer les résultats en matière de santé des travailleurs immigrants et non immigrants, et ce, malgré le niveau élevé de précarité observé parmi les immigrants. Cette étude comprend également un échantillon représentatif à l'échelle nationale des travailleurs des établissements de soins longue durée et des résidences pour personnes âgées, tout en présentant des renseignements sur l'emploi précaire et d'autres caractéristiques de l'emploi.

Cette étude révèle que les travailleurs immigrants étaient plus susceptibles d'être exposés à un travail précaire que les travailleurs non immigrants employés dans les établissements de soins de longue durée et résidences pour personnes âgées au Canada pendant la pandémie de COVID-19. En outre, l'association entre l'emploi précaire et les mauvais résultats en matière de santé était plus prononcée, soit sur le plan de l'ampleur de l'effet, soit sur le plan de la signification statistique, au sein de la main-d'œuvre immigrante de ce secteur. L'exposition à des conditions de travail précaires caractérisées par une perte de revenu, une réduction des heures de travail rémunéré ou des congés non payés était associée à une probabilité accrue de stress et d'un mauvais état de santé général pour tous les travailleurs du secteur. Lorsque l'on se penche sur la santé mentale, les immigrants étaient, en général, moins susceptibles d'estimer avoir une mauvaise santé mentale que leurs homologues non immigrants. Cependant, au sein de la main-d'œuvre immigrante, les personnes exposées à la précarité de l'emploi étaient plus susceptibles de déclarer une mauvaise santé mentale que celles non exposées. En revanche, la relation entre la précarité de l'emploi et la déclaration d'une mauvaise santé mentale n'était pas statistiquement significative chez les travailleurs non immigrants. Au Canada, une seule étude, menée par Pinto et ses collègues<sup>23</sup>, a permis d'examiner les conditions de travail précaires et les résultats en matière de santé pendant la pandémie, en utilisant l'indice de précarité de l'emploi détaillé élaboré par PEPSO<sup>31</sup> auprès d'un échantillon de PSSP dans une municipalité de l'Ontario à l'aide d'une enquête menée auprès des répondants. Les auteurs ont constaté un taux très élevé d'emploi précaire parmi les participants, dont plus de 90 % étaient des femmes immigrantes noires, et ont révélé une association entre l'emploi précaire et la dépression chez ces travailleurs de la santé qui cadre avec nos conclusions. Des études réalisées en Espagne ont relevé des résultats semblables chez les travailleurs immigrants des secteurs de l'agriculture et de la construction, où les composantes

individuelles de l'emploi précaire étaient associées de manière indépendante à une mauvaise santé mentale<sup>32-35</sup>. Cependant, alors que Pinto et coll.<sup>23</sup> n'ont observé aucune association entre l'emploi précaire et un mauvais état de santé général autodéclaré chez les PSSP à l'échelle locale, nos résultats laissent entendre que la précarité de l'emploi est directement associée à un mauvais état de santé général chez les travailleurs immigrants employés dans le secteur des soins en établissement à l'échelle nationale. L'effet de l'emploi précaire sur la santé peut être exacerbé chez les immigrants, car ils sont moins susceptibles que les non-immigrants à avoir accès aux services de soins de santé en raison de barrières linguistiques, de discrimination ou de difficultés à s'y retrouver dans le système de santé<sup>36,37</sup>.

Les travailleurs immigrants peuvent être plus à risque d'être en mauvais état de santé lorsqu'ils sont exposés à un emploi précaire en raison de facteurs structurels liés à la migration et de changements systémiques en matière de politiques visant les établissements de soins de longue durée et les résidences pour personnes âgées au Canada. Selon Goldring et Joly, les immigrants nouvellement arrivés au pays sont plus susceptibles de travailler dans des conditions précaires<sup>38</sup>. L'emploi précaire est un phénomène qui expose les travailleurs immigrants à de mauvaises conditions de travail, car ils sont moins susceptibles de se plaindre de conditions de travail épuisantes ou difficiles, surtout s'ils viennent tout juste de s'installer<sup>22,39</sup>. Les nouveaux immigrants admis au moyen de la catégorie de regroupement familial ou de celle des réfugiés sont souvent aux prises avec des difficultés économiques et sont plus susceptibles que les immigrants économiques d'occuper des emplois temporaires pour survivre et subvenir aux besoins de leur famille<sup>40</sup>. Les disparités économiques de ces groupes d'immigrants se sont particulièrement aggravées en raison de la pandémie, entraînant des pertes de salaire et des réductions du salaire d'entrée médian<sup>41</sup>. Les immigrants peuvent être exposés, de manière disproportionnée, à la précarité de l'emploi, car ils sont moins susceptibles que leurs homologues non immigrants de bénéficier du soutien social et de réseaux professionnels qui peuvent les aider à trouver des emplois qui correspondent à leurs titres de compétences et à leur niveau de scolarité obtenus à l'étrangers<sup>42</sup>.

Sur le plan systémique, le secteur des soins en établissement a subi une série de changements au niveau de sa politique organisationnelle suivant le début de la pandémie de COVID-19. Plusieurs provinces ont mis en œuvre la « politique d'une seule résidence » dans le but de limiter la mobilité de la main-d'œuvre en soins aux bénéficiaires internes à un seul établissement afin de réduire les taux d'infection à la COVID-19 en empêchant la transmission du virus par des travailleurs occupant plusieurs emplois dans différents établissements. À la suite de ce changement de politique, des éléments de preuve laissent entendre que les PSSP ont vu leur nombre d'heures de travail rémunérées diminuer, ce qui a entraîné une perte de revenu. Les résultats montrent également une perte de revenu ou d'emploi chez les travailleurs en Ontario et en Alberta, où

les suppléments à court terme n'ont pas été suffisants pour contrebalancer les coûts d'opportunité<sup>6,43-44</sup>. Les travailleurs de la santé non réglementés, en particulier, ont dû cumuler plusieurs emplois à temps partiel dans plusieurs établissements différents pour pouvoir gagner leur vie, une circonstance qui était également antérieure à la pandémie. En conséquence, l'exclusion économique de ces travailleurs des postes permanents à temps plein demeure un défi pour les années à venir<sup>6</sup>. Malgré le besoin croissant de recruter, de former et de maintenir en poste davantage d'employés offrant des soins directs, les travailleurs quittent le secteur des établissements en soins de longue durée et des résidences pour personnes âgées en raison des conditions de travail précaires qui ont été exacerbées par la pandémie<sup>18,45</sup>. Par exemple, plus de 20 % des travailleurs de la santé dans les établissements de soins de longue durée et les résidences pour personnes âgées envisageaient de quitter leur emploi ou de changer d'emploi au cours des trois prochaines années, comparativement à seulement 13 % des travailleurs du secteur des soins ambulatoires<sup>46</sup>.

Comme la présente étude permet de démontrer l'association entre l'emploi précaire et la santé, des investissements pour l'amélioration de la qualité de l'emploi pourraient favoriser le maintien en poste des travailleurs qualifiés des établissements de soins de longue durée et des résidences pour personnes âgées et promouvoir le recrutement sur le marché du travail<sup>47</sup>. L'élimination de la variabilité du revenu grâce au versement de salaires stables, à l'augmentation du nombre d'heures de travail rémunéré et à l'ajout de congés payés peut être réalisée en partie par la création d'un plus grand nombre de postes à temps plein, une disposition qui assurera une stabilité sur le plan du salaire et davantage de sécurité grâce à l'accès aux avantages sociaux et à la protection sociale. Selon Stutely et coll., plus du tiers des PSSP du secteur des soins en établissement occupent sans le vouloir des postes à temps partiel, préférant travailler à temps plein. Il s'agit là du taux le plus élevé de travail à temps partiel involontaire observé par rapport aux autres secteurs de soins de santé<sup>48</sup>.

### Limites et orientations futures

La présente étude comporte plusieurs limites. Premièrement, il peut y avoir un biais de non-réponse attribuable au taux de réponse modéré de l'enquête, car les non-répondants peuvent être systématiquement différents d'une manière ou d'une autre des répondants. Deuxièmement, il pourrait y avoir un biais de sélection en ce qui concerne les personnes comprises dans la main-d'œuvre immigrante, car les immigrants qui sont arrivés après 2018 peuvent avoir été exclus de la base de sondage. Troisièmement, les niveaux d'emploi précaire autant parmi les immigrants que les non-immigrants peuvent être sous-estimés en raison de l'inclusion de seulement 3 composantes désignées sur 10 de l'indice de précarité de l'emploi de PEPSO. Même si 10 % des infirmiers/infirmières immigrants ont déclaré être sujets à la précarité de l'emploi (comparativement à 3,7 % des infirmiers/infirmières non immigrants), la prévalence réelle peut toutefois être plus élevée pour les deux groupes.

Quatrièmement, il importe de mentionner que l'indice de précarité de l'emploi ne reflète pas les préférences des employés, qui sont un élément essentiel pour comprendre la précarité de l'emploi en faisant la distinction entre les employés qui travaillent un nombre réduit d'heures rémunérées par choix et ceux qui subissent involontairement ces conditions de travail. De plus, il se peut que les taux de cumul d'emplois dans le secteur aient été sous-estimés, car les divers projets de loi déposés antérieurement dans certaines provinces au début de la pandémie de COVID-19 ont limité la mobilité des travailleurs à un seul établissement<sup>49</sup>. En outre, l'utilisation de données d'enquête et de mesures de santé autodéclarées peut entraîner des biais de rappel et des limites dans la déduction des relations de cause à effet. La généralisation des résultats peut également être limitée, étant donné que l'enquête a été menée pendant la pandémie. À ce titre, ces conclusions s'appliquent aux travailleurs des secteurs de soins en établissement ayant une structure semblable dans le contexte de la COVID-19 et pourraient être généralisées à d'autres circonstances semblables, comme des situations d'éclousions infectieuses dans le secteur.

Enfin, les différences qui ont été relevées dans les caractéristiques de l'emploi entre les travailleurs des établissements de soins de longue durée et ceux des résidences pour personnes âgées pourraient faire l'objet d'un examen plus approfondi. Par exemple, la présente étude a permis de constater des résultats inégaux en ce qui concerne l'association entre le statut de propriété privé ou public de l'établissement et le stress et les problèmes de santé mentale chez les travailleurs. Ce résultat pourrait être imputé au fait qu'on ait examiné tant les travailleurs des résidences pour personnes âgées que ceux des établissements de soins de longue durée. Les établissements de soins de longue durée appartiennent à des organisations des secteurs public et privé et répondent aux besoins des résidents qui ont besoin de soins infirmiers importants. En revanche, les résidences pour personnes âgées appartiennent presque exclusivement à des organisations privées partout au Canada et les personnes qui y résident nécessitent moins de soutien et une prise en charge moins importante. Compte tenu de ces différences, de futures enquêtes et analyses faisant la distinction entre les travailleurs employés dans différents établissements de soins sont nécessaires afin de mieux comprendre l'organisation des services de soins de longue durée et des services de soins aux personnes âgées au Canada. Même si les constatations étaient mitigées en ce qui concerne le stress et les résultats en matière de santé mentale chez les travailleurs employés dans les établissements publics et privés, la présente étude a permis de découvrir que peu importe le statut d'immigrant, les travailleurs de la santé employés dans des établissements de soins de longue durée et des résidences pour personnes âgées privés étaient plus susceptibles de déclarer une mauvaise santé générale que ceux travaillant dans des établissements publics. Bien que certaines recherches aient démontré que les établissements privés de soins de longue durée avaient des taux d'hospitalisation de leurs résidents plus élevés et des niveaux d'embauche inférieurs<sup>50-54</sup>,

de futures recherches pourraient nous permettre de comprendre les différences qui existent en ce qui concerne les conditions de travail dans l'ensemble des établissements de soins de longue durée ayant des statuts de propriété différents et leur relation avec les résultats en matière de santé des travailleurs.

Une autre piste pour des recherches futures consisterait à examiner les expériences d'emploi liées au stress au travail des travailleurs selon leur profession. La présente étude a montré que, peu importe leur statut d'immigrant, les infirmiers/infirmières travaillant dans des établissements de soins de longue durée et des résidences pour personnes âgées étaient plus susceptibles de déclarer éprouver du stress, ou avoir une mauvaise santé mentale et une mauvaise santé générale que les PSSP de ce secteur. Étant donné que l'emploi précaire était compris dans le modèle de régression, les infirmiers/infirmières peuvent être confrontés à d'autres facteurs de stress liés à leur travail, comme la composition du personnel, l'organisation et la répartition de la main-d'œuvre dans le secteur, ainsi que la pandémie de COVID-19 qui pourraient se traduire par de moins bons résultats en matière de santé, ce qui justifie une étude plus en profondeur à l'avenir.

Enfin, il est justifié de mener plus de recherches sur la précarité de l'emploi. Les recherches qui portent sur la relation entre l'emploi précaire et d'autres caractéristiques propres à l'emploi des travailleurs de la santé et de leurs lieux de travail peuvent faire la lumière sur les attribues des travailleurs des établissements de soins de longue durée et des résidences pour personnes âgées exposés à des conditions de travail précaires et les circonstances vécues par ces derniers. Les travaux futurs visant à examiner l'emploi précaire dans un contexte postpandémie pourraient fournir des résultats comparatifs appropriés et un aperçu plus approfondi de tout changement concernant l'étendue et les expériences de la précarité de l'emploi dans le secteur des établissements de soins de longue durée et des résidences pour personnes âgées.

## Conclusion

L'exposition à des conditions de travail précaires dans les établissements de soins de longue durée et les résidences pour personnes âgées était associée à des niveaux plus élevés de stress et à une mauvaise santé générale chez les immigrants et

les non-immigrants. La précarité de l'emploi, qui est caractérisée par une perte de revenu, une réduction des heures de travail rémunéré et des congés non payés, était plus répandue chez les immigrants que chez les non-immigrants du secteur. L'emploi précaire était associé à de mauvais résultats en matière de santé mentale chez les travailleurs de la santé immigrants, mais pas chez les travailleurs non immigrants. La création équitable d'emplois stables et sûrs pourrait s'avérer cruciale dans l'amélioration de la santé et du bien-être des travailleurs de la santé du secteur, en particulier pour ceux appartenant à des groupes d'immigrants plus marginalisés. Lorsque l'on tient compte des répercussions de la pandémie de COVID-19 sur la qualité des soins reçus par les résidents, les changements dans les politiques et les procédures des établissements et les disparités économiques vécues par les travailleurs, le fait d'offrir un plus grand nombre de postes comprenant des salaires et des horaires stables de même que des avantages sociaux (comme des congés payés) pourrait assurer la santé et la sécurité de cette main-d'œuvre essentielle dans le secteur des soins de santé. Des études ultérieures sont nécessaires pour évaluer l'incidence de l'amélioration des conditions d'emploi et de la réduction de la précarité de l'emploi sur les soins aux bénéficiaires.

## Notes

1. Au Canada, les PSSP sont également appelés aides-soignants, aides-infirmiers/aides-infirmières, assistants en soins continus, travailleurs de soutien à domicile et assistants en soins. Aux fins de la présente étude, le terme PSSP sera utilisé pour désigner l'ensemble de ces travailleurs de la santé.
2. Dans le cadre du projet de recherche de PEPSO, un indice de précarité de l'emploi composé de 10 composantes a été mis au point comme indicateur précis permettant de distinguer l'emploi précaire de l'emploi sûr. Aux fins de cette étude, 3 composantes de l'indice sur 10 ont été utilisées. De plus amples renseignements au sujet des composantes se trouvent dans le rapport du groupe de recherche de PEPSO<sup>28</sup>.

## Références

- Clarke, J. 2021. *Répercussions de la pandémie de COVID-19 sur les établissements de soins infirmiers et de soins pour bénéficiaires internes au Canada*. Statistique Canada.
- Graham, J. et Hosseini, Z. 2022. *Incidence de la COVID-19 sur les établissements de soins infirmiers et les résidences pour aînés en 2021*. Statistique Canada.
- Institut canadien d'information sur la santé. 2020. Ottawa : ICIS.
- Fisman, D.N., Bogoch, I., Lapointe-Shaw, L., McCready, J. et Tuite, A.R. 2020. « Risk factors associated with mortality among residents with coronavirus disease 2019 (COVID-19) in long-term care facilities in Ontario, Canada ». *JAMA network open*, 1<sup>er</sup> juillet, 3(7) : p. e2015957-.
- Bureau de la conseillère scientifique en chef du Canada. 2020. *La COVID-19 et les soins de longue durée : Rapport d'un groupe de travail préparé pour la conseillère scientifique en chef du Canada*. BCSC.
- Lightman, N. 2022. « Caring during the COVID-19 crisis: Intersectional exclusion of immigrant women health care aides in Canadian long-term care ». *Health & social care in the community*. DOI : 10.1111/hsc.13541.
- Bourgeault, I.L., Atanackovic, J., Rashid, A. et Parpia, R. 2010. « Relations between immigrant care workers and older persons in home and long-term care ». *Canadian Journal on Aging*, 29(1) : p. 109 à 118.
- Estabrooks, C.A., Squires, J.E., Carleton, H.L., Cummings, G.G. et Norton, P.G. 2015. « Who is looking after mom and dad? Unregulated workers in Canadian long-term care homes ». *Canadian Journal on Aging*, 34(1) : p. 47 à 59.
- Turcotte, M. et Savage, K. 2020. *La contribution des immigrants et des groupes de population désignés comme minorités visibles aux professions d'aide-infirmier, d'aide-soignant et de préposé aux bénéficiaires*.
- Armstrong, P., Banerjee, A., Szebehely, M., Armstrong, H., Daly, T. et Lafrance, S. 2009. *They deserve better: The long-term care experience in Canada and Scandinavia*. Centre canadien de politiques alternatives, Chicago.
- Kralj, B., Sweetman, A. et Centre national d'innovation d'AGE-WELL. 2022. *Residential Care Sector Personal Support Worker (PSW) Work Force: Characteristics, Trends and Projections*. Fredericton : Centre national d'innovation d'AGE-WELL, POPRAVIT.
- Ontario Health Coalition. 2019. *Caring in Crisis: Ontario's Long-Term Care PSW Shortage*. Disponible à l'adresse : <https://www.ontariohealthcoalition.ca/wp-content/uploads/final-PSW-report.pdf>
- Ordre des infirmières et infirmiers de l'Ontario. 2022. *Registration Statistics Report 2022*. Disponible à l'adresse : <https://www.cno.org/globalassets/2-howweprotectthepublic/statistical-reports/registration-statistics-report-2022.html>
- Woo, A. et Freeze, C. 2022. « Healthcare System Hit Hard By Staffing Shortages Amid COVID-19 ». *Globe and Mail*. Disponible à l'adresse : <https://www.theglobeandmail.com/canada/article-health-care-system-hit-hard-by-staffing-shortages-amid-covid-19-surge/>
- Brophy, J., Keith, M. et Hurley, M. 2019. « Breaking point: violence against long-term care staff ». *New solutions: a journal of environmental and occupational health policy*. 29(1) : p. 10 à 35.
- Leece, P., Whelan, M., Costa, A.P., Daneman, N., Johnstone, J., McGeer, A., Rochon, P., Schwartz, K.L. et Brown, K.A. 2023. « Nursing home crowding and its association with outbreak-associated respiratory infection in Ontario, Canada before the COVID-19 pandemic (2014–19): a retrospective cohort study ». *The Lancet Healthy Longevity*, 4(3) : p. e107 à e114.
- Brown, K.A., Jones, A., Daneman, N., Chan, A.K., Schwartz, K.L., Garber, G.E., Costa, A.P. et Stall, N.M. 2021. « Association between nursing home crowding and COVID-19 infection and mortality in Ontario, Canada ». *JAMA internal medicine*, 181(2) : p. 229 à 236.
- Zagrodny, K. et Saks, M. 2017. « Personal Support Workers in Canada: The New Precariat? ». *Healthcare Policy*, 13(2) : p. 31 à 39.
- Fernandes, N. et Spencer, B.G. 2010. « The private cost of long-term care in Canada: Where you live matters ». *Canadian Journal on Aging*, 29(3) : p. 307 à 316.
- Lewchuk, W., Clarke, M. et De Wolff, A. 2008. « Working without commitments: precarious employment and health ». *Work, employment and society*, 22(3) : p. 387 à 406.
- Benach, J., Vives, A., Amable, M., Vanroelen, C., Tarafa, G. et Muntaner, C. 2014. « Precarious employment: understanding an emerging social determinant of health ». *Annual Review of Public Health*, 35 : p. 229 à 253.
- Gahwi, L. et Walton-Roberts, M. 2022. « Migrant care labour, Covid-19, and the long-term care crisis: Achieving solidarity for care providers and recipients ». *Migration and Pandemics: Spaces of Solidarity and Spaces of Exception* : p. 105 à 121.
- Pinto, A.D., Hapsari, A.P., Ho, J., Meaney, C., Avery, L., Hassen, N., Jetha, A., Lay, A.M., Rotondi, M. et Zuberi, D. 2022. « Precarious work among personal support workers in the Greater Toronto Area: a respondent-driven sampling study ». *Canadian Medical Association Open Access Journal*, 1<sup>er</sup> avril, 10(2) : p. E527 à E538.
- Organisation mondiale de la Santé. 2008. « Comblent le fossé en une génération : Instaurer l'équité en santé en agissant sur les déterminants sociaux de la santé », *Rapport final de la Commission des déterminants sociaux de la santé*. Disponible à l'adresse : <https://www.who.int/fr/publications/i/item/WHO-IER-CSDH-08.1>
- Braedley, S., Owusu, P., Przednowek, A. et Armstrong, P. 2018. « We're told, 'Suck it up': Long-term care workers' psychological health and safety ». *Ageing International*, 43 : p. 91 à 109.

26. Premji, S., Shakya, Y., Spasevski, M., Merolli, J., Athar, S. et Women, I. 2014. « Precarious Employment Core Research Group. Precarious work experiences of racialized immigrant woman in Toronto: A community-based study ». 19 décembre 2014. *Just Labour*.
27. Statistique Canada. 2022. *Enquête sur les expériences vécues par les travailleurs de la santé pendant la pandémie (EEVTSP)*. Disponible à l'adresse : [https://www23.statcan.gc.ca/imdb/p2SV\\_f.pl?Function=getSurvey&SDDS=5362](https://www23.statcan.gc.ca/imdb/p2SV_f.pl?Function=getSurvey&SDDS=5362)
28. Gouvernement de la Colombie-Britannique. 2022. *Residential care facilities*. Disponible à l'adresse : <https://www2.gov.bc.ca/gov/content/health/accessing-health-care/finding-assisted-living-or-residential-care/residential-care-facilities>
29. Gouvernement du Canada. 2004. *Soins offerts en établissements de soins de longue durée*. Disponible à l'adresse : <https://www.canada.ca/fr/sante-canada/services/soins-domicile-et-soins-continus/soins-offerts-etablissements-soins-longue-duree.html>
30. Statistique Canada. 2018. *La situation des personnes âgées dans les ménages*. Disponible à l'adresse : [https://www12.statcan.gc.ca/census-recensement/2011/as-sa/98-312-x/98-312-x2011003\\_4-fra.cfm](https://www12.statcan.gc.ca/census-recensement/2011/as-sa/98-312-x/98-312-x2011003_4-fra.cfm)
31. Groupe de recherche Poverty and Employment Precarity in Southern Ontario. 2013. *The Precarity Penalty*. Disponible à l'adresse : <https://pepsoc.ca/documents/precarity-penalty.pdf>
32. Del Amo, J., Jarrín, I., García-Fulgueiras, A., Ibáñez-Rojo, V., Alvarez, D., Rodríguez-Arenas, M.Á., García-Pina, R., Fernández-Liria, A., García-Ortúzar, V., Díaz, D. et Mazarrasa, L. 2011. « Mental health in Ecuadorian migrants from a population-based survey: the importance of social determinants and gender roles ». *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, novembre 2011, 46 : p. 1143 à 1152.
33. Robert, G., Martínez, J.M., García, A.M., Benavides, F.G. et Ronda, E. 2014. « From the boom to the crisis: changes in employment conditions of immigrants in Spain and their effects on mental health ». *The European Journal of Public Health*, 1<sup>er</sup> juin 2014, 24(3) : p. 404 à 409.
34. Sousa, E., Agudelo-Suárez, A., Benavides, F.G., Schenker, M., García, A.M., Benach, J., Delclos, C., López-Jacob, M.J., Ruiz-Frutos, C., Ronda-Pérez, E. et Porthé, V. 2010. « Immigration, work and health in Spain: the influence of legal status and employment contract on reported health indicators ». *International Journal of Public Health*, octobre 2010, 55 : p. 443 à 451.
35. Cayuela, A., Malmusi, D., López-Jacob, M.J., Gotsens, M. et Ronda, E. 2015. « The impact of education and socioeconomic and occupational conditions on self-perceived and mental health inequalities among immigrants and native workers in Spain ». *Journal of Immigrant and Minority Health*, décembre 2015, 17 : p. 1906 à 1910.
36. Sanmartin, C. et Ross, N. 2006. « Experiencing difficulties accessing first-contact health services in Canada: Canadians without regular doctors and recent immigrants have difficulties accessing first-contact healthcare services. Reports of difficulties in accessing care vary by age, sex and region ». *Healthcare Policy*, janvier 2006, 1(2) : p. 103.
37. Ng, E., Pottie, K. et Spitzer, D. 2011. « Official language proficiency and self-reported health among immigrants to Canada ». *Health Reports*, 1<sup>er</sup> décembre 2011, 22(4) : p. A1.
38. Goldring, L. et Joly, M.P. 2014. « Immigration, citizenship and racialization at work: Unpacking employment precarity in Southwestern Ontario ». *Just Labour*, 16 décembre 2014, 22 : p. 94 à 121.
39. Atanackovic, J. et Bourgeault, I.L. 2013. « The employment and recruitment of immigrant care workers in Canada ». *Canadian Public Policy*, juin 2013, 39(2) : p. 335 à 350.
40. Wilkinson, L. et Garcea, J. 2017. *The economic integration of refugees in Canada: A mixed record?* Washington, DC: Migration Policy Institute, avril 2017.
41. Statistique Canada. 2022. *La pandémie de COVID-19 a entravé l'intégration économique de nombreux immigrants*. Disponible à l'adresse : <https://www150.statcan.gc.ca/n1/daily-quotidien/221205/dq221205b-fra.htm>
42. Font, A., Moncada, S. et Benavides, F.G. 2012. « The relationship between immigration and mental health: what is the role of workplace psychosocial factors ». *International Archives of Occupational and Environmental Health*, octobre 2012, 85 : p. 801 à 806.
43. Hapsari, A.P., Ho, J.W., Meaney, C., Avery, L., Hassen, N., Jetha, A., Lay, A.M., Rotondi, M., Zuberi, D. et Pinto, A. 2022. « The working conditions for personal support workers in the Greater Toronto Area during the COVID-19 pandemic: a mixed-methods study ». *Canadian Journal of Public Health*, décembre 2022, 113(6) : p. 817 à 833.
44. Personnel de La Presse canadienne. 2020. *Increasing pay for long-term care home workers high on agenda for Trudeau, premiers*. Global News. Disponible à l'adresse : <https://globalnews.ca/news/6828811/coronavirus-long-term-care-workers-pay-top-up-trudeau/>
45. Block, S. et Dhunna, S. août 2020. *What does it cost to care*. Centre canadien de politiques alternatives.
46. Statistique Canada. 2022. *Les expériences vécues par les travailleurs de la santé pendant la pandémie de COVID-19, septembre à novembre 2021*. Disponible à l'adresse : <https://www150.statcan.gc.ca/n1/daily-quotidien/220603/dq220603a-fra.htm>
47. McPake, B., Dayal, P., Zimmermann, J. et Williams, G.A. 2023. *What steps can improve and promote investment in the health and care workforce?* Organisation mondiale de la Santé. Disponible à l'adresse : [https://futuresohealth.org/wp-content/uploads/2023/04/EObs\\_WHO\\_2023\\_GlobalForum\\_Investment-Brief.pdf](https://futuresohealth.org/wp-content/uploads/2023/04/EObs_WHO_2023_GlobalForum_Investment-Brief.pdf)
48. Stutely, J.M., Yin, M., Kralj, B., Mastalerz, M. et Sweetman, A. 2022. *Occupational Characteristics of Canada's Residential Care Sector: Before and During COVID-19*. Département d'économie. Université McMaster.
49. Liu, M., Maxwell, C.J., Armstrong, P., Schwandt, M., Moser, A., McGregor, M.J., Bronskill, S.E. et Dhalla, I.A. 2020. « COVID-19 in long-term care homes in Ontario and British Columbia ». *Journal de l'Association médicale canadienne*, 23 novembre 2020, 192(47) : p. E1540 à E1546.

50. Armstrong, P., Armstrong, H. et Bourgeault, I. 2020. « Privatization and COVID-19: a deadly combination for nursing homes. Vulnerable: The Law, Policy and Ethics of COVID-19 ». *Les Presses de l'Université d'Ottawa*, Ottawa (Ontario), Canada, p. 451 à 452.
51. Armstrong, P., Armstrong, H., Choiniere, J., Lowndes, R. et Struthers, J. 2020. *Re-imagining long-term residential care in the COVID-19 crisis*. Centre canadien de politiques alternatives, Ottawa (Ontario).
52. McGregor, M.J., Cohen, M., McGrail, K., Broemeling, A.M., Adler, R.N., Schulzer, M., Ronald, L., Cvitkovich, Y. et Beck, M. 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 à 649.
53. McGregor, M.J., Tate, R.B., McGrail, K.M., Ronald, L.A., Broemeling, A.M. et Cohen, M. 2006. « Care outcomes in long-term care facilities in British Columbia, Canada: Does ownership matter? ». *Medical Care*, 44(10) : p. 929 à 935.
54. Poss, J., McGrail, K., McGregor, M.J. et Ronald, L.A. 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 à 1496.