

AGENTS DE SANTÉ COMMUNAUTAIRES ET PRÉPOSÉS AUX BÉNÉFICIAIRES

Sara Torres, Simone Parniak et Christine Kelly

Agents de santé communautaire et préposés aux bénéficiaires

INTRODUCTION

Les décideurs s'intéressent de plus en plus à la main-d'œuvre dans le secteur de la santé « non réglementée », très peu reconnue au Canada. Parmi ces effectifs se trouvent deux groupes clés, les agents de santé communautaire (ASC) et les préposés aux bénéficiaires (PAB), qu'on peut classer en trois catégories : les ASC qui participent à la promotion de la santé (menant à la mobilisation et à l'autonomisation de la communauté) et aux activités d'éducation (axées sur la prévention et la gestion des maladies infectieuses et chroniques); les ASC qui fournissent des soins médicaux ou un soutien clinique aux patients (tels que les soins buccodentaires et les vaccins), particulièrement dans les régions rurales ou éloignées; et les PAB qui soutiennent les activités quotidiennes de leurs clients à domicile ou dans des établissements de soins de longue durée (Bourgeault et al., 2009).

En général, les ASC se concentrent sur l'amélioration de l'accès aux services de santé et/ou sociaux dans les groupes marginalisés et sur le renforcement des capacités communautaires. D'autre part, les PAB soutiennent et aident les personnes qui manquent de mobilité ou qui souffrent de maladies chroniques ou d'invalidité permanente (Bourgeault et al., 2009; Brookman, 2007; Gouvernement de l'Ontario, 2011; Kelly et Bourgeault, 2015a; Torres, 2012). Les deux groupes aident les personnes marginalisées et celles qui reçoivent divers niveaux de soins, allant des services de soins préventifs aux services de soins chroniques, et sont en mesure de fournir des services culturellement adaptés aux populations desservies.

Les rôles respectifs des ASC et des PAB indiquent que, bien que ces travailleurs soient parfois considérés comme auxiliaires, ils sont essentiels à la main-d'œuvre dans le secteur de la santé au Canada. Souvent marginalisés, ces travailleurs sont disproportionnellement



des femmes, des personnes immigrées et/ou à faible revenu. Leur formation varie considérablement, allant des diplômes professionnels (généralement formés à l'étranger) à l'enseignement primaire ou secondaire (généralement les Canadiens ou les Autochtones).

Ce chapitre identifie les divers rôles que jouent les ASC et les PAB au sein de la main-d'œuvre dans le secteur de la santé au Canada.

Agents de santé communautaire

Par Sara Torres

DÉFINITION DE LA PROFESSION

Les agents de santé communautaire (ASC) sont des agents de santé de première ligne qui sont membres des communautés qu'ils desservent. Souvent invisibles et peu reconnus, les ASC peuvent servir de pont entre les communautés marginalisées, comme les immigrants, les peuples autochtones et les personnes handicapées, et les professionnels de la santé. Les ASC ont généralement une compréhension approfondie des problèmes auxquels ces communautés sont confrontées concernant l'accès aux services sociaux et de santé (Torres, Labonté, Spitzer, Andrew et Amaratunga, 2014). En outre, les ASC ont souvent en commun la langue, les croyances et les caractéristiques socioculturelles avec leurs communautés. Par exemple, les ASC travaillant avec les populations immigrées, réfugiées ou autochtones sont en mesure d'offrir des services et un soutien adaptés aux plans linguistique et culturel.

Les ASC se concentrent plus largement sur l'éducation sanitaire et la promotion de la santé et leurs activités visent à aider les individus, les groupes et les communautés à changer les comportements, à améliorer l'accès à la santé et à d'autres services essentiels, à renforcer les capacités communautaires et à remédier aux inégalités en matière de santé parmi les populations marginalisées.

Les autres titres d'emploi des ASC comprennent les courtiers en santé multiculturels, les courtiers culturels, les travailleurs de la santé profanes, les *promotoras de salud* (promoteurs de la santé en espagnol), les pairs aidants, les représentants en santé communautaire, les éducateurs en santé des femmes et les travailleurs de la santé non traditionnels (Torres, 2013).

HISTOIRE DE LA PROFESSION

LES DÉBUTS DES ASC

Les ASC existent depuis plusieurs centaines d'années dans les pays à faible revenu, portant des noms tels que « Feldshers » dans les années 1700 en Russie et « médecins aux pieds nus » ou « travailleurs de village » dans les années 1950 en Chine (Lehmann et Sanders, 2007). En Amérique latine, le travail des théologiens de la libération tels que Paulo Freire a contribué à populariser le terme « *promotoras de salud* » (promoteurs de la santé) au 20^e siècle. Dans les pays à revenu élevé

comme le Canada, des modèles d'ASC ont été introduits dans les années 1960 pour remédier à plusieurs problèmes de santé au sein des communautés marginalisées. Des livres tels que *Where There Is No Doctor* (Werner, 1977) et sa suite, *Helping Health Workers Learn* (Werner et Bower, 1982), ont vulgarisé le rôle des ASC dans le monde entier.

ORIGINE DES ASC AU CANADA

Les ASC existent au Canada depuis 1962. À l'époque, les représentants en santé communautaire (RSC), financés par Santé Canada et administrés par les conseils de bande, travaillaient auprès des communautés autochtones. En 2000, l'Organisation nationale des représentants indiens et inuits en santé communautaire a remporté un procès qui a redéfini la classification des postes des RSC et aligné leur salaire sur celui des travailleurs de Santé Canada faisant le même travail ou un travail similaire (ONRIISC, 2008). Après cette décision, Santé Canada a restructuré le financement accordé aux conseils de bande. Le nouveau modèle ne tenait compte ni de la reclassification ni du nouveau taux de rémunération. Même si les conseils de bande pouvaient embaucher des RSC, ils travaillaient souvent sous un titre différent et ne relevaient donc pas de la nouvelle classification des RSC. Par conséquent, les salaires n'étaient que de 10 \$ l'heure au lieu d'être comparables à ceux des travailleurs de Santé Canada (Dedam-Montour, 2010).

LE RÉSEAU PANCANADIEN DES AGENTS DE SANTÉ COMMUNAUTAIRE DU CANADA

Les ASC travaillent également dans les zones urbaines depuis plusieurs décennies, mais n'ont formé que récemment le

Réseau des agents de santé communautaire du Canada (RASCC), un réseau pancanadien créé pour traiter de questions telles la définition des rôles à travers le pays; les mérites d'une définition commune pour les ASC; le champ de pratique des ASC; le potentiel de développement des compétences de base des ASC; la promotion de la reconnaissance officielle de la main-d'œuvre des ASC par l'Association canadienne de santé publique et d'autres entités; et la conduite de recherches supplémentaires sur les ASC et le potentiel de leur travail de remédier aux inégalités en matière de santé parmi les populations marginalisées (Notes du RASCC, 2013–2014; Torres et al., 2014).

Les membres du RASCC fonctionnent selon deux modèles d'ASC distincts : ceux qui opèrent au sein du système de santé officiel (par exemple, les unités de santé publique, les centres de santé communautaire, les hôpitaux) et ceux qui opèrent indépendamment du système de santé (par exemple, dans les organisations communautaires ethnospécifiques et multiculturelles et les organisations provinciales) (Torres, 2013). Les membres du réseau offrent des programmes d'ASC qui comprennent la prévention et la gestion des maladies infectieuses et chroniques (dépistage du cancer et éducation sur le diabète et le VIH); le soutien aux personnes handicapées; la promotion du développement communautaire; et d'autres activités en lien avec les déterminants sociaux de la santé (www.chwnetwork.ca).

LA FORMATION DES AGENTS DE SANTÉ COMMUNAUTAIRE AU CANADA

FORMATION ET ÉDUCATION DES ASC

Étant donné que les ASC au Canada ne sont pas officiellement organisés en tant que profession de santé publique reconnue, le niveau de formation, d'éducation et d'expérience peut varier considérablement d'un ASC à l'autre. Par exemple, bien que certains aient terminé plusieurs niveaux d'études postsecondaires, d'autres n'ont pas pu accéder à l'éducation formelle, souvent en raison de leur situation sociale et économique. De plus, bon nombre d'entre eux sont des professionnels formés à l'étranger qui n'ont pu trouver un emploi dans leur domaine d'origine à leur arrivée au Canada. Un petit nombre d'entre eux sont des diplômés d'universités canadiennes qui se sont engagés à travailler comme ASC pour leurs collectivités, même si les salaires et les traitements peuvent ne pas être comparables à d'autres postes dans le domaine des soins de santé (Torres, 2013). Peu importe leur niveau de formation et d'éducation, tous les ASC doivent avoir une connaissance approfondie des collectivités qu'ils desservent et du fonctionnement des systèmes de santé et de services sociaux du Canada.

La formation des ASC est généralement spécifique au sujet et effectuée au travail et est généralement fondée sur les besoins que les entités qui les embauchent (par exemple, les unités de santé publique, les centres de santé communautaire, les organisations communautaires) ont identifié (Torres, 2013).

FORMATION ET ÉDUCATION DES RSC

Contrairement à d'autres ASC, les RSC luttent depuis plusieurs années pour la reconnaissance au Canada. Par conséquent, plusieurs programmes de formation sont offerts par

les établissements d'enseignement pour répondre aux besoins en matière de santé des populations autochtones. Il s'agit notamment des programmes offerts par le Cree Board of Health and Social Services de la Baie James, le Confederation College de Thunder Bay (Ontario) et le Alberta Vocational College de Lac La Biche (Alberta) (Najafizada, Bourgeault, Labonté, Packer et Torres, 2015).

SANTÉ COMMUNAUTAIRE PROFIL DÉMOGRAPHIQUE DES TRAVAILLEURS EN

ASC AUX ÉTATS-UNIS

Comparativement à leurs homologues canadiens, les ASC aux États-Unis s'organisent depuis plus longtemps pour faire officiellement reconnaître leur profession comme une profession de santé publique. Le développement de la main-d'œuvre américaine des ASC a également été mieux documenté; par exemple, en 2007, la Health Resources and Services Administration (HRSA) du U.S. Department of Health and Human Services a mené l'Étude nationale sur la main-d'œuvre des ASC (HRSA, 2007); ses conclusions (ainsi que de nombreux autres efforts de défense des politiques mis de l'avant par les ASC) ont eu une incidence positive sur la reconnaissance des ASC dans ce pays. Au total, 17 états sont actuellement en train d'établir des normes pour les ASC (Findley et al., 2012). Depuis 2010, les ASC ont leur propre catégorie professionnelle standard (SOC 21 — 1094 Agents de santé communautaire) reconnaissant leur profession comme distincte (Balcázar et al., 2011; Federal Register, 2009). La *Patient Protection and Affordable Care Act* de 2010 reconnaît également le rôle que jouent les ASC dans l'amélioration des résultats en matière de santé et la maîtrise des coûts (Martinez et al., 2011).

ETHNICITÉ DES ASC

Comme l'indique l'Étude nationale sur la main-d'œuvre des ASC de 2007, les ASC reflètent habituellement les caractéristiques démographiques des collectivités qu'ils desservent. Bien qu'il manque de données agrégées similaires au Canada, cette constatation semble corrélée avec ce qu'on connaît des ASC dans le pays. Par exemple, une étude de cas portant sur 54 ASC à Edmonton (où ils sont appelés « courtiers en santé multiculturels ») a révélé que les ASC de diverses origines ethniques travaillent généralement dans leurs propres communautés (Multicultural Health Brokers Co-operative, 2004).

GENRE DES ASC

L'enquête américaine indique également que les ASC sont principalement des femmes âgées de 30 à 50 ans. La prédominance des femmes est due en partie à l'accent que de nombreux programmes mettent sur les enfants mal desservis et sur leur mère (RHSA, 2007). Bien que le Canada n'ait pas de données concernant le nombre et le genre des ASC, il est raisonnable de supposer que de nombreux ASC sont des femmes parce qu'elles sont souvent la cible de plusieurs programmes liés à la santé. Par exemple, les ASC participent largement au Programme canadien de nutrition prénatale (PCNP), qui cible 18 000 mères qui risquent d'accoucher de bébés prématurés ou de faible poids à la naissance (ASPC, 2010). L'étude nationale sur la main-d'œuvre des ASC des États-Unis a trouvé des exceptions dans certains programmes où les ASC masculins prédominaient, comme la nutrition, la paternité, les programmes de prise en charge du VIH et certains programmes pour les jeunes (HRSA, 2007). Cela est également vrai au Canada, où les ASC masculins travaillent pour aider les jeunes des grandes villes à quitter les gangs de rue (L. Carrillos, communication personnelle, 28 mai 2014).

CHAMP D'EXERCICE DES AGENTS DE SANTÉ COMMUNAUTAIRE

Plusieurs rôles, principes et caractéristiques guident la pratique des ASC (Lewis et Craig, 2014; Torres, 2013; Wolfe, 2010). Selon le mandat des organismes où travaillent les ASC, leurs tâches peuvent comprendre certains des éléments suivants ou tous ceux-ci :

1. *Sensibilisation et mobilisation*

Les ASC s'adressent aux personnes et aux familles qui peuvent ne pas être en mesure d'accéder aux services de santé ou de les utiliser efficacement en raison de facteurs tels que le faible statut socio-économique, le manque de maîtrise de l'anglais ou du français, l'isolement, la marginalisation sexuelle et la discrimination. Les ASC donnent à ces personnes de l'information sur la prévention et la prise en charge des maladies, encouragent la participation à des programmes de santé et les accompagnent à des rendez-vous médicaux. Les ASC mobilisent également des efforts de lobbying et de plaidoyer dans leurs communautés pour remédier aux problèmes en lien avec les déterminants sociaux de la santé.

2. *Liaisons communautaires et culturelles*

Les ASC créent et cultivent des liens entre les individus, les familles et les communautés; ils agissent également en tant qu'intermédiaires entre ces groupes et les prestataires de services de santé et sociaux, traduisant les questions liées aux croyances, aux besoins et aux comportements culturels (Lewis et Craig, 2014). Il s'agit notamment d'aider les professionnels de la santé et des services sociaux à comprendre, par exemple, comment les populations immigrées et réfugiées s'adaptent à leurs nouvelles communautés.

3. *Gestion de cas, coordination des soins et orientation dans le système*

Les ASC aident les personnes et les familles à évaluer, planifier et faciliter les services et défendre leur droit à ceux-ci tout en les aidant à s'orienter et à comprendre leurs options, à prendre soin de leur santé, à gérer les crises et à accéder aux services (Lewis et Craig, 2014).

4. *Planification des programmes et plaidoyer*

Les ASC planifient, organisent et élaborent des programmes et des initiatives de promotion de la santé qui aident les gens à exercer un contrôle sur leur santé et sur ses déterminants, améliorant ainsi leur santé (Commission sur les déterminants sociaux de la santé de l'Organisation mondiale de la Santé, 2005). Il s'agit notamment d'activités qui favorisent l'équité, l'holisme, l'intersectorialité et une approche écologique (Rootman et al., 2001). Par exemple, les ASC aident les personnes (en particulier les femmes) qu'on leur adresse pour des services périnataux ou liés à la santé à obtenir le soutien dont elles ont besoin, en les aidant à résoudre des problèmes financiers et de logement ou des problèmes tels que la violence familiale. En conséquence, les ASC s'efforcent de trouver des solutions polyvalentes aux problèmes de leurs clients en exploitant les ressources des ministères et des organismes de santé et de services sociaux, et en engageant les femmes à soutenir d'autres femmes et leurs communautés (Torres, 2013; Torres et al., 2014).

MODÈLES DE PRATIQUE

Il existe très peu de littérature évaluée par les pairs sur les modèles de pratique que les ASC emploient. Au Canada, une étude de cas sur les courtiers en santé multiculturels à Edmonton a révélé que leur pratique est dictée par une compréhension théorique de ce qui renforce les communautés et les familles (Torres, 2013). Ils sont influencés par la théorie du courtage culturel / théorie du courtage multiculturel en santé (Jezewski, 1995; Ortiz, 2003) et par une approche axée sur l'autonomisation de la promotion de la santé (Labonté, 1993).

D'autres programmes d'ASC (comme le PCNP, qui est offert par des bénévoles et des ASC rémunérés) sont plus fortement influencés par des approches biomédicales

de l'éducation sanitaire et de la promotion de la santé. En général, les ASC existent en raison de lacunes dans les services de santé et les services sociaux. En complément à d'autres travailleurs, les ASC aident les systèmes publics à remplir leurs mandats de servir toutes les populations.

RÉGLEMENTATION DES AGENTS DE SANTÉ COMMUNAUTAIRE AU CANADA

Au Canada, les ASC ne sont pas réglementés et la professionnalisation ne figure pas encore en bonne place dans le programme des ASC canadiens; le sujet a toutefois été abordé dans certaines études (Torres, 2013; Wolfe, 2010). Cela pourrait changer à mesure que les ASC deviennent plus visibles en tant que travailleurs de la santé au Canada.

RÉGLEMENTATION AUX ÉTATS-UNIS

Des débats liés à la réglementation ont eu lieu entre les ASC aux États-Unis, en particulier parmi ceux qui croient que la normalisation et la réglementation décourageraient l'indépendance et l'intégrité de leur travail (RASCC, 2014; S. Matos, communication personnelle, 30 janvier 2014; Torres, 2013). Certains ASC craignent que la réglementation ne déplace les rôles des ASC vers des tâches et des pratiques techniques traditionnellement exécutées dans le cadre des services de santé et les éloigne des actions intersectorielles, du développement communautaire et de la participation sociale (Rodrigues Fausto et al., 2011).

FINANCEMENT DES AGENTS DE SANTÉ COMMUNAUTAIRE ET COUVERTURE DES SERVICES

Les salaires et les avantages sociaux des ASC varient selon que l'organisme d'embauche fait partie du système de santé (p. ex. unités de santé publique) ou d'une organisation non gouvernementale (p. ex. groupes ethnoculturels). Les ASC

à l'intérieur du système de santé profitent généralement d'avantages sociaux et leurs heures de travail et leurs charges de travail sont raisonnables; ce n'est souvent pas le cas des ASC fonctionnant indépendamment du système de santé (Torres et al., 2014). L'étude nationale sur la main-d'œuvre des ASC de 2007 aux États-Unis a révélé que 60 % des nouveaux ASC sont payés 13 \$ US de l'heure et que 3,4 % sont payés au salaire minimum ou près de celui-ci (c'est-à-dire moins de 7 \$ US de l'heure). En outre, 70 % des ASC expérimentés gagnent 13 \$ US de l'heure ou plus et environ la moitié d'entre eux gagnent plus de 15 \$ US de l'heure (HRSA, 2007). De nombreux ASC renoncent aux salaires et aux avantages sociaux, choisissant de faire du bénévolat au sein des institutions du système de santé et des organisations communautaires.

PRINCIPAUX ENJEUX DES AGENTS DE SANTÉ COMMUNAUTAIRE

SALAIRES ET RECONNAISSANCE DES TITRES PROFESSIONNELS

Alors que les ASC se trouvent une place dans l'économie (Calliste, 2000), beaucoup d'ASC n'arrivent encore qu'à trouver des postes à temps partiel (Ghorayshi, 2002). De nombreux postes d'ASC sont définis comme étant peu qualifiés (Armstrong et Armstrong, 2010; Ghorayshi, 2002). Les travailleurs sont également exploités et ne gagnent souvent même pas un salaire de subsistance (Wolfe, 2010). Beaucoup d'ASC immigrantes ont plus d'éducation que leurs homologues nées au Canada (Ghorayshi, 2002), mais comme leurs titres professionnels ne sont pas reconnus, elles ne peuvent pas travailler dans le domaine qu'elles ont choisi et deviennent ASC.

ACCÈS AUX SERVICES

Les ASC relient les personnes marginalisées aux services et au soutien dont elles ont besoin, un service que le personnel des organismes de santé et de services sociaux est souvent incapable d'offrir. À l'instar des populations qu'ils desservent, les ASC se heurtent à de nombreux obstacles dans l'accès aux services de santé et aux services sociaux, tant sur le plan personnel que professionnel. Parmi ces obstacles, on retrouve la langue, le racisme, le genre et le statut socio-économique faible (Torres, Balcázar, Rosenthal, Labonté, Fox et Chiu, 2017).

OUVRIR DE NOUVELLES PERSPECTIVES

Les ASC sont en train d'établir un nouveau type de relation entre les clients et les travailleurs, et entre les collectivités et leurs organismes de santé et de services sociaux, qui diffère des pratiques d'autres professionnels de la santé comme les infirmières, les médecins et les travailleurs sociaux et qui complètent ces mêmes pratiques.

Préposés aux bénéficiaires

Par Simone Parniak et Christine Kelly



Les préposés aux bénéficiaires (PAB) sont le « moteur » des soins continus, que ces soins aient lieu dans des foyers privés, des centres résidentiels ou des foyers de groupe. Les PAB fournissent la majorité de l'assistance pratique aux personnes âgées, aux personnes handicapées et à celles qui ont besoin d'aide dans leur vie quotidienne. À l'instar des ASC, les PAB sont souvent marginalisées elles-mêmes, les immigrants, les femmes et les personnes à faibles revenus et faibles niveaux d'éducation étant représentés de façon disproportionnée. Parmi les autres prestataires de services auxiliaires, les PAB sont considérés comme « essentiels aux soins » (Armstrong, Armstrong et Scott-Dixon, 2008). Cependant, ces travailleurs vitaux sont souvent dévalués, mal rémunérés et invisibles dans les discussions politiques.

QU'EST-CE QU'UN PRÉPOSÉ AUX BÉNÉFICIAIRES?

TERMINOLOGIE RELATIVE AUX PRÉPOSÉS AUX BÉNÉFICIAIRES

Les PAB aident les personnes âgées et les personnes handicapées vivant dans des foyers de soins de longue durée, des maisons de retraite et des milieux communautaires à effectuer une grande variété de tâches (Kelly et Bourgeault, 2015a). Les termes utilisés pour décrire ce travail varient d'une province à l'autre; par exemple, les aides-soignants, les aides sanitaires, les auxiliaires familiaux et les aides familiaux sont souvent utilisés dans différents contextes pour désigner un travail similaire (Lum, 2013). On distingue souvent les travailleurs pour les adultes ayant un handicap physique de la catégorie plus large en les qualifiant de préposés ou d'accompagnateurs. Ces travailleurs peuvent suivre une approche à l'aide unique dite de « vie autonome », une approche dans laquelle le client dirige spécifiquement le

travailleur dans l'aide que celui-ci lui apporte (HPRAC, 2006; AOSC, 2009a, 2009b). Les travailleurs qui fournissent de l'aide aux personnes ayant une déficience intellectuelle sont souvent appelés travailleurs de soutien au développement (TSD).

LES TÂCHES DES PAB

Malgré une terminologie variée, il existe un groupe identifiable de paraprofessionnels travaillant aux côtés ou en lieu et place des professionnels de la santé qui fournissent la plupart de l'aide concrète dans divers milieux de soins continus : aider à l'hygiène personnelle; prendre soin des pieds; positionner les clients pour assurer leur confort; et aider aux activités quotidiennes telles que l'habillage, le bain, la toilette et l'alimentation. En milieu familial, les PAB peuvent également s'occuper d'autres activités domestiques telles que les soins aux enfants, les courses et le ménage (Lilly, 2008; AOSC, 2009b). Bref, « les PAB font ce que la personne ferait elle-même si elle en était physiquement et/ou cognitivement capable » (PSNO, 2014).

HISTOIRE DE LA PROFESSION

L'ORIGINE DES PAB

La catégorie des PAB est apparue avec l'évolution de la profession infirmière. Grâce à l'éducation formelle et à l'accréditation, les connaissances infirmières sont devenues de plus en plus spécialisées (Mansell et Dodd, 2005). Dans les années 1990, alors que les pressions politiques et publiques pour réduire les coûts des soins de santé s'intensifiaient, il devenait trop coûteux d'employer des infirmières pour effectuer des tâches « non spécialisées » telles que celles que les PAB effectuaient. Les infirmières et infirmiers autorisés ont été transférés à des postes de gestion et de supervision, tandis que les soins continus ont été confiés aux infirmières et infirmiers auxiliaires autorisés (IAA) et aux PAB. Bien que les infirmières au Canada soient syndiquées, elles continuent de se battre pour une rémunération adéquate et des conditions de travail équitables (Richardson, 2005).

LE PARADOXE DU PAB

Parallèlement à la pression exercée pour réduire les coûts, les années 1990 ont également vu des efforts pour limiter les séjours à l'hôpital (Sutherland et Crump, 2011). En conséquence, les patients ont été renvoyés à la maison beaucoup plus tôt après la maladie ou la chirurgie, ou ont été transférés

aux soins continus dans des états médicaux qui auraient généralement été traités à l'hôpital. Encore une fois, les PAB ont émergé pour combler cette lacune. Cela crée un paradoxe puisque les PAB représentent à la fois des soins non spécialisés et « abordables » tout en possédant les connaissances et les compétences semi-spécialisées essentielles pour faire la transition des personnes et soutenir celles-ci au sein du système de soins de santé du Canada (Denton et al, 2015; Saari et al, 2018).

LA FORMATION DES PRÉPOSÉS AUX BÉNÉFICIAIRES AU CANADA

NORMES DE FORMATION

L'éducation et la formation des PAB ont fait l'objet de controverses durant les années 1990 et 2000 et selon les provinces, on s'oriente vers une normalisation accrue. En Ontario, plusieurs programmes de formation des PAB sont offerts en personne et en ligne par l'entremise de collèges et de conseils scolaires privés et publics, et certains employeurs spécifient des exigences en matière de formation dans leurs offres d'emploi. L'Association ontarienne de soutien communautaire a développé des normes provinciales au début des années 1990, mais elle a connu des difficultés à les mettre en œuvre (AOSC, 2009a). De même, l'Association des collèges communautaires du Canada (ACCC) a élaboré et fait la promotion des Normes canadiennes en matière d'éducation des PAB; toutefois, les programmes d'éducation ne sont pas tenus de se conformer à ces normes (ACCC et CACCE, 2012). La Loi sur les foyers de soins de longue durée (2010) exige que tous les PAB embauchés après le 1er juillet 2011 aient effectué un programme de formation des PAB pour travailler dans des foyers de soins de longue durée financés par l'État. Comme il n'y a aucun prérequis éducatif établi et que la qualité des programmes de formation des PAB varie grandement, plusieurs organisations communautaires et académiques ont soulevé des préoccupations concernant les normes en matière de formation des PAB (HPRAC, 2006; Keefe, Martin-Matthews et Legare, 2011; Lilly, 2008). En juillet 2014, le ministère de la Formation, des Collèges et des Universités de l'Ontario (MTCU) a publié une norme commune en matière de formation qui s'applique à tous les programmes de formation des PAB (MTCU, 2014). Cette norme comprend 14 résultats d'apprentissage professionnel, les habiletés essentielles en matière d'employabilité et une exigence générale relative à l'éducation.

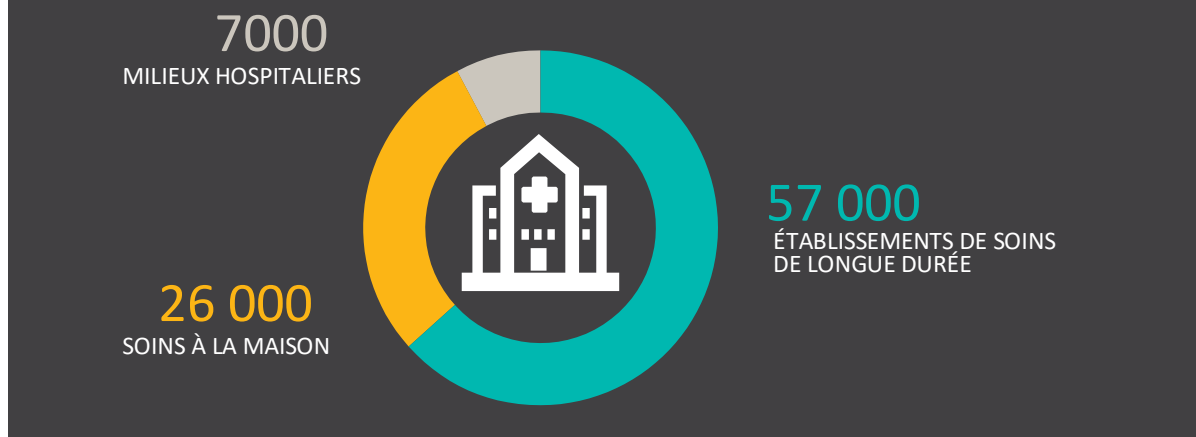
En Nouvelle-Écosse, certaines exigences en matière de formation doivent être satisfaites pour que les PAB (appelés assistants de soins continus ou CCA pour « Continuing Care Assistants ») puissent travailler dans des foyers de soins et des organismes qui fournissent des soins à domicile (Laporte et Rudoler, 2013). Ils doivent être diplômés d'un programme reconnu de formation des CCA offert par un fournisseur de services d'éducation agréé et réussir l'examen de certification des CCA de la Nouvelle-Écosse (<http://www.novascotiacca.ca/>).

En Alberta, les aides-soignants doivent obtenir un diplôme d'études collégiales¹. En 2005, Alberta Health a élaboré le curriculum provincial pour aides-soignants du gouvernement de l'Alberta. En 2010, le curriculum a été mis à jour et offert aux établissements d'enseignement postsecondaire publics et privés agréés, ainsi qu'aux organisations patronales, pour qu'ils puissent l'utiliser dans les programmes d'éducation des aides-soignants dans la province².

ADMISSION AU PROGRAMME

Les critères d'admissibilité aux programmes de formation des PAB varient selon le programme. En Ontario et en Nouvelle-Écosse, par exemple, les collèges communautaires exigent généralement un diplôme d'études secondaires ou un certificat de formation générale pour faire la demande, bien que cela ne soit pas toujours nécessaire pour être admis dans un collège privé ou un programme d'éducation des adultes. Les certificats de formation des PAB des collèges privés sont particulièrement étudiés, car ces écoles se concentrent souvent sur la capacité d'une personne à payer les frais du programme plutôt que sur la prestation d'une formation de haute qualité, et peuvent induire les étudiants en erreur par l'entremise de fausses publicités (Servage, 2008). L'admissibilité à la formation sur place dirigée par l'employeur dépend de l'organisation, mais suppose généralement que l'emploi est une condition préalable. Il est important de noter que les agences d'emploi encouragent de nombreux immigrants à suivre une formation de PAB en raison de la disponibilité présumée des emplois. Comme dans d'autres postes liés aux soins, comme les ASC, les PAB font partie d'une tendance dans laquelle les professionnels de la santé formés à l'étranger dont les qualifications ne sont pas reconnues sont intégrés dans des rôles non réglementés. (Atanackovic et Bourgeault 2014).

Figure 1 : Secteurs de travail des PAB de l'Ontario selon le ministère de la Santé et des Soins de longue



PROFIL DÉMOGRAPHIQUE DES PRÉPOSÉS AUX BÉNÉFICIAIRES

Étant donné que la profession n'est pas réglementée et que de nombreux PAB travaillent à temps partiel, occasionnellement ou selon des arrangements privés pour répondre aux besoins de leurs patients, il est difficile d'avoir des données sur les PAB au Canada. En Nouvelle-Écosse, l'inscription au registre des assistants de soins continus (CCA) est volontaire; au 31 mars 2018, le Registre des CCA comptait 1047 membres actifs. Les chiffres varient d'un rapport à l'autre; on estime qu'il y aurait environ 90 000 PAB rien qu'en Ontario. La figure 1 présente la répartition estimée des PAB de l'Ontario dans divers secteurs de travail (ministère de la Santé et des Soins de longue durée, 2011). Ces données provenaient du Registre des PAB de l'Ontario qui a été fermé en 2016 en raison de préoccupations concernant la qualité des données. Il faut donc être prudent dans l'interprétation de ces données.

ÂGE ET NIVEAU DE SCOLARITÉ DES PAB EN ONTARIO

Une étude de Lum (2013) s'est concentrée sur les données autodéclarées présentées par 32 302 personnes dans le Registre des PAB de l'Ontario mentionné précédemment, qui travaillent principalement dans des organismes publics de soins à domicile. Plus de la moitié des PAB inscrits au Registre ont entre 40 et 59 ans et la majorité (92 %) sont des femmes. Bien que la plupart des PAB aient indiqué être titulaires d'un certificat de PAB, certains ont fourni d'autres titres professionnels comme un certificat d'aide aux soins à domicile ou un certificat d'accompagnateur personnel. Plus de 30 % des PAB ont plus de 10 ans d'expérience dans la profession.

MILIEUX DE TRAVAIL DES PAB

Près de la moitié des PAB dans le Registre travaillaient dans le domaine des soins à domicile et en milieu communautaire; le deuxième milieu de travail le plus populaire était celui des foyers de soins de longue durée. Toutefois, ces chiffres sont probablement biaisés, car l'inscription au Registre n'était obligatoire que pour les personnes travaillant dans des établissements de soins à domicile financés par l'État. Cela explique l'écart entre les données du Registre et les données recueillies par le ministère de la Santé et des Soins de longue durée, qui sont détaillées à la figure 1. Parmi les autres milieux d'emploi, mentionnons les maisons de retraite, les hôpitaux et les services auxiliaires. La plupart des PAB ont déclaré travailler entre 20 et 40 heures par semaine, 27 % travaillant plus de 40 heures par semaine.

CHAMP D'EXERCICE DES PRÉPOSÉS AUX BÉNÉFICIAIRES

PERSONNES RECEVANT L'AIDE DES PAB

Les PAB aident généralement les personnes âgées vivant à la maison ou dans des foyers de soins résidentiels qui ont besoin d'aide en raison de leurs capacités et de leurs besoins changeants (qui sont ensuite aggravés par les structures sociales actuelles que beaucoup affirment inadaptées aux populations vieillissantes). Les PAB peuvent également aider les personnes de tout âge pendant qu'elles se remettent d'une intervention chirurgicale, d'une maladie aiguë ou d'une blessure. D'autres personnes ayant un handicap physique peuvent avoir besoin d'un soutien continu; ces personnes peuvent approuver un modèle de soutien « autonome » et préférer adopter une approche médicalisée de leurs besoins, qu'indique l'emploi d'une autre terminologie telle qu'« accompagnateur » (Kelly, 2016).

VALEURS COMMUNES GUIDANT LE TRAVAIL DES PAB

Selon l'Association ontarienne de soutien communautaire (2009b), six valeurs communes devraient guider l'approche des PAB et des accompagnateurs :

1. Soutien et promotion des droits des clients
2. Personnalisation des services en fonction des préférences et des directives du consommateur
3. Respect de la dignité du client
4. Adaptation des services à la culture
5. Respect des rôles de la famille, des amis et des autres aidants
6. Travail d'équipe avec entre autres le client, la famille et les autres prestataires de services

Ces valeurs reflètent la diversité des clients ainsi que les milieux dans lesquels travaillent les PAB.

RÉGLEMENTATION DES PRÉPOSÉS AUX BÉNÉFICIAIRES AU CANADA

CLASSIFICATION DES PAB

Au Canada, les PAB ne sont pas des travailleurs de la santé autoréglementés de la même façon que beaucoup de professions de la santé. En Ontario, par exemple, les PAB ne sont ni classés comme professionnels de la santé, ni autorisés à accomplir de façon indépendante des activités classées comme « contrôlées » en vertu de la Loi sur les professions de la santé réglementées (1991) sans la supervision d'un professionnel de la santé réglementé. Il existe des exceptions pour les accompagnateurs qui effectuent des « activités de la vie quotidienne » (p. ex. cathétérisme de routine) et ces exceptions font partie de ce qui distingue les accompagnateurs des PAB (CCRPS, 2006). Le travail des PAB est toutefois fortement réglementé par la réglementation de leurs milieux de travail.

LA QUESTION DE L'AUTORÉGULATION

Il existe une certaine confusion parmi les PAB au sujet de la réglementation : certains programmes de formation se vantent de mener à une « accréditation » à la fin, mais il ne faut pas l'interpréter à tort comme une forme de réglementation professionnelle nécessitant une infrastructure significative. Certains milieux de travail des PAB (foyers de soins de longue durée, par exemple) sont fortement réglementés par d'autres moyens, par exemple, par la législation, les directives ministérielles et les exigences en matière de rapports.

La question de la réglementation est une question centrale pour ces travailleurs, question qui a été abordée sous une forme quelconque dans plusieurs contextes provinciaux.

En Ontario, la question de la réglementation a été soulevée à maintes reprises. En 2006, le ministre de la Santé et des Soins de longue durée a commandé un rapport au Conseil consultatif sur la réglementation des professions de la santé (CCRPS, 2006), qui a conclu que les PAB ne devraient pas être réglementés à ce moment-là. Ce rapport a également exploré puis rejeté l'idée de créer un registre comme alternative à la réglementation. Contrairement aux recommandations du rapport, le gouvernement de l'Ontario a annoncé en 2011 la création d'un registre des PAB auquel doivent adhérer tous les PAB travaillant dans des programmes de soins à domicile financés par le gouvernement. Le but du registre était quelque peu ambigu, car il ne correspondait clairement à aucune des trois fonctions potentielles identifiées dans le rapport du CCRPS (certification, rapport d'incident ou documentation des licenciements) (CCRPS, 2006). Certains groupes se sont opposés à la formation du registre, dont le Syndicat canadien de la fonction publique (SCFP, 2012). Le registre a été annulé en 2016, et une refonte a été annoncée en 2018, une autre indication du désaccord à ce sujet. La norme commune en matière de formation des PAB suggère d'autres mécanismes pour normaliser et surveiller le domaine sans nécessairement passer à une profession de la santé réglementée (Kelly et Bourgeault, 2015b).

En Colombie-Britannique, le gouvernement provincial a mis en place un registre des PAB qui sert principalement à déposer des allégations de maltraitance et à éviter d'embaucher des travailleurs violents (Laporte et Rudoler, 2013). Un registre existe également en Nouvelle-Écosse qui vise à relier les travailleurs autorisés et les employeurs (Laporte et Rudoler, 2013). En Alberta, le Health Care Aide Registry a été lancé en mai 2017 (<http://www.albertahcadirectory.com/>). Ces démarches n'indiquent pas nécessairement que les PAB deviendront une profession de la santé autoréglementée.

FINANCEMENT DES PRÉPOSÉS AUX BÉNÉFICIAIRES ET COUVERTURE DES SERVICES

SALAIRES

Les salaires des PAB dépendent de plusieurs facteurs, en particulier de l'employeur, du lieu de travail et de la province où ils travaillent. Selon le Personal Support

Network of Ontario, les salaires varient de 14 \$ CA à 25 \$ CA de l'heure (PSNO, s. d.). Le salaire minimum actuel des PAB financés par l'État était de 16,50 \$ de l'heure en Ontario en avril 2016. Les personnes embauchées en vertu des règlements de la Loi sur les foyers de soins de longue durée de l'Ontario sont rémunérées 18 \$ de l'heure à titre de PAB, mais celles embauchées pour combler des postes à temps partiel ne bénéficient pas d'avantages sociaux (PSNO, s. d.). Cela se produit souvent dans les foyers financés par le gouvernement où le gouvernement verse 1500 \$ par mois par client, le client versant le même montant pour demeurer dans une pièce de l'établissement (PSNO, s. d.). Souvent, les PAB travaillent à temps partiel ou occasionnellement, ce qui peut avoir une incidence sur leur revenu annuel.

Dans les installations privées, les clients peuvent payer de 3000 \$ à 5000 \$ par mois pour une chambre et des services de soins (PSNO, s. d.). De nombreuses maisons privées embauchent des PAB non formés pour un salaire horaire de seulement 13 \$, mais leur offrent un emploi à temps plein et des possibilités d'obtenir la formation de PAB requise en travaillant en Ontario.

TRAVAIL INDÉPENDANT

Certains PAB créent leur propre entreprise de soins à domicile et gagnent un salaire moyen de 20 \$ de l'heure (PSNO, s. d.). Les travailleurs indépendants peuvent travailler pour plusieurs clients sans passer par une agence (qui déduit souvent des frais du salaire des PAB) et peuvent obtenir des avantages sociaux tels que l'assurance responsabilité professionnelle par l'intermédiaire de l'Association nationale des collèges de carrière (ANCC).

PRINCIPAUX ENJEUX DES PRÉPOSÉS AUX BÉNÉFICIAIRES

ROTATION DU PERSONNEL

Malgré la demande croissante de PAB, la profession connaît un taux élevé de rotation du personnel. Une étude explorant le taux de rotation des PAB employés par trois organismes sans but lucratif différents a révélé que de 1996 à 2001, 50 % des PAB ont quitté leur emploi (Denton, 2006). Parmi les raisons de partir, on mentionne la recherche d'un emploi mieux rémunéré ou accordant de meilleurs avantages sociaux, ou l'incapacité à gérer la lourde charge de travail associée à l'emploi. Une autre étude sur ce sujet a révélé que les grands foyers de soins de longue durée étaient associés à des taux plus élevés de rotation des PAB (Wodchis et al., 2007). La formation sur site des PAB était

associée à des taux plus élevés de rétention des PAB, une idée intéressante pour les employeurs qui éprouvent des problèmes de roulement (Wodchis et coll., 2007).

Les raisons citées varient à savoir ce qui cause ce roulement élevé. Il convient toutefois de noter que les PAB canadiens sont exposés à des taux élevés de violence en milieu de travail, en particulier dans les établissements de soins de longue durée (Armstrong et al., 2011; Daly et al., 2011). Les travailleurs en soins de longue durée au Canada font également état de niveaux plus élevés d'épuisement physique et mental que leurs homologues dans d'autres pays, ainsi que d'un manque de temps pour parler des difficultés en milieu de travail.

RÉGLEMENTATION ET NORMALISATION

La formation et la réglementation demeurent des questions controversées pour les PAB au Canada. Bien qu'il existe une pression visant à normaliser la formation des PAB, les contextes de travail varient considérablement, ce qui en fait un objectif difficile à atteindre. En outre, les besoins et les attentes des clients varient énormément, ce qui complique les objectifs en matière de normalisation. Indépendamment de ces questions, la demande de PAB continuera de croître à mesure que la population canadienne vieillit, ce qui souligne l'importance de ce domaine peu reconnu.

CONCLUSION

Ce chapitre s'ajoute à la littérature décrivant le contexte du travail des ASC et des PAB au Canada et leurs rôles au sein de la main-d'œuvre dans le secteur de la santé. Les ASC et les PAB complètent et enrichissent le travail des autres professionnels de la santé, mais ils occupent les échelons inférieurs du système hiérarchiques de soins de santé. Les ASC ont le potentiel de promouvoir la capacité individuelle et communautaire et l'émancipation, tandis que le rôle des PAB est négocié et déterminé en fonction du client (par exemple, les PAB peuvent adopter un rôle plus passif et d'assistance auprès des personnes ayant un handicap physique, ou un rôle plus actif et de prise de décision auprès des personnes atteintes de démence). Étant donné le rôle crucial que ces travailleurs jouent dans les systèmes de santé et les systèmes sociaux du Canada, ils devraient être mieux reconnus et mieux rémunérés pour le travail accompli. En outre, des recherches solides seront nécessaires pour mieux comprendre les personnes qui composent cette main-d'œuvre, leur champ d'exercice et les difficultés auxquelles elles sont confrontées.

REMERCIEMENTS

La partie de ce chapitre consacrée aux ASC est tirée du travail soutenu par le Réseau de recherche sur l'amélioration de la santé des populations (RRASP) grâce au financement du ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario, numéro de référence d'organisme de financement 06548 et du Programme de bourses de doctorat de l'Institut de la santé des femmes et des hommes de l'Institut de recherche en santé du Canada (IRSC).

La partie du présent chapitre consacrée aux PAB provient de travaux financés par le gouvernement de l'Ontario par l'entremise du Bruyère Centre for Learning, Research and Innovation in Long-Term Care.

Les opinions exprimées dans cette publication sont celles des auteurs et ne reflètent pas nécessairement celles de la province de l'Ontario.

Les données et les renseignements sur les provinces de la Nouvelle-Écosse et de l'Alberta ont été respectivement fournis par Audrey Krusselbrink et Greg Huyer.

ACRONYMES

ACCC	Association des collègues communautaires du Canada
CACCE	Canadian Association of Continuing Care Educators
CCA	Continuing Care Assistant (Nouvelle-Écosse)
RSC	Représentant en santé communautaire
ASC	Agent de santé communautaire
RASCC	Réseau des agents de santé communautaire du Canada
PCNP	Programme canadien de nutrition prénatale
SCFP	Syndicat canadien de la fonction publique
TSD	Travailleur de soutien au développement
FG	Formation générale
HCA	Health Care Aide (Alberta)
HPRAC	Conseil consultatif sur la réglementation des professions de la santé

HRSA	U.S. Department of Health and Human Services – Health Resources and Services Administration
IAA	Infirmière auxiliaire autorisée
MFCU	Ministère de la Formation et des Collèges et Universités
ONRIISC	Organisation nationale des représentants indiens et inuit en santé communautaire
AOSC	Association ontarienne de soutien communautaire
PAB	Préposé aux bénéficiaires
PSNO	Personal Support Network of Ontario
ASPC	Agence de santé publique du Canada
IAA	Infirmière auxiliaire autorisée
OMS	Organisation mondiale de la Santé

RÉFÉRENCES

- (ACCC et CACCE) Association des collègues communautaires du Canada et Canadian Association of Continuing Care Educators (2012). *Canadian educational standards for personal care providers: A reference guide*. Extrait de <http://acc.ca/wp-content/uploads/2014/05/Canadian-Standards-Reference-Guide.pdf>.
- Andrews, J. O., Felton, G., Wewers, M. E. et Heath, J. (2004). Use of community health workers in research with ethnic minority women. *Journal of Nursing Scholarship*, 36(4).
- Armstrong, P. et Armstrong, H. (2010). *The Double ghetto: Canadian women and their segregated work* (3rd ed.). Don Mills : Oxford University Press.
- Armstrong, P., Armstrong, H., Banerjee, A., Daly, T. et Szebehely, M. (2011). Structural violence in long-term residential care. *Women's Health and Urban Life*, 74(3), 390–399.
- Armstrong, P., Armstrong, H. et Scott-Dixon, K. (2008). *Critical to care: The invisible women in health services*. Toronto : University of Toronto Press.

- Atanackovic, J., et I. L. Bourgeault. (2014). *Une étude recommande de supprimer l'obligation imposée aux aides familiaux résidants d'habiter chez leur employeur*. Étude 46 de l'IRPP. Montréal : Institut de recherches en politiques publiques.
- Balcázar, H. G., Rosenthal, L., Brownstein, J. N., Rush, C. H., Matos, S. et Hernandez, L. (2011). Community health workers can be a public health force for change in the United States: Three actions for a new paradigm. *American Journal of Public Health*, 101(12), 2199–2203.
- Bourgeault, I., Atanackovic, J., LeBrun, J., Parpia, R., Rashid, A., et Winkup, J. (2009). The role of immigrant care workers in an aging society: The Canadian context and experience. Ottawa : Université d'Ottawa.
- Brookman, C.A. (2007). *The personal support worker improving work experience: A comparison across two health care sectors*. (Doctorat), Université de Toronto, Toronto. Accessible à partir de la base de données de Thèses Canada de Bibliothèque et Archives Canada.
- (RASCC) Réseau des agents de santé communautaire du Canada (2014). Note de service au sujet du positionnement : *Community health workers — Canada's hidden workforce*. Présenté à l'Association canadienne de santé publique.
- Calliste, A. (2000). Nurses and porters: Racism, sexism and resistance in segmented labour markets. Dans A. Calliste, G. J. S. Dei et M. Aguiar (éd.), *Anti-racist feminism: Critical race and gender studies* (pp. 143–164). Halifax : Fernwood.
- (SCFP) Syndicat canadien de la fonction publique (2012). Personal support worker (PSW) registry notice to health care members of CUPE Ontario and OCHU. Extrait de <http://www.cupe.on.ca/a4938/CUPE%20OCHU%20letter.pdf>.
- Daly, T., Banerjee, A., Armstrong, P., Armstrong, H. et Szebehely, M. (2011). Lifting the “violence” veil: Examining working conditions in long-term care facilities using iterative mixed methods. *Canadian Journal on Aging*, 30(2), 271–284.
- Dedam-Montour, D. (2010). Les expériences des représentants en santé communautaire au Canada. Communication personnelle. Août 2010.
- Denton, M., Zeytinoglu, I., Davis, S. et Hunter, D. (2006). The impact of implementing managed competition on home care workers' turnover decisions. *Healthcare Policy*, 1(4), 106–123.
- Denton, M., Brookman, C., Zeytinoglu, I., Plenderleith, J. et Barken, R. (2015). Task shifting in the provision of home and social care in Ontario, Canada: implications for quality of care. *Health & Social Care in the Community*, 23(5), 485–492.
- Registre fédéral. (2009). *Part VI: Office of Management and Budget 2010 Standard Occupational Classification (SOC)—OMB's Final Decisions; Notice Vol. 74, No. 12*. Extrait de <http://www.bls.gov/soc/soc2010final.pdf>.
- Findley, S. E., Matos, S., Hicks, A. L., Campbell, A., Moore, A., et Diaz, D. (2012). Building a consensus on community health workers' scope of practice: Lessons from New York. *American Journal of Public Health*, 102(10), 1981–1987.
- Ghorayshi, P. (2002). Working Canadian women: Continuity despite change. Dans V. Dhruvarajan et J. Vickers (éd.), *Gender, race, and nation: A global perspective* (pp. 123–146). Toronto : University of Toronto Press.
- Gouvernement de l'Ontario. (1991). *Loi sur les professions de la santé réglementées*. Extrait de <http://www.health.gov.on.ca/fr/pro/programs/hhrsd/about/rhpa.aspx>.
- (HPRAC) Health Professions Regulatory Advisory Council. (2006). *The regulation of personal support workers* (Rapport final au ministre de la Santé et des Soins de longue durée). Toronto : CCRPS. Extrait de <http://www.hprac.org/en/reports/resources/PSW-FinalReportSept27-06.pdf>
- HRSA. (2007). Community Health Worker National Workforce Study. Extrait de <http://bhpr.hrsa.gov/healthworkforce/reports/chwstudy2007.pdf>.
- Jezewski, M. A. (1995). Evolution of a grounded theory. *Advances in Nursing Science*, 17(3), 14–30.

- Keefe, J., A. Martin-Matthews et J. Légaré. (2011). *Home support workers: Human resource strategies to meet chronic care needs of Canadians: Final Report*. Extrait de <http://www.cdnhomecare.ca/media.php?mid=2798>.
- Kelly, C. (2016). *Disability politics and care: The challenge of direct funding*. Vancouver, CB : UBC Press.
- Kelly, C. et Bourgeault, I. (2015a). Developing a common education standard for personal support workers in Ontario. *Health Reform Observer - Observatoire des Réformes de Santé*, 3 (1),1-10.
- Kelly, C. et Bourgeault, I. (2015b). The Personal Support Worker Program Standard in Ontario: An alternative to self-regulation? *Healthcare Policy*, 11(2), 20-26.
- Labonté, R. (1993). *Health promotion and empowerment: Practice frameworks* [Promotion Series #3]. Toronto : Centre for Health Promotion, Université de Toronto et ParticipACTION.
- Laporte, A., et Rudoler, D. (2013). Assessing Ontario's personal support worker registry. *Health Reform Observer*, 1(1), 1–11.
- Lehmann, U., et Sanders, D. (2007). *Community health workers: What do we know about them? The state of the evidence on programmes, activities, costs and impact on health outcomes of using community health workers*. Extrait de http://www.who.int/hrh/documents/community_health_workers.pdf.
- Lewin, S., Munabi-Babigumira, S., Glenton, C., Daniels, K., Bosch-Capblanch, X., van Wyk, B. E., ... Scheel, I. B. (2010). Lay health workers in primary and community health care for maternal and child health and the management of infectious diseases. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. Extrait de <http://summaries.cochrane.org/CD004015/the-effect-of-lay-health-workers-on-mother-and-child-health-and-infectious-diseases>.
- Lewis, N., et Craig, C. (2014). *Institute for healthcare improvement summary report: 90-day project. Non-traditional workforce in today's health care*. Cambridge, Massachusetts : Institute for Health Care Improvement. Extrait de <http://www.ihc.org/about/Pages/default.aspx>.
- Lilly, M. B. (2008). Medical versus social work-places: Constructing and compensating the personal support worker across health care settings in Ontario, Canada. *Gender, Place and Culture*, 15(3), 285–299.
- Lum, J. (2013) *Ontario PSW registry data analysis results*. Extrait de <http://www.ryerson.ca/crncc/knowledge/events/pdf/PSW%20Registry%20Data%20Analysis%20Results%20Final.pdf>.
- Mansell D. et Dodd, D., (2005). Professionalism and Canadian nursing. Dans N. Rousseau, D. E. Dodd et C. Bates (éd.), *On all frontiers: Four centuries of Canadian nursing* (pp. 197–212). Ottawa : University of Ottawa Press.
- Martinez, J., Ro, M., William Villa, N., Powell, W., et Knickman, A. R. (2011). Transforming the delivery of care in the post-health reform era: What role will community health workers play? *American Journal of Public Health*, 101(12), e1–e5.
- Ministère de la Santé et des Soins de longue durée. (2011). *L'Ontario crée un registre pour les préposés aux services de soutien à la personne*. Extrait de <https://news.ontario.ca/fr/release/18031/lontario-cree-un-registre-pour-les-preposes-aux-services-de-soutien-a-la-personne>.
- Ministère de la Santé et des Soins de longue durée (2014). *Amélioration des soins à domicile et en milieu communautaire pour les personnes âgées de l'Ontario*. Extrait de <https://news.ontario.ca/fr/release/29418/amelioration-des-soins-a-domicile-et-en-milieu-communautaire-pour-les-personnes-agees-de-lontario>.
- Multicultural Health Brokers Co-operative. (2004). *Multicultural Family Connections Program: Mapping the life experiences of refugee and immigrant families with preschool children*. Edmonton : auteur.
- Najafizada, M., Bourgeault, I., Labonte, R., Packer, C. et Torres, S. (2015). Community health workers: A scoping review of HICs. *Canadian Journal Of Public Health*, 106(3), e157-e164.
- (ONRIISC) Organisation nationale des représentants Indiens et Inuits en santé communautaire. (2008). Closing of CHR Trust. *In Touch Newsletter*, 33(été). Extrait de <http://www.niichro.com/2004/pdf/intouch-summer-2008.pdf>.

(AOSC) Association ontarienne de soutien communautaire (2009a). *The history and development of the personal support worker and personal attendant in Ontario*. Extrait de http://www.pсно.ca/uploads/1/0/1/9/10197937/psw_history.pdf.

(AOSC) Association ontarienne de soutien communautaire (2009b). *Role of persons trained as personal attendants or personal support workers*. Extrait de http://www.pсно.ca/uploads/1/0/1/9/10197937/psw_roles.pdf.

Ortiz, L. M. (2003). *Multicultural health brokering: Bridging cultures to achieve equity of access to health*. Thèse de doctorat inédite, Université de l'Alberta, Edmonton (Alberta). Accessible à partir de la base de données de thèses et de mémoires de l'Université d'Ottawa (ProQuest).

(ASPC) Agence de la santé publique du Canada. (2010). *Évaluation sommative du Programme canadien de nutrition prénatale 2004–2009*. Extrait de <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/organisation/mandat/a-propos-agence-bureau-evaluation/rapports-evaluation/archivee-evaluation-sommative-programme-canadien-nutrition-prenatale-2004-2009/vue-ensemble.html>.

(PSNO) Personal Support Network of Ontario (s. d.) *Foire aux questions*. Extrait de <http://www.pсно.ca/faqs.html>.

(PSNO) Personal Support Network of Ontario. (2014). *What can a PSW do? Role of personal support workers and area of ability*. Extrait de http://www.pсно.ca/uploads/1/0/1/9/10197937/what_can_a_psw_do_fs_2014.pdf.

Richardson, S. (2005). Unionization of Canadian nursing. Dans N. Rousseau, D. E. Dodd et C. Bates (éd.), *On all frontiers: Four centuries of Canadian nursing* (pp. 213–224). Ottawa : University of Ottawa Press.

Rodrigues Fausto, M. C., Giovanella, L., Magalhaes de Mendonca, M. H., Fidelis de Almeida, P., Escorel, S., Tavares de Andrade, C. L. et Carsalade Martins, M. I. (2011). The work of community health workers in major cities in Brazil: Mediation, community action, and health care. *Journal of Ambulatory Care Management*, 34(4).

Rootman, I., Goodstadt, M., Hyndman, B., McQueen, D. V., Potvin, L., Springett, J., et Ziglio, E. (éd.). (2001). *Evaluation in health promotion: Principles and perspectives* (Vol. 92): WHO Regional Publications.

Saari, M., Patterson, E., Kelly, S., et Tourangeau, A. E. (2018). The evolving role of the personal support worker in home care in Ontario, Canada. *Health & Social Care in the Community*, 26(2), 240-249.

Servage, L. (2008). *The shadowy world of private tertiary providers in Canada: Buyer beware?* Document présenté à Perspectives on Labour Shortages: Exploring the Education-Jobs Gaps, Université de l'Alberta, Edmonton (Alberta), 24 octobre 2008.

Sutherland, J.M. et Crump, R. T. 2011. Exploring alternative level of care (ALC) and the role of funding policies: An evolving evidence base for Canada. *CHSRF Series of Reports on Costs Drivers and Health System Efficiency 8*. Extrait de <http://www.cfhi-fcass.ca/SearchResultsNews/11-09-20/29f5b70f-e94f-4986-9455-231888e40f4a.aspx>.

Torres, S. (2010). *Uncovering the role of community health worker/lay health programs (CHWs/LHWs) in addressing health equity for immigrant women in Canada*. Recherches inédites menées dans le cadre du programme de doctorat de l'auteur, Université d'Ottawa, Ottawa.

Torres, S. (2012). *Environmental scan on personal support workers/lay health workers involved in homecare and long-term care in Ontario: A rapid literature review*. É/Exchange Working Paper Series.

Torres, S. (2013). *Uncovering the role of community health worker/lay health worker programs in addressing health equity for immigrant and refugee women in Canada: An instrumental and embedded qualitative case study*. Base de données de thèses et de mémoires de l'Université d'Ottawa (ProQuest).

Torres, S., Labonté, R., Spitzer, D. L., Andrew, C. et Amaratunga, C. (2014). Improving health equity: The promising role of community health workers in Canada. *Healthcare Policy/Politiques de Santé*, 10(1), 71-83.

Torres, S., Balcázar, H., Rosenthal, L., Labonté, R., Fox, D. J., et Chiu, Y. (2017). Community Health Workers in Canada and in the US: Working from the Margins to Address Health Equity. *Critical Public Health*, doi :10.1080/09581596.2016.1275523.

Werner, D. (1977). *Where there is no doctor*. Palo Alto, Californie : The Hesperian Foundation.

Werner, D., et Bower, B. (1982). *Helping health care workers learn*. Palo Alto, Californie : The Hesperian Foundation.

Wodchis, W. P., Ceccato, N., Berta, W., Chambers, L., McGilton, K. et Tourangeau, A. (2007). Factors associated with personal support worker turnover in Ontario LTC homes. Extrait de <http://www.ihpme.utoronto.ca/Assets/IHPME+Digital+Assets/IHPME/hpme/research/hsr/ltc-ww-2007/psw.pdf>.

Wolfe, R. (2010). *Working (in) the gap: A critical examination of the race/culture divide in human services*. (PhD), Thèse de doctorat inédite, Université de l'Alberta, Edmonton (Alberta). Extrait de <http://proquest.umi.com.proxy.bib.uottawa.ca/pqdweb?did=764801241&Fmt=7&clientId=65345&RQT=309&VName=PQD>. Accessible à partir de la base de données de thèses et de mémoires de l'Université d'Ottawa (ProQuest).

(OMS) Commission sur les déterminants sociaux de la santé de l'Organisation mondiale de la Santé. (2005). *Action on the social determinants of health: Learning from the previous experiences* (C. o. S. D. o. Health, Trans.).

Genève : Auteur.