PLAN D'ACTION POUR L'ATTRACTION ET LA FIDÉLISATION DES PRÉPOSÉS AUX BÉNÉFICIAIRES ET DES AUXILIAIRES AUX SERVICES DE SANTÉ ET SOCIAUX

FÉVRIER 2020

MINISTÈRE DE LA SANTÉ
ET DES SERVICES SOCIAUX

Votre gouvernement

Québec

ÉDITION
La Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux

Le présent document est disponible uniquement en version électronique à l'adresse :
www.msss.gouv.qc.ca section **Publications**.

Le genre masculin utilisé dans ce document désigne aussi bien les femmes que les hommes.

Dépôt légal
Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2020
Bibliothèque et Archives Canada, 2020

ISBN : 9978-2-550-85692-4 (version PDF)

Les photographies contenues dans cette publication ne servent qu'à illustrer les différents sujets abordés. Les personnes y apparaissant sont des figurants.

Tous droits réservés pour tous pays. La reproduction, par quelque procédé que ce soit, la traduction ou la diffusion de ce document, même partielles, sont interdites sans l'autorisation préalable des Publications du Québec. Cependant, la reproduction de ce document ou son utilisation à des fins personnelles, d'étude privée ou de recherche scientifique, mais non commerciales, sont permises à condition d'en mentionner la source.

© Gouvernement du Québec, 2020

Mot des ministres

Le Québec vit une rareté de main-d'œuvre dans de nombreux secteurs, et le réseau de la santé et des sociaux n'y échappe pas.

Avec notamment le vieillissement de la population et l'accroissement des besoins d'assistance, le recrutement et la fidélisation des préposés aux bénéficiaires et des auxiliaires aux services de santé et sociaux sont au cœur de nos priorités. Si nous voulons être en mesure d'offrir les meilleurs soins et services aux usagers qui les requièrent actuellement, mais également de bien préparer l'avenir, il est nécessaire d'agir et de mettre en place des mesures concrètes.

Ce présent plan d'action est le fruit d'une collaboration entre le ministère de la Santé et des Services sociaux et diverses instances, dont le ministère du Travail, de l'Emploi et de la Solidarité sociale ainsi que le ministère de l'Éducation et de l'Enseignement supérieur. Il présente 15 mesures visant à accroître la disponibilité de la main-d'œuvre. Complémentaires les unes avec les autres, elles nécessitent un travail de concertation entre les différents acteurs concernés. Bien que ces mesures concernent principalement le réseau de la santé et des services sociaux, elles auront des répercussions positives pour ses partenaires.

Notre objectif, à tous, est que les usagers puissent bénéficier de soins de qualité et sécuritaires, offerts par des personnes compétentes, heureuses au travail et en nombre suffisant. Nous en profitons pour réitérer notre gratitude envers ceux et celles qui font ce choix de carrière. Ils ont un rôle essentiel et sont assurément un maillon incontournable de l'équipe multidisciplinaire de soins : nous en sommes très reconnaissantes.

Original signé

Danielle McCann
Ministre de la Santé et des Services sociaux

Original signé

Marguerite Blais
Ministre responsable des Aînés et des Proches aidants

Table des matières

Introduction 1

Partie 1 : Mise en contexte 3

1. Définition du rôle, des responsabilités et des compétences attendues des personnes qui exercent les métiers d'assistance à la personne 3

1.1 Principaux rôles et responsabilités 3

1.2 Soins et services d'assistance personnelle et soins relatifs aux activités de la vie quotidienne (AVQ) 4

1.3 Établissement d'une relation de confiance 4

1.4 Collaboration avec l'équipe soignante et l'équipe interdisciplinaire 5

1.5 Intervention en situation de crise et en situation d'urgence 5

1.6 Complémentarité des rôles avec les infirmières et les infirmières auxiliaires dans le continuum de soins et notions réglementaires des activités confiées en vertu des articles 39.7 et 39.8 du *Code des professions* 6

1.7 Soins invasifs d'assistance et administration de médicaments par des PAB et des ASSS 7

1.8 Compétences et comportements professionnels requis pour exercer les métiers d'assistance à la personne 9

2. Portrait des milieux de travail et des milieux où sont dispensés les services 11

2.1 Centre hospitalier (CH) 11

2.2 Centre d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) 11

2.3 Centre de réadaptation (CR) 14

2.4 Soutien à domicile offert par le réseau de la santé et des services sociaux 14

2.5 Ressource intermédiaire (RI) et ressource de type familial (RTF) 16

2.6 Résidence privée pour aînés (RPA) 18

2.7 Prestataires externes de services d'aide à domicile 19

3. Définition des titres d'emploi utilisés dans les métiers d'assistance à la personne 21

3.1 Réseau de la santé et des services sociaux 21

3.2 Ressource intermédiaire (RI) et ressource de type familial (RTF) 22

3.3 Résidence privée pour aînés (RPA) 23

3.4 Entreprise d'économie sociale en aide à domicile (EÉSAD) 23

4. Formations liées aux divers titres d'emploi utilisés dans les métiers d'assistance à la personne 23
4.1 Préposés aux bénéficiaires et auxiliaires aux services de santé et sociaux 23
4.2 Préposés en résidence privée pour aînés 24
4.3 RI-RTF 25
4.4 Préposés d'aide à domicile des organismes d'aide à domicile 26
5. Données sur la main-d'œuvre de préposés aux bénéficiaires et d'auxiliaires aux services de santé et sociaux du réseau de la santé et des services sociaux 27
5.1 Effectif en place 27
5.2 Démographie 28
5.3 Heures travaillées 28
5.4 Nombre d'arrivées et taux de rétention 29
5.5 Absentéisme 30
5.6 Embauches et projections 31
6. Investissements récents du MSSS dans les secteurs où œuvrent les PAB et les ASSS 31
7. Contexte qui commande la mise en place du plan d'action 32
Partie 2 : Mesures du plan d'action 34
Mesure 1 : Plan prévisionnel des effectifs 35
Mesure 2 : Programme d'études professionnelles : DEP APED – programme et modalités de diffusion 38
Mesure 3 : Vigie des programmes de formation 41
Mesure 4 : Promotion des métiers d'assistance à la personne 42
Mesure 5 : Programme de bourses pour les PAB et les ASSS 44
Mesure 6 : Recrutement international 46
Mesure 7 : Mise en place de tables régionales d'adéquation emploi-formation 48
Mesure 8 : Plan Santé en collaboration avec le MTESS 50
Mesure 9 : Cadre de référence sur l'accueil et l'intégration des préposés aux bénéficiaires 53
Mesure 10 : Stabilisation des équipes 57
Mesure 11 : Développement des compétences et formation continue partagée (FCP) 59
Mesure 12 : Équipes de soutien à l'amélioration continue de la prévention (ÉSACP) pour accompagner les gestionnaires et leur personnel 60
Mesure 13 : Plan d'action national visant la prévention des risques en milieu de travail et la promotion de la santé globale 2019-2023 62
Mesure 14 : Mesures de valorisation des métiers d'assistance à la personne 67

Mesure 15 : Conditions de travail 69
Conclusion 79
Bibliographie 80
Références juridiques 81
Annexes 82

Préambule

Le Québec vit actuellement une rareté de main-d'œuvre dans de multiples secteurs du monde du travail, et le réseau de la santé et des services sociaux ainsi que ses partenaires du secteur privé n'y échappent pas. La rareté se fait particulièrement ressentir pour les personnes qui exercent les métiers d'assistance à la personne, dont les préposés aux bénéficiaires et les auxiliaires aux services de santé et sociaux. Le plan d'action expose d'abord une mise en contexte afin de bien situer les métiers d'assistance à la personne, dont les préposés aux bénéficiaires et les auxiliaires aux services de santé et sociaux, puis propose 15 mesures afin de pallier la rareté de la main-d'œuvre qui touche les métiers d'assistance à la personne.

Le plan d'action est déposé au moment où sont en cours les négociations en vue du renouvellement des dispositions nationales des conventions collectives qui régissent les conditions de travail des employés du réseau de la santé et des services sociaux, dont les préposés aux bénéficiaires et les auxiliaires aux services de santé et sociaux. Ce faisant, certains aspects liés aux conditions de travail, dont la rémunération, ne peuvent être abordés dans le présent document afin de ne pas porter préjudice au processus de négociation en cours.

De plus, il est à noter que les mesures déployées pour contrer la rareté de personnel qui exerce les métiers d'assistance à la personne sont complémentaires les unes envers les autres. Cependant, elles le sont dans un contexte démographique où s'observent simultanément le vieillissement de la population et la tendance à la baisse de la population âgée de 15 à 64 ans. Cette conjoncture accentue le phénomène en créant une pression sur la capacité des établissements de santé et de services sociaux à fournir les services à une plus grande tranche de la population tout en comptant sur un bassin de personnes disponibles de plus en plus restreint.

Les mesures présentées, dont les effets pourront se faire sentir à moyen et à long termes, visent à accroître la disponibilité de la main-d'œuvre pour offrir les soins et services à la population québécoise.

Lexique des sigles et des acronymes

AEP : Attestation d'études professionnelles
APED : Assistance à la personne en établissement et à domicile
AP-RPA : Assistance à la personne en résidence privée pour aînés
AS : Assurance salaire
ASSS : Auxiliaire aux services de santé et sociaux
AVQ : Activités de la vie quotidienne
CFP : Centre de formation professionnelle
CGR : Comité de gestion du réseau
CH : Centre hospitalier
CHSLD : Centre d'hébergement de soins de longue durée
CISSS : Centre intégré de santé et de services sociaux
CIUSSS : Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux
CLSC : Centre local de services communautaires
CNESST : Commission des normes, de l'équité, de la santé et de la sécurité du travail
CODIR : Comité directeur du ministère de la Santé et des Services sociaux
CPNSSS : Comité patronal de négociation du secteur de la santé et des services sociaux
CR : Centre de réadaptation
DEP : Diplôme d'études professionnelles
DHC : Diplômé formé hors Canada
DPMO : Direction de la planification de la main-d'œuvre
DRHCAJ : Direction des ressources humaines, des communications et des affaires juridiques
DRSQ : Directions régionales de Services Québec
EÉSAD : Entreprise d'économie sociale en aide à domicile
EI : Étudiants internationaux
ENA : Environnement numérique d'apprentissage
EPC : Établissement privé conventionné
ÉSACP : Équipes de soutien à l'amélioration continue de la prévention
ETC : Équivalent temps complet
FCP : Formation continue partagée
GPMO : Gestion prévisionnelle de la main-d'œuvre
HS : Heure supplémentaire
INSPQ : Institut national de santé publique du Québec
LSSSS : Loi sur les services de santé et les services sociaux
MEES : Ministère de l'Éducation et de l'Enseignement supérieur

MEI : Ministère de l'Économie et de l'Innovation
MIFI : Ministère de l'Immigration, de la Francisation et de l'Intégration
MO : Main-d'œuvre
MOI : Main-d'œuvre indépendante
MSSS : Ministère de la Santé et des Services sociaux
MTESS : Ministère du Travail, de l'Emploi et de la Solidarité sociale
OBNL : Organisme sans but lucratif
OIIQ : Ordre des infirmières et infirmiers du Québec
PAB : Préposé aux bénéficiaires
PDRH : Planification du développement des ressources humaines
PEFSAD : Programme d'exonération financière pour les services d'aide domestique
PPE : Plan prévisionnel des effectifs
RAMQ : Régie de l'assurance maladie du Québec
RHAS : Ratio d'heures d'assurance salaire
RI : Ressource intermédiaire
RLS : Réseaux locaux de services
RPA : Résidence privée pour aînés
RPS : Risques psychosociaux du travail
RSQ : Recrutement Santé Québec
RSSS : Réseau de la santé et des services sociaux
RTF : Ressource de type familial
RTS : Réseaux territoriaux de services
SAD : Soutien à domicile
SAPA : Soutien à l'autonomie des personnes âgées
SCG : Secrétariat à la communication gouvernementale
SCT : Secrétariat du Conseil du trésor
SGSST : Système de gestion de la santé et de la sécurité au travail
TMS : Troubles musculo-squelettiques

Introduction

Le gouvernement du Québec a pour fonction de diriger l'administration de l'État. Pour ce faire, le gouvernement s'est doté de priorités d'action afin de permettre l'essor de la population québécoise. L'une de ces priorités est de s'occuper de la santé des Québécoises et des Québécois.

En ce sens, selon son énoncé de mission, le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) doit maintenir, améliorer et restaurer la santé et le bien-être de la population québécoise en rendant accessible un ensemble de services de santé et de services sociaux, intégrés et de qualité, contribuant ainsi au développement social et économique du Québec. En fonction de sa mission, le MSSS voit au bon fonctionnement du système de santé et de services sociaux du Québec. Dans une perspective visant l'amélioration de la santé et du bien-être de la population, il détermine les priorités, les orientations et les politiques relevant de son domaine, et veille à leur application. À cet effet, le MSSS exerce sa mission en partageant ses responsabilités avec les établissements de santé et de services sociaux répartis dans 18 régions sociosanitaires, qui se subdivisent en 22 réseaux territoriaux de services (RTS) et en 93 réseaux locaux de services (RLS).

Les services de santé et les services sociaux sont offerts à la population par une équipe interdisciplinaire de travail où chaque métier et profession a un rôle à jouer pour la santé des usagers. Parmi les acteurs qui participent au continuum de soins et de services se trouvent ceux qui exercent les métiers d'assistance à la personne. Ils exercent leurs tâches dans divers milieux de travail tels les centres hospitaliers, les centres d'hébergement de soins de longue durée, les centres de réadaptation, les résidences privées pour aînés, les ressources intermédiaires et les ressources de type familial ainsi que dans le cadre des services de soutien à domicile offerts par les centres locaux de services communautaires ou par des prestataires externes de services, tels que les entreprises d'économie sociale en aide à domicile ou d'autres entreprises privées ou organismes communautaires.

Le Québec est touché par un phénomène de rareté de main-d'œuvre qui se répercute dans de nombreux secteurs, dont les activités du réseau de la santé et des services sociaux (RSSS). De plus, le vieillissement de la population accentuera les besoins liés aux services d'assistance à la personne. Dans un contexte où l'on observe une tendance à la baisse de la proportion de la population âgée de 15 à 64 ans, tranche d'âge représentant les personnes types actives sur le marché du travail, le défi est important.

Confronté à cette réalité et soucieux d'offrir des soins et des services de qualité à la population québécoise, le gouvernement du Québec dépose **le plan d'action pour l'attraction et la fidélisation des préposés aux bénéficiaires et des auxiliaires aux services de santé et sociaux**. Le plan d'action présente diverses mesures complémentaires visant à accroître le bassin de main-d'œuvre disponible pour exercer les métiers d'assistance à la personne. Les mesures visent principalement les établissements de santé et de services sociaux du RSSS, mais elles peuvent également avoir des effets positifs pour les différents partenaires du réseau de la santé et des services sociaux, tels que les résidences privées pour aînés, les ressources intermédiaires et les ressources de type familial, ainsi que les entreprises d'économie sociale en aide à domicile, entre autres.

Le plan d'action pour l'attraction et la rétention des préposés aux bénéficiaires et des auxiliaires aux services de santé et sociaux se divise en deux parties. La première partie vise à camper le contexte en y exposant le rôle, les responsabilités et les compétences attendues des personnes qui exercent les métiers d'assistance à la personne, les milieux dans lesquels elles sont appelées à travailler, les différents titres d'emploi compris dans les métiers d'assistance à la personne de même que les diverses formations offertes pour occuper l'un ou l'autre de ces titres d'emploi. Des données sur la main-d'œuvre des préposés aux bénéficiaires et des auxiliaires aux services de santé et sociaux du RSSS sont également présentées de même que les récents investissements effectués par le gouvernement ayant des retombées sur les services d'assistance à la personne.

La seconde partie présentera les 15 mesures du plan d'action en expliquant en quoi elles consistent ainsi que les objectifs poursuivis par chacune d'elles. Ces mesures sont déjà en place ou en cours d'implantation. Elles visent toutes, en raison de leur complémentarité, à accroître le bassin de personnes qualifiées pour exercer un métier lié aux services d'assistance à la personne.

Partie 1 : Mise en contexte

1. Définition du rôle, des responsabilités et des compétences attendues des personnes qui exercent les métiers d'assistance à la personne

Afin d'offrir des soins et des services de santé et des services sociaux sécuritaires et de qualité à la population, les équipes de travail où ces soins et services sont dispensés sont composées de divers corps d'emploi qui doivent travailler en collaboration et en complémentarité pour assurer la réponse aux besoins des usagers. Parmi eux se trouvent les personnes qui exercent les métiers d'assistance à la personne. Pour la population, ces métiers sont plus connus sous le vocable de préposé aux bénéficiaires. Ci-après, il sera expliqué que ce nom ne définit qu'une partie des personnes exerçant des métiers d'assistance à la personne.

L'ensemble des métiers d'assistance à la personne sera présenté à la section 3 du document. La présente section vise à décrire les rôles, les responsabilités et les compétences attendues des personnes qui exercent les métiers d'assistance à la personne.

1.1 Principaux rôles et responsabilités

Les personnes qui exercent les métiers d'assistance sont des membres indispensables des équipes : elles sont les témoins et les intervenants faisant partie du quotidien des usagers. Leurs observations relatives à l'usager, à ses proches et à son environnement sont essentielles pour les équipes de travail et les gestionnaires des différents milieux où elles exercent. Elles ont un rôle crucial pour permettre :

- la dispensation des soins et des services indiqués dans les différents plans d'intervention, notamment les soins et services d'assistance personnelle et l'assistance à l'exécution d'exercices de réadaptation;
- l'évaluation des usagers par les professionnels du réseau de la santé et des services sociaux (RSSS) en rapportant leurs observations quotidiennes;
- l'accompagnement des usagers et de leurs proches dans les situations de la vie courante pour répondre à leurs besoins affectifs et occupationnels et contribuer au maintien de leur participation sociale.

Elles ont donc un grand impact sur le quotidien des usagers. Leur proximité avec eux permet d'établir un lien de confiance. Elles sont aussi les intervenants les plus en contact

avec les proches. De plus, étant très présentes, elles ont souvent à intervenir dans des contextes particuliers, comme en situation de crise et en relation d'aide.

Par ailleurs, selon leur milieu de travail, les personnes qui exercent les métiers d'assistance sont amenées à œuvrer avec une clientèle diversifiée présentant différentes problématiques et des besoins particuliers. Cela implique donc qu'elles doivent adapter leur façon d'intervenir en fonction des capacités et des incapacités physiques et mentales des usagers.

Les sections suivantes apportent certaines précisions quant à leur contribution au sein des équipes de travail.

1.2 Soins et services d'assistance personnelle et soins relatifs aux activités de la vie quotidienne (AVQ)

Peu importe les milieux de soins et les milieux de vie dans lesquels elles pratiquent, les personnes qui exercent un métier d'assistance à la personne ont un rôle central dans la prestation des soins et des services d'assistance, notamment en lien avec les AVQ, comme se nourrir, se laver, s'habiller, etc., la mobilité, la communication et les fonctions cognitives. Que ce soit en situation de problèmes de santé physique, cognitive ou mentale, elles ont pour fonctions principales de superviser, de stimuler, d'aider, de soutenir ou d'assister les usagers pour compenser leurs incapacités, maintenir ou retrouver leur autonomie et ainsi préserver leur dignité et leur estime personnelle, tout en favorisant l'accomplissement de leurs rôles sociaux ainsi que leur participation sociale.

Aider, soutenir et assister les usagers, c'est notamment :

- favoriser et stimuler leur autonomie;
- appliquer les mesures d'hygiène et de prévention des infections;
- effectuer des soins d'assistance en lien avec l'hygiène, l'habillement, l'alimentation et l'élimination en tenant compte des particularités de leur condition;
- les aider ou les accompagner dans leurs déplacements;
- appliquer les mesures pour favoriser le confort, le sommeil et le repos.

1.3 Établissement d'une relation de confiance

Pour ce faire, l'établissement d'une relation de confiance entre les personnes qui exercent les métiers d'assistance à la personne et l'usager et ses proches est fondamental à l'exercice de la fonction. La disponibilité, l'écoute, les encouragements et le soutien des

personnes qui exercent les métiers d'assistance à la personne à l'égard de l'usager et de ses proches sont essentiels au bien-être de l'usager, à l'adaptation à sa situation, aux transitions et à son accompagnement.

1.4 Collaboration avec l'équipe soignante et l'équipe interdisciplinaire

Les personnes qui exercent un métier d'assistance à la personne sont des membres à part entière des équipes soignantes et interdisciplinaires. Ces personnes détiennent des informations sur l'état de santé des usagers qui leur permettent d'adapter la façon de donner un soin ou un service en fonction des capacités et des incapacités de l'usager. Elles sont donc tenues de respecter la confidentialité dans l'exercice de leurs fonctions. Leur rôle de collaboration interdisciplinaire consiste notamment à :

- aviser les autres membres de l'équipe soignante de toute observation ou de tout changement en lien avec le comportement, la capacité fonctionnelle, l'état de santé et l'état mental des usagers et leur environnement physique et humain;
- collaborer et participer à l'élaboration et à la mise à jour du plan de soins infirmiers et du plan d'intervention interdisciplinaire;
- connaître et appliquer les particularités de soins selon la condition de l'usager;
- faciliter la transition des usagers lors d'une relocalisation en collaborant avec les personnes responsables de l'accueil et de l'intégration des usagers.

Le rôle d'assistance des usagers dans leurs AVQ, l'établissement de la relation de confiance avec les usagers et leurs proches ainsi que la collaboration avec l'équipe soignante et interdisciplinaire constituent les principaux éléments de la pratique des personnes qui exercent un métier d'assistance à la personne, et ce, peu importe leur milieu de travail. Le lien développé par ces personnes en raison de la proximité et de la fréquence des interventions auprès des usagers est un atout important pour l'équipe interdisciplinaire dont elles font partie.

1.5 Intervention en situation de crise et en situation d'urgence

Les personnes qui exercent un métier d'assistance à la personne sont également des acteurs de premier plan pour assurer une vigilance quant à la sécurité des usagers et des lieux.

Elles peuvent être appelées à intervenir en situation de crise et en situation d'urgence. Selon leur lieu de pratique :

- elles constatent et rapportent les situations de dangerosité ou de maltraitance;

- elles apportent au besoin une aide immédiate pour sécuriser l'usager ou désamorcer la situation de crise;
- elles dispensent les premiers soins, selon le milieu de travail où elles exercent, et elles communiquent avec les services d'urgence le cas échéant.

1.6 Complémentarité des rôles avec les infirmières et les infirmières auxiliaires dans le continuum de soins et notions réglementaires des activités confiées en vertu des articles 39.7 et 39.8 du *Code des professions*

Comme mentionné dans les principaux rôles, la collaboration et la complémentarité entre les personnes qui exercent un métier d'assistance à la personne, les infirmières auxiliaires, les infirmières et les membres de l'équipe interdisciplinaire sont essentielles à l'atteinte des objectifs de soins. Tous ont un rôle déterminé selon leurs connaissances et leurs compétences.

Les personnes qui exercent un métier d'assistance à la personne ont un rôle de proximité avec les usagers et leurs proches. Cette relation privilégiée leur permet d'obtenir les informations pertinentes qui sont prises en considération lors de la détermination du plan d'intervention interdisciplinaire. Par leur connaissance des usagers, elles permettent de documenter tout changement observé dans la condition physique et mentale, le comportement ou l'autonomie des personnes à l'infirmière ou à l'infirmière auxiliaire ou à tout membre de l'équipe interdisciplinaire (ex. : physiothérapeute, ergothérapeute, travailleur social, etc.), le cas échéant. Les observations rapportées permettent notamment à l'infirmière :

- d'évaluer la condition de santé physique et mentale des usagers;
- d'exercer une surveillance clinique et de guider les préposés aux bénéficiaires et les infirmières auxiliaires dans les symptômes à observer et à rapporter;
- de déterminer et d'ajuster le plan thérapeutique infirmier (PTI);
- de demander une évaluation médicale ou interdisciplinaire afin d'ajuster les traitements et les médicaments, le cas échéant.

Elles permettent également aux infirmières auxiliaires de se consacrer notamment à :

- contribuer avec les infirmières aux évaluations de l'état de santé;
- prodiguer des soins et des traitements infirmiers et médicaux;
- administrer des médicaments;
- prodiguer des soins invasifs qui leur sont dévolus par la loi[1].

[1] Code des professions.

Ainsi, par leurs observations, leur écoute et leur lien de proximité avec les usagers et les proches, les personnes qui exercent un métier d'assistance à la personne contribuent notamment à éviter la détérioration d'une condition de santé, des complications et des situations non sécuritaires. Elles occupent donc un rôle complémentaire essentiel dans l'équipe interdisciplinaire. Par exemple, une personne qui exerce un métier d'assistance à la personne peut observer chez l'usager une diminution soudaine de l'autonomie, la présence de douleur, une désorientation spatiale ou temporelle, une difficulté dans les transferts et les déplacements, un changement de l'état mental et du comportement, des activités quotidiennes et sociales ou dans son environnement, etc. Les personnes qui exercent un métier d'assistance à la personne sont également souvent les premières sur les lieux lors d'une situation de chute.

Les personnes qui exercent un métier d'assistance à la personne appliquent également les directives déterminées par les infirmières dans le plan thérapeutique infirmier (PTI) et celles prévues dans le plan de soins infirmiers. Leur rôle permet aussi aux infirmières et aux infirmières auxiliaires de respecter pleinement leur champ d'exercice, comme décrit dans le *Code des professions* et la *Loi sur les infirmières et infirmiers*. Ainsi, tous ont un rôle complémentaire dans leur sphère de compétence. Cette complémentarité permet de déterminer des objectifs de soins communs ciblés selon la condition particulière de l'usager et de contribuer ainsi au maintien de sa condition, au retour de ses capacités et à la prévention de leur détérioration.

1.7 Soins invasifs d'assistance et administration de médicaments par des préposés aux bénéficiaires (PAB) et des auxiliaires aux services de santé et sociaux (ASSS)

Afin d'assurer la continuité de la dispensation des services requis sur une base régulière, certaines activités de soins réglementées par le *Code des professions* ne sont pas réservées à un membre d'un ordre professionnel dans certains milieux et contextes particuliers et selon certaines conditions. Il s'agit des soins invasifs d'assistance aux AVQ qui sont requis sur une base durable et qui sont nécessaires au maintien de la santé, ainsi que l'administration, selon des voies précises, de médicaments prescrits et prêts à être administrés.

Les articles 39.7 et 39.8 du *Code des professions* et le *Règlement sur l'exercice des activités décrites aux articles 39.7 et 39.8 du Code des professions* précisent dans quels milieux, contextes et conditions ces activités peuvent être exercées. Ces milieux et contextes sont les suivants :

- dans le cadre des activités d'une ressource intermédiaire (RI) ou d'une ressource de type familial (RTF);
  - dans le cadre des services de SAD d'un établissement exploitant un centre local de services communautaires (CLSC);
  - pour le compte d'un centre de réadaptation (CR) pour les personnes présentant une déficience intellectuelle;
  - pour le compte d'un CR pour les personnes ayant une déficience physique;
  - dans une résidence privée pour aînés (RPA);
  - dans une école ou un autre milieu de vie substitut temporaire pour enfant.

Ainsi, les ASSS, qui aident les usagers à domicile, et les PAB, qui travaillent dans des CR pour les personnes présentant une déficience intellectuelle ou pour celles présentant une déficience physique, peuvent, s'ils ont reçu la formation, la supervision et l'autorisation d'une infirmière ou d'une infirmière auxiliaire, exercer ces activités. De même, lorsque ces conditions sont respectées, ces activités peuvent également être exercées par :

- la ressource, son remplaçant ou un employé d'une RI-RTF;
- un prestataire externe de services qui agit dans le cadre des services de SAD d'un CLSC;
- un employé engagé de gré à gré pour dispenser des services de SAD d'un CLSC;
- un préposé en RPA;
- un employé d'une école ou d'un autre milieu de vie substitut pour enfants.

Ces activités de soins invasifs d'assistance et l'administration des médicaments peuvent être exécutées par ces personnes seulement lorsqu'une infirmière décide de les confier à la suite d'une évaluation de la condition de santé d'un usager. Il s'agit d'activités de soins que l'usager ne peut faire par lui-même. Par exemple, cela pourrait être l'irrigation d'une stomie, l'aspiration de sécrétions nasales ou des soins de trachéostomie, ou encore l'administration de médicaments par voie orale, nasale, entérale, topique, transdermique, ophtalmique, otique, rectale, vaginale, par inhalation, ou de l'insuline par voie sous-cutanée. Les infirmières et les infirmières auxiliaires sont responsables de s'assurer que les personnes qui exercent un métier d'assistance à la personne qui sont autorisées à pratiquer l'activité possèdent les connaissances et font la démonstration de leur compétence pour exécuter l'activité pour l'usager.

Les PAB qui exercent dans un centre hospitalier (CH), un centre d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) ou dans d'autres milieux et contextes non prévus dans le *Code des professions* ou dans son règlement ne sont pas autorisés à exercer ces activités.

1.8 Compétences et comportements professionnels requis pour exercer les métiers d'assistance à la personne

Afin de pouvoir bien exercer leur rôle et leurs responsabilités, les personnes qui exercent un métier d'assistance à la personne doivent posséder, développer et acquérir des compétences et des comportements professionnels qui leur permettent de dispenser des soins et des services de qualité et sécuritaires aux usagers.

D'abord, les personnes qui exercent un métier d'assistance à la personne doivent posséder, développer et acquérir les **compétences** suivantes :

- **Être à l'écoute des usagers :** afin de bien comprendre les demandes et les besoins des usagers.
- **Avoir un bon sens de l'observation :** afin de détecter certains changements chez un usager (comportement, réactions, humeur, apparence) et décoder son langage non verbal. Le sens de l'observation permet aussi de détecter les dangers environnants pour l'usager et les prévenir.
- **Faire preuve d'empathie :** afin d'être en mesure de se mettre à la place de l'usager pour comprendre ce qu'il vit et ressent par rapport à une situation donnée.
- **Faire preuve de patience :** afin de demeurer calme dans l'exercice des fonctions pour offrir un service de qualité à l'usager.
- **Avoir un esprit d'équipe :** afin de pouvoir collaborer avec ses collègues et l'équipe interdisciplinaire pour le bien-être et la sécurité de tous.

À ces compétences s'ajoutent les **comportements professionnels attendus**. Ceux-ci sont définis dans le programme d'étude du diplôme d'études professionnelles en assistance à la personne en établissement et à domicile[2]. Ils se déclinent comme suit :

- **Respect de la personne :** capacité à entrer en relation avec les usagers en considérant le fait que toute personne a droit à un respect inconditionnel, quels que soient son âge, son sexe, sa santé physique ou mentale, ses croyances, ses valeurs, sa condition sociale ou son origine ethnique. Il s'agit du respect de la dignité humaine. De façon plus particulière, c'est aussi la capacité à accomplir ses tâches en respectant la personne dans sa globalité, son intimité et son autonomie décisionnelle et fonctionnelle.

[2] MEES, Programme d'études professionnelles en assistance à la personne en établissement et à domicile, 2017, p. 13.

- **Sens des responsabilités :** capacité à accomplir son rôle et ses tâches avec autonomie et efficacité en offrant un service de qualité, en collaboration avec l'équipe, et en prenant soin de signaler les anomalies avec honnêteté. Le sens des responsabilités implique également de résoudre des problèmes en faisant preuve d'un bon jugement, conformément au cadre légal ainsi qu'aux protocoles et aux politiques de son milieu de travail. Le bon jugement est particulièrement important dans cette profession, puisque de la négligence ou de mauvaises décisions peuvent entraîner des conséquences risquant de porter préjudice à la personne.
- **Confidentialité et discrétion :** capacité de ne discuter de l'état de santé des usagers qu'avec l'équipe de travail et à ne communiquer qu'à cette dernière les renseignements personnels pertinents ainsi que les observations ou les faits notés. C'est aussi la capacité de faire preuve de discrétion par rapport à sa vie personnelle et à celle des usagers.
- **Décorum :** capacité à respecter les règles et les conventions de la profession ou des milieux de travail en ce qui a trait à la tenue professionnelle, au langage et aux propos.
- **Santé et sécurité pour soi et les usagers :** capacité à demeurer vigilant à l'égard de l'état de santé physique et psychique des usagers ainsi que de la sécurité des lieux où ils se trouvent, des risques de contagion auxquels ils sont exposés et de leurs déplacements. C'est aussi la capacité à préserver sa santé comme travailleuse et travailleur en étant attentif à ses limites physiques et mentales, en canalisant ses émotions ainsi que son stress pour agir avec sang-froid et en observant les règles en matière de santé et de sécurité du travail.
- **Autodéveloppement :** capacité à faire des retours réflexifs honnêtes sur ses interventions et ses comportements, durant sa formation, puis tout au long de sa carrière. Cette capacité sert principalement à maintenir son équilibre physique et émotionnel, à s'adapter à diverses situations et à demander du soutien, le cas échéant.
- **Situations à caractère éthique :** situations allant à l'encontre des valeurs et des règles de conduite propres au domaine, décrites dans les différents codes d'éthique de la profession et des milieux de travail

2. Portrait des milieux de travail et des milieux où sont dispensés les services

Les personnes qui exercent des métiers d'assistance à la personne peuvent travailler dans différents milieux. Cette section vise à présenter ces milieux où sont dispensés les services à la population.

2.1 Centre hospitalier

En vertu des articles 81 et 85 de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* (LSSSS), la mission d'un centre hospitalier est d'offrir des services diagnostiques et des soins médicaux généraux et spécialisés. Il existe deux classes de centre hospitalier, soit :

- centre hospitalier de soins généraux et spécialisés (CHSGS);
- centre hospitalier de soins psychiatriques (CHPSY).

En centre hospitalier, les préposés aux bénéficiaires peuvent travailler dans des secteurs diversifiés. On peut notamment les retrouver dans les unités :

- d'urgences;
- de soins intensifs et intermédiaires;
- de médecine et de chirurgie;
- de psychiatrie;
- de pédiatrie;
- d'obstétrique;
- de traumatologie;
- de courte durée gériatrique;
- de soins ambulatoires et de médecine de jour;
- en soins palliatifs et de fin de vie.

Par ailleurs, les PAB sont appelés à travailler dans un contexte de court séjour, ce qui implique qu'ils doivent donc composer avec plusieurs arrivées et départs d'usagers dans un même quart de travail.

2.2 Centre d'hébergement et de soins de longue durée

Un CHSLD a pour mission d'offrir de façon temporaire ou permanente un milieu de vie substitut, des services d'hébergement, d'assistance, de soutien et de surveillance ainsi que des services de réadaptation, psychosociaux, infirmiers, pharmaceutiques et

médicaux aux adultes qui, en raison de leur perte d'autonomie fonctionnelle ou psychosociale, ne peuvent demeurer dans leur milieu de vie naturel, malgré le soutien de leurs proches. Ces établissements assurent le suivi médical sur place, la gestion des médicaments, les soins d'hygiène et d'assistance, les soins et services spécialisés (ergothérapie, physiothérapie, travail social, etc.) et proposent également aux résidents plusieurs activités et loisirs.

En CHSLD, les PAB interviennent principalement auprès des usagers en perte d'autonomie, mais également auprès des usagers en soins palliatifs et de fin de vie. Cette perte d'autonomie est principalement liée à :

- des troubles neurocognitifs majeurs;
- des maladies chroniques;
- des problèmes de santé mentale;
- des déficiences physiques et intellectuelles.

Il s'agit d'un contexte de pratique de soins de longue durée qui fait davantage référence à un milieu de vie qu'à un milieu de soins, contrairement à la pratique en centre hospitalier. L'accompagnement des usagers tient compte de leur histoire de vie et de leurs habitudes de vie afin de recréer le plus possible l'environnement du domicile de la personne.

Il existe trois types de CHSLD : **public, privé conventionné et privé (non conventionné).**

- Les CHSLD publics et privés conventionnés ont le même mécanisme d'accès pour l'admission des usagers. Ils accueillent le même type d'usagers en grande perte d'autonomie selon les balises à l'admission en CHSLD publiées par le MSSS en 2013.

- Le MSSS finance les CHSLD publics et privés conventionnés. Leurs modalités de financement diffèrent : à budget pour les CHSLD publics et selon les Règles générales relatives au financement des activités des établissements privés conventionnés pour les CHSLD privés conventionnés. La contribution des adultes hébergés est identique. Dans les deux cas, la personne morale doit détenir un permis délivré par le ministre de la Santé et des Services sociaux l'autorisant à gérer un nombre de places prédéterminées. Alors que les CHSLD publics sont gérés par le réseau de la santé et des services sociaux, les CHSLD privés conventionnés sont dirigés par des partenaires privés (à but lucratif).

- Un CHSLD privé non conventionné, quant à lui, est indépendant et autonome. Il peut dicter ses propres critères d'admission et de fonctionnement, sauf en ce qui concerne les contrats pour les achats de services d'hébergement et de soins de longue durée effectués par un établissement public. Il doit cependant répondre à des normes et détenir un permis délivré par le ministre pour fonctionner et accepter des personnes en perte d'autonomie. Il faut également noter que les conditions de travail dans un CHSLD privé non conventionné ne sont pas celles du RSSS.

Balises d'admission en CHSLD

- Depuis la diffusion des balises à l'admission en CHSLD en février 2013, la très grande majorité des admissions en CHSLD doit être réservée aux personnes qui présentent des profils Iso-SMAF[3] allant de 10 à 14. Ces profils sont des balises qui permettent aux intervenants du réseau de diriger adéquatement les personnes en fonction de leurs besoins. Toutefois, plusieurs personnes présentant un profil Iso-SMAF 10-14 demeurent à domicile avec le soutien de leurs proches et du réseau de la santé et des services sociaux. Les profils Iso-SMAF sont des outils d'aide à la décision. Ils ont pour finalité de soutenir le jugement clinique, et non d'en tenir lieu. La mise à profit des connaissances et de l'expérience des intervenants demeure essentielle dans le processus décisionnel menant à l'orientation ou non d'une personne aînée en CHSLD. Le fait d'avoir un profil Iso-SMAF reconnu comme admissible pour l'hébergement ne constitue pas à lui seul une condition pour héberger une personne. L'équation pour soutenir la décision doit toujours être : admissibilité et besoin.

- Depuis 2009, les profils Iso-SMAF remplacent les heures-soins comme outil de soutien à l'évaluation et à l'orientation des usagers. Au nombre de 14, ces profils sont des regroupements d'usagers qui présentent des similitudes sur le plan de leurs atteintes et de leurs limitations fonctionnelles.

- Pour bien évaluer l'admissibilité à l'hébergement, la réflexion clinique est établie à partir de l'évaluation des composantes biopsychosociales de l'usager. Dans ce cas, l'outil d'évaluation multiclientèle (OEMC), le profil Iso-SMAF et le plan d'intervention sont des outils essentiels pour soutenir la décision. L'opinion de l'usager et de ses

[3] Un document présentant les profils Iso-SMAF peut être consulté en annexe.

proches est également un incontournable pour appuyer la décision d'amorcer un processus d'hébergement.

2.3 Centre de réadaptation

La mission d'un centre de réadaptation en déficience physique (CRDP) et d'un centre de réadaptation en déficience intellectuelle et trouble envahissant du développement[4] (CRDITED) est d'offrir des services d'adaptation ou de réadaptation et d'intégration sociale à des personnes qui, en raison de leur déficience physique ou intellectuelle, ont besoin de tels services. Le centre de réadaptation offre également des services d'accompagnement et de soutien à l'entourage de ces personnes.

Dans les centres de réadaptation, la fonction d'assistance s'exerce principalement auprès d'usagers présentant une déficience physique, une déficience intellectuelle ou un trouble du spectre de l'autisme. Selon les besoins de l'usager et de ses proches, ces services peuvent être dispensés dans l'établissement ou à l'extérieur de celui-ci, alors que la personne occupe un lit de réadaptation ou qu'elle demeure chez elle. La durée des épisodes de services est variable selon les besoins de l'usager, sa condition de même que des progrès qu'il réalise dans le cadre des objectifs fixés dans son plan d'intervention individualisé.

2.4 Soutien à domicile offert par le réseau de la santé et des services sociaux

D'emblée, il y a lieu de préciser que, contrairement aux autres milieux, le SAD n'est pas un milieu de travail, mais une manière de répondre aux besoins des usagers, notamment par la dispensation des services requis dans le milieu de vie de l'usager, dans l'intimité de son logis. Ce faisant, le milieu où les services de SAD sont rendus peut présenter des particularités ou des contextes physiques, humains, culturels, etc., tous plus différents les uns que les autres. L'environnement n'y est pas contrôlé comme dans un établissement de santé et de services sociaux.

Les services de SAD relèvent des établissements de santé et de services sociaux du RSSS ayant la mission de CLSC. Ces derniers ont la responsabilité de recevoir toute personne qui nécessite ses services et d'évaluer ses besoins. Ils ont également la responsabilité de dispenser eux-mêmes les services de santé ou les services sociaux requis ou, pour certains

[4] CRDITED demeure l'appellation prévue par la LSSSS malgré l'évolution clinique de la reconnaissance du trouble du spectre de l'autisme.

services et selon certaines conditions, de les faire dispenser par un prestataire de services externe, tel qu'une entreprise d'économie sociale en aide à domicile (EÉSAD), une entreprise privée ou un organisme communautaire. Les services de SAD peuvent aussi être rendus par un travailleur engagé de gré à gré par l'usager grâce à l'allocation directe ou au chèque emploi-service (AD/CES). Les principaux usagers auprès de qui les ASSS travaillent sont les suivants :

- Les personnes âgées en perte d'autonomie;
- Les personnes présentant des troubles de santé mentale;
- Les personnes présentant une déficience physique;
- Les personnes présentant une déficience intellectuelle;
- Les personnes présentant un trouble du spectre de l'autisme;
- Les personnes recevant des soins palliatifs et de fin de vie;
- Les personnes souffrant de maladies chroniques ou d'autres problèmes de santé physique.

Les établissements de santé et de services sociaux doivent effectuer une démarche clinique, en collaboration avec l'usager et ses proches, au centre de laquelle se trouve une évaluation de la situation et des besoins de l'usager. Suivant cette évaluation, une planification des services à mettre en place est faite pour répondre à ses besoins. Toujours en collaboration avec l'usager et ses proches, le choix du ou des prestataires de services est effectué en assurant une prise en compte de sa situation, de sa sécurité et de celle de l'intervenant, ainsi que de l'expertise et de l'encadrement requis selon le type de soins et de services à fournir.

Les services de SAD peuvent être offerts à toute personne dans une maison individuelle, un logement, une résidence collective ou une résidence privée. Ils peuvent également être offerts en périphérie du domicile, par exemple en centre de jour, dans un lieu d'activités de jour socioprofessionnelles et communautaires.

Les personnes qui demeurent ou séjournent dans un établissement public (centre hospitalier, centre de réadaptation, CHSLD public) ou un CHSLD privé ou privé conventionné ne sont pas admissibles au SAD puisqu'elles reçoivent déjà des services de ces établissements.

2.5 Ressource intermédiaire et ressource de type familial

En vertu de l'article 302 de la LSSSS, constitue une ressource intermédiaire toute ressource exploitée par une personne physique comme travailleur autonome ou par une personne morale ou une société de personnes et qui est reconnue par une agence pour participer au maintien ou à l'intégration dans la communauté d'usagers par ailleurs inscrits aux services d'un établissement public en leur procurant un milieu de vie adapté à leurs besoins et en leur dispensant des services de soutien ou d'assistance requis par leur condition.

L'article 312 de la LSSSS définit les ressources de type familial comme suit : « Peuvent être reconnues à titre de famille d'accueil, une ou deux personnes qui accueillent à leur lieu principal de résidence au maximum neuf enfants en difficulté qui leur sont confiés par un établissement public afin de répondre à leurs besoins et leur offrir des conditions de vie favorisant une relation de type parental dans un contexte familial.

Peuvent de plus être reconnues à titre de famille d'accueil, comme famille d'accueil de proximité, une ou deux personnes qui ont fait l'objet d'une évaluation par un établissement public en application des articles 305 et 314, après s'être vu confier, en vertu de la *Loi sur la protection de la jeunesse* (chapitre P-34.1), un enfant nommément désigné pour une durée déterminée. Dans le cadre de son évaluation, l'établissement prend notamment en considération le lien significatif qu'a l'enfant avec cette ou ces personnes.

Peuvent être reconnues à titre de résidence d'accueil, une ou deux personnes qui accueillent à leur lieu principal de résidence au maximum neuf adultes ou personnes âgées qui leur sont confiés par un établissement public afin de répondre à leurs besoins et leur offrir des conditions de vie se rapprochant le plus possible de celles d'un milieu naturel. »

Les usagers qui sont confiés à ces ressources sont dans l'impossibilité de demeurer dans leur milieu de vie actuel de façon sécuritaire, et ce, même si des services à domicile y sont ajoutés. Il s'agit de personnes nécessitant des services de soutien ou d'assistance pour effectuer leurs activités quotidiennes. Dans le cas des personnes âgées, la perte d'autonomie et leurs incapacités sont moins importantes que celles des usagers en CHSLD. En effet, elles présenteront généralement un profil Iso-SMAF entre 6 et 12 (peut différer selon le jugement clinique porté sur l'ensemble de la situation de la personne).

Ainsi, les usagers qui se trouvent en RI-RTF sont notamment les suivants :

- Les personnes âgées en perte d'autonomie ou ayant des incapacités persistantes en raison de problèmes de santé ou de maladies chroniques;
- Les personnes présentant des déficiences physiques entraînant des incapacités;
- Les personnes présentant une déficience intellectuelle ou un trouble du spectre de l'autisme;
- Les personnes présentant un problème de santé mentale les empêchant de vivre par leurs propres moyens dans la communauté;
- Les jeunes ayant des difficultés d'adaptation (ex. : en raison de l'incapacité de leurs parents à prendre soin d'eux).

Le milieu des RI-RTF vise à reproduire le plus possible les milieux de vie naturels des usagers qui y sont confiés et consiste à assister, à soutenir et à accompagner les usagers dans l'accomplissement de leurs activités quotidiennes en tenant compte de leur condition de santé et de leurs incapacités, et ce, tout en les aidant à préserver leur niveau d'autonomie et leur dignité. Dans ce milieu, les personnes qui exercent un métier d'assistance à la personne sont également appelées à administrer de la médication ou à procéder à des soins invasifs à la suite d'une formation spécifique, d'une supervision et d'une autorisation par un professionnel tel qu'une infirmière ou une infirmière auxiliaire.

Les ressources intermédiaires et les ressources de type familial constituent une solution de rechange à l'hébergement en établissement de santé et de services sociaux public en offrant une réponse adaptée aux besoins de divers usagers (jeunes en difficulté, SAPA, déficience intellectuelle, déficience physique, trouble du spectre de l'autisme, santé mentale). Elles s'inscrivent dans le continuum de services entre le milieu naturel et l'hébergement en établissement de santé et de services sociaux. Au 31 mars 2019, le réseau de la santé et des services sociaux peut compter sur 8 615 ressources visées par la *Loi sur la représentation des ressources de type familial et de certaines ressources intermédiaires et sur le régime de négociation d'une entente collective les concernant* (LRR), qui assurent la disponibilité de 22 459 places, et 1 037 ressources non visées par la LRR, qui assurent la disponibilité de 15 888 places.

Le financement des RI-RTF provient du MSSS et tient compte des modes de rétribution prévus dans la *Loi sur la représentation des ressources* (LRR) (chapitre C-24.0.2) et de la rétribution négociée dans les ententes collectives ou nationales.

2.6 Résidence privée pour aînés (RPA)

La notion de « résidence privée pour aînés » est encadrée par l'article 9 du *Règlement sur la certification des résidences privées pour aînés*. Elle est une appellation réservée. En résumé, l'article mentionne que nul ne pourra exploiter un immeuble d'habitation collective sous un nom incluant les mots « résidence privée pour aînés » ou autrement le laisser croire s'il n'est pas titulaire d'une attestation temporaire ou d'un certificat de conformité.

Les RPA offrent des chambres ou des logements majoritairement pour les personnes âgées de 65 ans et plus. Elles peuvent s'adresser à des usagers autonomes ou semi-autonomes. Ce sont dans les RPA semi-autonomes que se trouvent les préposés en RPA dispensant des soins et des services d'assistance aux personnes âgées en perte d'autonomie, notamment dans l'accomplissement de leurs AVQ. Dans ce milieu, les préposés peuvent également être appelés à administrer de la médication ou à prodiguer des soins invasifs d'assistance. Ces dernières activités peuvent être exercées uniquement selon certaines conditions, notamment à la suite d'une formation spécifique, d'une supervision lors du premier exercice et d'une autorisation par un professionnel, tel qu'une infirmière ou une infirmière auxiliaire.

Une unité locative d'une RPA est le domicile de la personne qui en est locataire. On peut trouver dans certaines RPA des unités spécifiques pour des personnes qui ont besoin d'un accompagnement et d'une assistance continus. Les besoins de ces personnes sont donc très variables selon le niveau de perte d'autonomie et la condition physique et mentale des personnes.

La définition légale d'une RPA est établie à l'article 346.0.1 de la LSSSS. Ainsi, pour pouvoir s'appeler « résidence privée pour aînés », une résidence doit être certifiée et correspondre à la définition suivante :

« Est une résidence privée pour aînés tout ou partie d'un immeuble d'habitation collective occupé ou destiné à être occupé principalement par des personnes âgées de 65 ans et plus et où sont offerts par l'exploitant de la résidence, outre la location de chambres ou de logements, différents services compris dans au moins deux des catégories de services suivantes, définies par règlement : services de repas, services d'assistance personnelle, soins infirmiers, services d'aide domestique, services de sécurité ou services de loisirs. » Toute habitation qui se qualifie en fonction de cette définition est automatiquement

considérée par le MSSS comme une RPA et doit conséquemment obtenir un certificat de conformité.

Également, le dernier alinéa de l'article 1 du Règlement mentionne que « les résidences de catégories 1 et 2 sont des résidences dont les services sont destinés à des personnes âgées autonomes et celles des catégories 3 et 4 sont des résidences dont les services sont destinés à des personnes âgées semi-autonomes au sens du quatrième alinéa de l'article 346.0.1 de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux*. Ce sont d'ailleurs dans les RPA de catégories 3 et 4, où la clientèle est semi-autonome, que les préposés aux résidents œuvrent majoritairement.

Toute activité effectuée par une RPA doit respecter le Règlement. La certification est délivrée par le centre intégré de santé et de services sociaux (CISSS) ou le centre intégré universitaire de santé et de services sociaux (CIUSSS) de la région où la RPA est exploitée. Le CISSS ou CIUSSS s'assure que les RPA du territoire dont il a la responsabilité respectent le Règlement en vue de garantir un milieu de vie de qualité, sécuritaire et conforme aux critères et aux normes en vigueur.

2.7 Prestataires externes de services d'aide à domicile

Ces prestataires externes sont principalement des organismes d'aide à domicile qui, comme activité première, offre des services d'aide à domicile, notamment des services d'aide aux activités de la vie domestique et des services d'assistance personnelle. Il peut s'agir d'une entreprise d'économie sociale en aide à domicile (EÉSAD), d'une entreprise privée de services ou d'un organisme communautaire.

Ces organismes peuvent agir comme prestataires de services dans le cadre des services de SAD d'un établissement ayant la mission de CLSC.

2.7.1 Entreprise d'économie sociale en aide à domicile

Exploitée à des fins non lucratives, une EÉSAD est soit une coopérative ou un organisme à but non lucratif (OBNL) qui a pour mission première :

- d'offrir des services à domicile répondant aux besoins de la communauté à laquelle elle appartient, peu importe le lieu de résidence de la personne qui requiert ces services;
- de créer et d'offrir des emplois de qualité à la population de son territoire;

- d'accueillir de façon universelle des usagers qui proviennent de tous les milieux, de toutes les classes d'âge et de toutes les conditions sociales.

Les EÉSAD ont été créées par et pour les collectivités. Elles favorisent ainsi la prise en charge et la responsabilisation citoyennes en donnant aux membres d'une communauté le pouvoir d'agir sur leur bien-être. Elles sont des partenaires du RSSS et elles contribuent au maintien à domicile des personnes et de leurs proches. Les EÉSAD sont les entreprises reconnues par le MSSS comme fournisseurs de services dans le cadre du programme d'exonération financière pour les services d'aide domestique (PEFSAD) géré par la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ). Le PEFSAD poursuit les objectifs suivants : structurer l'offre de services en aide domestique, soutenir financièrement la demande des personnes âgées en perte d'autonomie et lutter contre le travail au noir.

Toutes les EÉSAD offrent des services d'aide domestique, de plus en plus fournissent des services d'assistance personnelle, tels que de l'aide à l'hygiène, à l'habillement, à l'alimentation, etc., et certaines offrent des services de répit et de présence-surveillance.

On dénombre 101 EÉSAD reconnues, établies dans 16 régions sociosanitaires, employant plus de 9 400 personnes, dont plus de 8 700 préposés d'aide à domicile[5].

[5] Selon les données du *Diagnostic des besoins de main-d'œuvre 2018*, produit par le Comité sectoriel de main-d'œuvre de l'économie sociale et de l'action communautaire.

3. Définition des titres d'emploi utilisés dans les métiers d'assistance à la personne

Comme mentionné précédemment, les personnes qui pratiquent un métier d'assistance à la personne portent un titre d'emploi différent selon le milieu dans lequel elles exercent leurs fonctions. Bien que chacune d'elles ait un rôle, des tâches et des responsabilités similaires, il est important de les définir afin de faciliter la compréhension du lecteur quant aux différentes appellations des métiers d'assistance à la personne.

3.1 Réseau de la santé et des services sociaux

Préposé aux bénéficiaires

Au sein du RSSS, le titre d'emploi de **préposé aux bénéficiaires** se trouve notamment dans le type d'installations suivantes :

- Centres hospitaliers;
- Centres d'hébergement et de soins de longue durée;
- Établissements privés conventionnés;
- Centres de réadaptation.

Le titre d'emploi est défini dans la nomenclature des titres d'emploi, des libellés, des taux et des échelles de salaire du réseau de la santé et des services sociaux (Nomenclature). Le libellé du titre d'emploi, disponible sur le site du CPNSSS, se lit comme suit :

« Personne qui a pour fonction l'hygiène, le bien-être et la surveillance des usagers. Elle voit au confort, aux besoins généraux, à l'occupation de ceux-ci, et ce, dans un environnement sécuritaire. Elle les aide dans leurs déplacements, effectue leur transport et peut les accompagner à l'extérieur de l'établissement.

Elle donne aux usagers des soins de base et communique à l'équipe soignante des informations relatives à l'état de santé et au comportement des usagers.

Elle peut être appelée à faire l'installation de certains appareils pour lesquels elle est formée. Elle s'assure de la disponibilité, de l'entretien et du bon fonctionnement de l'équipement et du matériel. Elle effectue le transport du matériel, des prélèvements et des dossiers. » (CPNSSS, 2019)

Auxiliaire aux services de santé et sociaux

Au sein du RSSS, le titre d'**auxiliaire aux services de santé et sociaux** se trouve notamment dans les services de SAD du RSSS.

La Nomenclature définit le titre d'emploi comme suit :

« Personne qui, dans un domicile, une résidence, un foyer de groupe ou un milieu de même nature, assume un ensemble de tâches ayant pour but d'accompagner ou de soutenir l'usager et sa famille ou de suppléer à ses incapacités dans l'accomplissement de ses activités de la vie quotidienne ou de la vie domestique. Elle voit également à favoriser l'intégration et la socialisation de l'usager dans des activités individuelles et communautaires.

Dans le cadre de ses fonctions, elle voit à l'hygiène, au bien-être, au confort, à la surveillance et aux besoins généraux des usagers. Elle est appelée à faire l'installation de certains appareils ou à donner certains soins plus particuliers pour lesquels elle a été formée. Elle est appelée à préparer des repas ou à effectuer des travaux domestiques.

Elle renseigne les responsables et les membres de l'équipe avec ses observations sur les besoins de l'usager et de sa famille. En collaboration avec les autres intervenants, elle participe à l'identification des besoins de l'usager ainsi qu'à l'élaboration du plan de service ou d'intervention et à la réalisation de celui-ci. » (CPNSSS, 2019)

3.2 Ressource intermédiaire et ressource de type familial

Aucune orientation ministérielle n'édicte un titre d'emploi pour offrir des services de soutien ou d'assistance au sein d'une RI-RTF (hormis lors de l'octroi de la mesure de la reconnaissance d'exigences particulières par l'établissement de santé et de services sociaux à une RI jeunesse).

Les RI peuvent embaucher du personnel (aucune qualification exigée) afin d'offrir les services de soutien ou d'assistance requis par les usagers.

Une RTF peut s'adjoindre un remplaçant compétent (ayant reçu la formation RCR et secourisme général) lorsqu'elle doit s'absenter.

3.3 Résidence privée pour aînés

Les personnes qui offrent des services d'assistance personnelle décrits à l'article 2 du *Règlement sur la certification des résidences privées pour aînés* au sein d'une RPA portent le titre de **préposé en RPA**. L'article 27 du *Règlement sur la certification des résidences privées pour aînés* en précise la définition : « Aux fins du présent règlement, est un préposé toute personne, y compris l'exploitant le cas échéant, qui, par ses fonctions dans la résidence, dispense des services d'assistance personnelle ou des soins invasifs d'assistance aux activités de la vie quotidienne, à l'exception de tout membre d'un ordre professionnel du domaine de la santé. »

3.4 Entreprise d'économie sociale en aide à domicile

Les personnes qui travaillent au sein des EÉSAD et qui effectuent des services d'assistance personnelle portent le titre de **préposé d'aide à domicile**. Elles effectuent des tâches liées aux services d'assistance personnelle telles que : l'aide au bain, au lever et au coucher, à l'habillement ainsi qu'à l'alimentation. Elles peuvent également prodiguer des activités de soins non réglementées telles que distribuer des médicaments, procéder à la lecture de certains paramètres ou procéder à l'installation de certains appareils. De plus, elles peuvent effectuer les activités réglementées décrites aux articles 39.7 et 39.8 du *Code des professions*, telles que l'administration des médicaments, en conformité avec la règle de soins infirmiers de l'établissement de santé et de services sociaux pour lequel elles dispensent des services.

4. Formations liées aux divers titres d'emploi utilisés dans les métiers d'assistance à la personne

Pour occuper un métier d'assistance à la personne, la formation préalable varie selon le milieu de travail et le titre d'emploi associé. Cette section vise à présenter brièvement les différentes formations.

4.1 Préposés aux bénéficiaires et auxiliaires aux services de santé et sociaux

La formation à suivre pour obtenir le titre de préposé aux bénéficiaires ou le titre d'auxiliaire aux services de santé et sociaux est le diplôme d'études professionnelles en assistance à la personne en établissement ou à domicile (APED; DEP 5358). Cette formation est offerte par les centres de formation professionnelle des commissions scolaires dans la majorité des régions du Québec.

Le DEP est d'une durée de 870 heures et il comporte quinze (15) compétences que les apprenants doivent développer pendant la formation.

Il est à noter qu'on ne trouve pas d'exigences de formation initiale dans la Nomenclature. À cet effet, chaque établissement de santé et de services sociaux peut déterminer les exigences d'entrée pour les titres d'emploi de préposé aux bénéficiaires et d'auxiliaire aux services de santé et sociaux. Le MSSS encourage fortement le DEP APED comme exigence minimale pour accéder à ces titres d'emploi, et la quasi-totalité des établissements de santé et de services sociaux appliquent cette recommandation.

Étant donné que la mesure 2 du plan d'action est consacrée à ce programme de formation, les détails le concernant y seront exposés dans cette portion du document.

4.2 Préposés en résidence privée pour aînés

Les articles 28 et 29 du *Règlement sur la certification des résidences privées pour aînés* prévoient les exigences pour travailler à titre de préposé en RPA. Outre les attestations de réussite délivrées par les organismes autorisés portant sur la réanimation cardiorespiratoire, le secourisme général ainsi que les principes de déplacement sécuritaire des personnes, et dont le titulaire doit s'assurer de maintenir à jour, tout préposé doit : 1) être titulaire du DEP en assistance à la personne en établissement ou à domicile (DEP 5358); 2) avoir suivi et réussi la formation de préposé en RPA (AEP AP-RPA, AEP 4244); 3) avoir complété un nombre de cours équivalant à une année d'études à temps complet dans un programme d'études conduisant au titre d'infirmière ou d'infirmière auxiliaire; ou 4) posséder une expérience équivalant à trois années ou plus de pratique à temps complet dans l'exercice d'activités d'assistance dans un contexte d'intervention directe à la personne, acquise au cours des 60 derniers mois et obtenue à titre de préposé aux bénéficiaires, de préposé en RPA, d'employé d'un RI ou de responsable d'une RTF, d'auxiliaire familial et social ou d'auxiliaire des services à domicile d'un établissement exploitant un centre local de services communautaires ou un centre de réadaptation, ou d'une entreprise d'économie sociale.

La section qui suit vise à présenter sommairement l'attestation d'études professionnelles en assistance à la personne en résidence privée pour aînés (AEP 4244).

L'AEP en assistance à la personne en résidence privée pour aînés est un programme de formation de 180 heures créé par le ministère de l'Éducation et de l'Enseignement supérieur (MEES), en collaboration avec les partenaires du milieu de la santé et des

services sociaux, dans le but de former des préposés en RPA compétents pour offrir des soins et des services de qualité et sécuritaires aux résidents.

Le programme comporte sept (7) compétences qui se déclinent comme suit :

Tableau 1 : AEP en assistance à la personne en résidence privée pour aînés

Nº	Compétences	Heures
1	Se situer au regard de l'exercice du métier de préposé en résidence privée pour aînés	15
2	Prévenir les infections et la contamination	30
3	Dispenser les premiers secours	30
4	Prodiguer des services d'assistance personnelle de base liés aux activités de la vie quotidienne	45
5	Adapter son approche à la personne aînée présentant des déficits cognitifs, intellectuels ou des troubles de santé mentale	15
6	Effectuer des activités non réglementées liées aux activités de la vie quotidienne	30
7	Considérer des règles et des procédures au regard de l'administration de médicaments et de soins invasifs d'assistance	15

En vertu du *Règlement sur la certification des résidences privées pour aînés*, un préposé en RPA doit, au plus tard un an après son entrée en fonction, obtenir l'AEP ou répondre aux autres exigences mentionnées précédemment.

4.3 RI-RTF

Aucune formation n'est minimalement exigée pour être responsable d'une RI-RTF ni pour y travailler. Toutefois, la ressource doit respecter les conditions suivantes :

- Maintenir un niveau adéquat de compétence est une responsabilité de la ressource, comme cela est décrit dans les ententes collectives ou nationales. Ce principe repose sur une appropriation de nouvelles connaissances afin de favoriser le développement du savoir-être et du savoir-faire de la ressource et a pour finalité tant le maintien et l'amélioration de la qualité des services aux usagers que la protection de la ressource à l'égard des risques inhérents présents dans sa prestation de services.

- Atteindre et maintenir un niveau adéquat de compétence en réponse aux besoins des usagers. Ainsi, elle participe aux activités de formation continue ou de perfectionnement mis en œuvre par les comités locaux de formation. Ces derniers

planifient les activités de formation en cohérence avec les orientations du comité national de concertation, sauf pour les RI adultes non visées par la LRR.

4.4 Préposés d'aide à domicile des organismes d'aide à domicile

En vertu de l'article 101 de la LSSSS, les établissements de santé et de services sociaux sont responsables de dispenser ou de faire dispenser les soins et les services requis. Ils sont aussi responsables d'assurer la prestation de soins et de services de qualité, continus, accessibles, sécuritaires et respectueux des droits des personnes (article 100) lorsqu'ils dispensent les services eux-mêmes ou par l'entremise d'un prestataire externe. Ainsi, pour offrir des services d'assistance personnelle pour le compte d'un établissement, un organisme d'aide à domicile, tel qu'une EÉSAD, doit conclure une entente de collaboration avec l'établissement concerné. Cette entente doit notamment prévoir que l'organisme est responsable de s'assurer que ses préposés d'aide à domicile ont les compétences requises pour dispenser les services pour lesquels l'entente est convenue.

Afin d'assurer la formation d'un bassin de préposés d'aide à domicile, le Programme de développement des compétences sur les services d'assistance personnelle à domicile a été créé.

Ce programme est issu d'un partenariat entre le MSSS, le Réseau de coopération des EÉSAD, d'une commission scolaire ainsi que du ministère du Travail, de l'Emploi et de la Solidarité sociale (MTESS) et du ministère de l'Économie et de l'Innovation (MEI) pour la portion liée au financement de la formation. Cette formation a été mise en place afin d'assurer la qualité et la sécurité des services offerts par les prestataires hors établissement.

Le Programme de développement des compétences sur les services d'assistance personnelle à domicile est d'une durée de 134 heures. Il est composé de huit (8) compétences que les futurs préposés d'aide à domicile doivent réussir pour assurer la dispensation de services d'assistance personnelle de qualité et sécuritaires dans le cadre des services de SAD d'un CLSC. Les compétences de ce programme se déclinent comme suit :

Tableau 2 : Programme de développement des compétences sur les services d'assistance personnelle à domicile

N°	Compétences	Heures
1	Adopter un comportement éthique et professionnel	18
2	Utiliser des stratégies de communication efficace pour établir et maintenir la relation	9
3	Prévenir les infections et la contamination	10,5
4	Offrir des services d'assistance de base	27
5	Offrir des services d'assistance personnelle non réglementés	21,5
6	Administrer des médicaments	18
7	Adapter la façon de donner le service aux capacités et aux incapacités de l'usager	18
8	Adapter la façon de donner le service au contexte psychosocial de l'usager	12

5. Données sur la main-d'œuvre de préposés aux bénéficiaires et d'auxiliaires aux services de santé et sociaux du réseau de la santé et des services sociaux

Cette section présente les données sur la main-d'œuvre constituée de préposés aux bénéficiaires et d'auxiliaires aux services de santé et sociaux du réseau de la santé et des services sociaux. Les données ci-après sont en date du 31 mars 2019. La plupart des données proviennent de la banque de données annuelle de paie (R25) du MSSS. Les données sur la main-d'œuvre indépendante (MOI) sont issues des rapports financiers annuels AS471 des établissements de santé et de services sociaux et les données sur les équivalents temps complet (ETC) par programme ou centre d'activité proviennent de la banque de données de paie (R22) du MSSS.

Les données de main-d'œuvre présentées ne comprennent pas les RPA, les RI-RTF ainsi que les autres partenaires de SAD (privés, EÉSAD).

5.1 Effectif en place

En date du 31 mars 2019, le RSSS pouvait compter sur un effectif de 41 563 PAB. L'évolution moyenne sur 5 ans représente une croissance relative de 0,85 % par an.

À la même date, le RSSS pouvait compter sur un effectif de 6 189 ASSS. Le nombre demeure relativement stable autour de 6 200 depuis quelques années.

5.2 Démographie

La répartition des PAB se présente de la manière suivante : 29 % ont moins de 35 ans, 37 % ont de 35 à 49 ans et 34 % ont 50 ans ou plus. Près de 20 % des PAB ont déjà atteint l'âge d'admissibilité à une rente de retraite de 55 ans, ce qui signifie une vulnérabilité à ce type de départ. La majorité des PAB (82 %) sont des femmes. Le pourcentage d'hommes est plus élevé au sein des groupes d'âge plus avancé. Par exemple, il est de 22 % pour les PAB de 50 ans ou plus, tandis qu'il est de 12 % pour les PAB de moins de 35 ans.

La majorité des ASSS (59 %) sont âgés de 40 à 59 ans. Le groupe d'âge le plus nombreux est celui de la cinquantaine. Ce titre d'emploi est donc très vulnérable aux départs à la retraite. D'ailleurs, près de 25 % des ASSS ont déjà atteint l'âge d'admissibilité à une rente de retraite de 55 ans. La majorité des ASSS (85 %) sont des femmes. Le pourcentage d'hommes est plus élevé au sein des groupes d'âge plus avancé. Par exemple, il est de 20 % pour les ASSS de 55 ans ou plus, tandis qu'il est de 11 % pour les ASSS de moins de 40 ans.

5.3 Heures travaillées

Préposés aux bénéficiaires
À l'instar du nombre d'employés, les heures régulières ont légèrement diminué en 2018-2019. À l'inverse, les heures supplémentaires (HS) et de main-d'œuvre indépendante (MOI) ont toutes deux augmenté en 2018-2019. Les taux de HS et de MOI ont respectivement atteint 6,63 % et 1,99 %, ce qui dépasse les taux observés à au moins chacune des dix dernières années. Les HS ont plus que doublé depuis 2015-2016.

Tableau 3 : Heures travaillées par les PAB du RSSS

Année	Heures totales	Heures régulières	Heures supplémentaires	Taux HS	Heures MOI	Taux MOI
2014-2015	46 652 431	44 520 706	1 647 758	3,57 %	483 967	1,04 %
2015-2016	46 422 232	44 484 519	1 563 835	3,40 %	373 878	0,81 %
2016-2017	46 744 600	44 381 802	1 922 932	4,15 %	439 866	0,94 %
2017-2018	48 715 979	45 502 527	2 583 365	5,37 %	630 087	1,29 %
2018-2019	49 703 442	45 485 588	3 228 179	6,63 %	989 675	1,99 %

Auxiliaires aux services de santé et sociaux

En 2018-2019, les heures régulières et supplémentaires des ASSS ont augmenté dans le RSSS, tandis que le taux de MOI a diminué. Le taux de MOI demeure malgré tout beaucoup plus élevé que celui observé pour les autres salariés du RSSS. Le taux HS des ASSS a connu des bonds importants au cours des deux dernières années.

Tableau 4 : Heures travaillées par les ASSS du RSSS

Année	Heures totales	Heures régulières	Heures supplémentaires	Taux HS	Heures MOI	Taux MOI
2014-2015	9 375 256	7 644 424	176 467	2,26 %	1 554 365	16,6 %
2015-2016	8 733 136	7 441 963	179 976	2,36 %	1 111 197	12,7 %
2016-2017	8 984 914	7 332 497	206 533	2,74 %	1 445 884	16,1 %
2017-2018	9 359 112	7 292 162	297 364	3,92 %	1 769 586	18,9 %
2018-2019	9 416 552	7 358 286	406 345	5,23 %	1 651 921	17,5 %

5.4 Nombre d'arrivées et taux de rétention

Préposés aux bénéficiaires

Le nombre d'arrivées est en hausse depuis 5 ans malgré une baisse en 2018-2019.

Tableau 5 : Nombre d'arrivées et taux de rétention des PAB lors des cinq dernières années

Année	Arrivées totales	Nombre restant au 31 mars 2019	Taux de rétention
2014-2015	5 869	2 253	38,4 %
2015-2016	5 622	2 319	41,2 %
2016-2017	6 253	3 003	48 %
2017-2018	7 888	4 868	61,7 %
2018-2019	7 229	5 895	81,5 %

Auxiliaires aux services de santé et sociaux

Le nombre d'arrivées est en progression depuis les dernières années.

Tableau 6 : Nombre d'arrivées et taux de rétention des ASSS lors des cinq dernières années

Année	Arrivées totales	Nombre restant au 31 mars 2019	Taux de rétention
2014-2015	902	436	48,3 %
2015-2016	706	356	50,4 %
2016-2017	747	410	54,9 %
2017-2018	897	604	67,3 %
2018-2019	987	841	85,2 %

5.5 Absentéisme

Préposés aux bénéficiaires

Le ratio d'absentéisme a continué d'augmenter en 2018-2019, particulièrement pour le congé parental, les accidents de travail (CNESST), les autres congés sans solde et l'assurance salaire (AS). Les ratios d'absentéisme pour AS et CNESST sont plus élevés pour les PAB que pour l'ensemble des salariés du RSSS.

Tableau 7 : Taux d'absentéisme des PAB du RSSS

Année	Congé parental	Retrait préventif	Assurance salaire	Accident de travail (CNESST)	Autres congés sans solde
2014-2015	3,51 %	1,83 %	7,88 %	2,48 %	8 %
2015-2016	3,85 %	2,05 %	8,23 %	3,36 %	8,03 %
2016-2017	3,75 %	2,17 %	8,90 %	3,94 %	8,10 %
2017-2018	4,08 %	2,16 %	9,16 %	3,97 %	8,12 %
2018-2019	4,42 %	2 %	9,39 %	4,52 %	8,95 %

Auxiliaires aux services de santé et sociaux

Le ratio d'absentéisme des ASSS a diminué au cours de la dernière année. Cela est en partie attribuable à des baisses aux ratios d'absentéisme pour assurance salaire et pour CNESST. Malgré ces baisses, ces deux ratios demeurent plus élevés pour les ASSS que pour l'ensemble des salariés du RSSS.

Tableau 8 : Taux d'absentéisme des ASSS du RSSS

Année	Congé parental	Retrait préventif	Assurance salaire	Accident de travail (CNESST)	Autres congés sans solde
2014-2015	3,07 %	1,03 %	8,43 %	2,55 %	6,97 %
2015-2016	3,20 %	1,46 %	9,16 %	2,88 %	8,17 %
2016-2017	3,29 %	1,37 %	9,61 %	3,26 %	8,30 %
2017-2018	3,30 %	1,36 %	10,9 %	3,73 %	8,12 %
2018-2019	3,30 %	1,14 %	10,5 %	3,56 %	8,04 %

5.6 Embauches et projections

Préposés aux bénéficiaires

Selon les prévisions du MSSS, il y aura 6 333 départs à la retraite au cours des cinq prochaines années, ce qui représente 15,2 % de l'effectif actuel. Cette estimation s'appuie sur un scénario qui prévoit l'embauche de 36 191 personnes au cours des cinq prochaines années afin de combler les départs de la profession.

Auxiliaires aux services de santé et sociaux

Selon les prévisions du MSSS, il y aura 1 069 départs à la retraite au cours des cinq prochaines années, ce qui représente 17,3 % de l'effectif actuel. Cette estimation s'appuie sur un scénario qui prévoit l'embauche de 4 518 personnes au cours des cinq prochaines années afin de combler les départs de la profession.

6. Investissements récents du MSSS dans les secteurs où œuvrent les PAB et les ASSS

Au cours des dernières années, et plus particulièrement lors de la dernière année, de nombreuses annonces ont été effectuées au sujet d'investissements pour rehausser les soins et services offerts à la population dans des secteurs où la présence des préposés aux bénéficiaires et des auxiliaires aux services de santé et sociaux est forte. Plusieurs de ces investissements prévoient l'ajout d'heures de travail, et donc de nouveau personnel. La présente section vise à faire une brève recension des récents investissements du MSSS dans les secteurs où œuvrent les préposés aux bénéficiaires et les auxiliaires aux services de santé et sociaux.

Dans le cadre du budget du Québec de mars 2019, des investissements de 92,5 M$ pour les CHSLD ainsi que de 92,5 M$ pour les soins de courte durée ont été annoncés. Ces deux investissements prévoient notamment rehausser les structures et les équipes en place pour l'octroi des soins et des services aux usagers.

En juillet 2019, le cadre de référence pour l'accueil et l'intégration des préposés aux bénéficiaires a été acheminé aux établissements de santé et de services sociaux. Le cadre est accompagné d'un investissement de 2,3 M$ afin de permettre le déploiement de PAB coachs. Il sera présenté plus tard dans le document, car il constitue l'une des mesures du plan d'action (voir la mesure 9).

En août 2019, le programme de bourses pour les préposés aux bénéficiaires a été lancé. Ce programme représente un investissement de 15 M$ se déclinant en 2 000 bourses de 7 500 $ chacune. Cet investissement sera présenté de façon détaillée dans la seconde partie du document, car il représente également l'une des mesures du plan d'action (voir la mesure 5).

En septembre 2019, le gouvernement du Québec a fait l'annonce d'un investissement de 280 M$ pour améliorer et rehausser l'offre pour les services de SAD. Cet investissement correspond à une augmentation de 20 % des heures attribuées par rapport à 2017-2018. Également, cet investissement pourrait notamment permettre aux établissements de santé et de services sociaux d'embaucher près de 2 500 nouvelles personnes (en équivalents temps complet).

Ces investissements ont tous des répercussions sur la main-d'œuvre de préposés aux bénéficiaires et d'auxiliaires aux services de santé et sociaux.

7. Contexte qui commande la mise en place du plan d'action

Comme décrit précédemment dans ce document, le Québec est actuellement touché par un phénomène de rareté de main-d'œuvre dans la majorité des secteurs du marché du travail, dont les services de santé et les services sociaux. La croissance des besoins d'assistance à la personne à tous les niveaux accentue la nécessité d'avoir des personnes qualifiées et en nombre suffisant pour offrir les soins et services aux usagers. Que ce soit au sein des CHSLD, des CH, des CR ainsi que pour les services de SAD, le MSSS doit s'assurer que les établissements de santé et de services sociaux peuvent bénéficier d'un bassin de candidats pour accomplir ces fonctions. Le contexte étant similaire du côté des partenaires, soit les RPA, les RI-RTF, les EÉSAD et autres partenaires, il est important que

les mesures proposées puissent également avoir des retombées positives pour eux et qu’elles ne soient pas mises en place au détriment de ces partenaires de premier ordre. Cette situation de rareté de main-d’œuvre est d’autant plus notable dans les domaines touchant les soins directs à la population, en raison des éléments contextuels précédemment nommés. Ainsi, il devenait primordial pour le gouvernement de se positionner avec force et volonté afin de soutenir le réseau et ses partenaires.

Afin d’atténuer les effets de la rareté de la main-d’œuvre touchant les métiers d’assistance à la personne, le gouvernement du Québec met en place le plan d’action pour l’attraction et la fidélisation des préposés aux bénéficiaires et des auxiliaires aux services de santé et sociaux.

Partie 2 : Mesures du plan d'action

Le plan d'action représente une recension de mesures déjà en place et de mesures en déploiement au courant de la prochaine année pour la majorité d'entre elles. Les mesures présentées sont complémentaires les unes aux autres et chacune contribue à atteindre l'objectif que les établissements de santé et de services sociaux puissent bénéficier d'une main-d'œuvre compétente, qualifiée et en nombre suffisant pour les corps d'emploi de préposés aux bénéficiaires et d'auxiliaires aux services de santé et sociaux. Bien que les mesures de ce plan soient davantage orientées vers la main-d'œuvre qui travaille dans les établissements de santé et de services sociaux du RSSS, certaines ont une portée sur ses partenaires, notamment les RI-RTF, les RPA et les EÉSAD.

La partie 2 du document présentera chacune des mesures du plan d'action. Chaque mesure sera expliquée afin de cerner son incidence sur l'objectif principal. Les mesures du plan d'action sur l'attraction et la fidélisation des préposés aux bénéficiaires et des auxiliaires aux services de santé et sociaux sont les suivantes :

1- Plan prévisionnel des effectifs (PPE)
2- Programme d'études professionnelles : DEP APED – programme et modalités de diffusion
3- Vigie des programmes de formation
4- Promotion des métiers d'assistance à la personne
5- Programme de bourses pour les PAB et les ASSS
6- Recrutement international
7- Mise en place de tables régionales d'adéquation emploi-formation
8- Plan Santé en collaboration avec le MTESS
9- Cadre de référence sur l'accueil et l'intégration des PAB
10- Stabilisation des équipes
11- Développement des compétences et formation continue partagée (FCP)
12- Équipes de soutien à l'amélioration continue de la prévention (ÉSACP) pour accompagner les gestionnaires et leur personnel
13- Plan d'action national visant la prévention des risques en milieu de travail et la promotion de la santé globale 2019-2023
14- Mesures de valorisation des métiers d'assistance à la personne
15- Conditions de travail

Mesure 1 : Plan prévisionnel des effectifs

Les ressources financières, humaines et matérielles étant limitées, les organisations doivent innover et trouver des façons de répondre aux besoins actuels et contrer le déficit de main-d'œuvre (MO). Elles doivent également, par la planification et l'anticipation, se préparer à continuer d'assurer l'accessibilité aux services et à répondre aux besoins futurs. Afin de faire face aux enjeux liés à la disponibilité de la MO actuelle et à venir, le ministère de la Santé et des Services sociaux réalise chaque année un exercice de gestion prévisionnelle de la MO avec l'ensemble des établissements de santé et de services sociaux du RSSS.

Cet exercice rigoureux et structuré vise à fournir, selon divers aspects, les informations les plus fiables qui soient sur la situation actuelle ou future de la MO (portrait quantitatif et qualitatif, rareté, analyse des facteurs structurels, environnementaux et autres) dans une perspective de gestion axée sur les résultats. Il sert également à mettre en lumière des pistes de solution et à soutenir les stratégies favorisant l'attraction et la rétention ainsi que la présence et la disponibilité au travail de la MO, en plus d'assurer une cohérence continue de tous les efforts par la mise en place d'un mécanisme de suivi. Il soutient les décideurs et partenaires de tous les niveaux de gouverne dans la détermination de leurs priorités. Ce processus s'appuie sur une obligation légale. La *Loi sur les services de santé et les services sociaux* (LSSSS) confie aux établissements la responsabilité d'élaborer des plans d'action pour la planification de la MO, comme stipulé à l'article 231 de LSSSS :

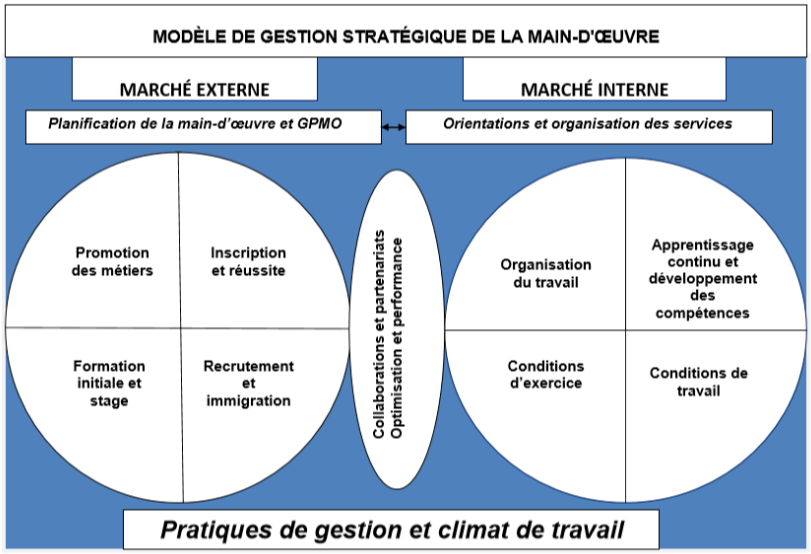
> Tout établissement public ou privé conventionné doit se doter, avec la participation de ses employés et, le cas échéant, des syndicats dont ils sont membres, d'un plan d'action triennal pour la planification de la main-d'œuvre et le développement du personnel. Ce plan d'action est communiqué à tout le personnel […].

De plus, le plan stratégique 2019-2023 du MSSS détermine les objectifs que le MSSS et son réseau s'engagent à atteindre au cours des prochaines années. En matière de MO, l'enjeu 3 du plan stratégique ministériel vise le plein potentiel du personnel, avec l'objectif d'améliorer la disponibilité du personnel en utilisant des moyens pour augmenter la présence au travail et de réduire le recours aux heures supplémentaires.

Le modèle proposé intègre les dimensions de la planification de la MO en lien avec l'organisation des services tant au regard du marché interne que du marché externe de même que les pratiques de gestion et du climat de travail. Il est appuyé par un solide processus de gestion prévisionnelle de la main-d'œuvre (GPMO) ainsi que par des

approches de collaboration et de partenariats dans une optique d'optimisation de l'utilisation des ressources humaines et de la performance.

Tableau 9 : Modèle de gestion stratégique de la main-d'œuvre



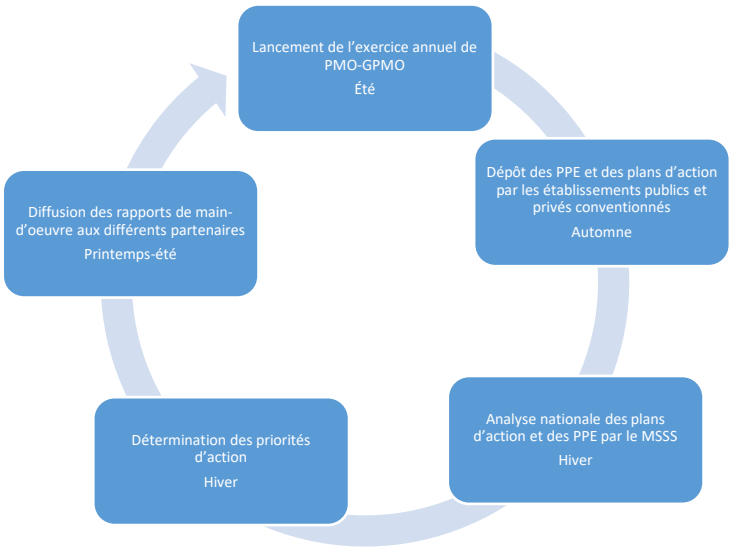
Chaque établissement de santé et de services sociaux doit établir un diagnostic sur les marges de manœuvre dont il dispose pour s'assurer de la disponibilité optimale de son personnel pour dispenser les services à la population.

Sur la base des informations et des données disponibles, le MSSS produit et diffuse annuellement des rapports de main-d'œuvre en vue de dégager une vision commune sur les besoins de MO des titres d'emploi jugés plus problématiques au sein du RSSS.

De concert avec les établissements de santé et de services sociaux, le MSSS détermine les priorités d'action nationales qui seront mises de l'avant afin de répondre aux défis de MO.

Tableau 10 : Cycle de gestion et de production d'un plan de main-d'œuvre

CYCLE DE GESTION ET DE PRODUCTION D'UN PLAN DE MAIN-D'ŒUVRE



Objectif de la mesure : Établir les besoins de main-d'œuvre afin de mettre en place les stratégies appropriées, nationales et locales, pour répondre aux besoins de main-d'œuvre énoncés.

Mesure 2 : Programme d'études professionnelles : DEP APED – programme et modalités de diffusion

Le programme d'études pour accéder aux métiers de préposé aux bénéficiaires et d'auxiliaire aux services de santé et sociaux dans le RSSS est le diplôme d'études professionnelles en assistance à la personne en établissement et à domicile (DEP 5358). Ce programme de formation est approuvé depuis 2017 et constitue le seul programme autorisé à être enseigné depuis juillet 2019 pour l'accession aux métiers de PAB et d'ASSS. Il est dispensé par les centres de formation professionnelle des commissions scolaires offrant des formations dans le secteur de la santé dans pratiquement toutes les régions du Québec. Le programme actuel est issu de la fusion du DEP Assistance à la personne en établissement de santé (DEP 5316) et du DEP Assistance à la personne à domicile (DEP 5317).

Comme mentionné dans le document présentant le programme d'études du DEP 5358, « la durée du programme d'études est de 870 heures. De ce nombre, 435 sont consacrées à l'acquisition de compétences liées directement à la maîtrise des tâches de la profession et 435 heures, à l'acquisition de compétences générales liées à des activités de travail ou de vie professionnelle. Le programme d'études est divisé en 15 compétences dont la durée varie de 30 à 120 heures. Cette durée comprend le temps consacré à l'enseignement, à l'évaluation des apprentissages, à l'enrichissement et à l'enseignement correctif. »

Les 15 compétences du programme se déclinent comme suit :

Tableau 11 : DEP Assistance à la personne en établissement et à domicile (DEP 5358)

Nº	Compétences	Heures
1	Se situer au regard de la profession et de la démarche de formation	30
2	Établir une relation aidante	60
3	Adopter des approches relationnelles avec la clientèle présentant des problèmes d'ordre cognitif ou mental et des troubles neurodéveloppementaux	60
4	Déterminer la façon d'intervenir par rapport aux besoins de la clientèle atteinte de maladies et d'incapacités physiques	60
5	Accompagner la clientèle dans des situations de la vie courante (stage 1)	75
6	Prévenir les infections et la contamination	30

7	Prodiguer des soins d'assistance liés aux activités de la vie quotidienne	120
8	Faire face à des situations à risque	30
9	Intervenir auprès de la clientèle nécessitant des soins d'assistance à domicile ou en milieu de vie substitut (stage 2)	105
10	Composer avec des réalités familiales, sociales et culturelles	60
11	Assister la clientèle bénéficiant de soins palliatifs de fin de vie	30
12	Considérer des règles et des procédures dans l'administration de médicaments et de soins invasifs d'assistance aux activités de la vie quotidienne	45
13	Prodiguer des soins d'assistance liés à la réalité clinique de la clientèle	60
14	Dispenser les premiers secours	30
15	Intervenir auprès de la clientèle nécessitant des soins d'assistance de courte durée (stage 3)	75

À la demande du MSSS, l'enseignement des comportements professionnels attendus (liés au savoir-être) est intégré au programme d'études de façon transversale. Tout au long de la formation, les élèves sont sensibilisés au savoir-être devant être démontré lors de l'accomplissement des fonctions de PAB et d'ASSS, tant auprès des patients que des collègues de travail.

Modalités de mise en œuvre

Le programme d'études est enseigné de façon traditionnelle dans la majorité des centres de formation professionnelle, soit en établissement scolaire pour les cours théoriques, en laboratoire pour les cours pratiques et en milieu de travail pour les stages. Afin de contrer les effets de la rareté de main-d'œuvre et d'attirer de nouveaux candidats dans les cohortes de formation, certains établissements de santé et de services sociaux ont établi des partenariats avec les centres de formation professionnelle pour mettre en place des méthodes alternatives pour l'enseignement et la mise en œuvre de la formation. À cet effet, le CIUSSS de la Capitale-Nationale et le centre de formation professionnelle Fierbourg ont mis sur pied un projet[6] permettant plus d'apprentissages en milieu de

[6] Depuis 2015, le ministère de l'Éducation et de l'Enseignement supérieur encadre le déploiement de projets d'apprentissage accru en milieu de travail dans les établissements d'enseignement. En formation professionnelle, 26 projets permettant au moins 50 % des apprentissages en milieu de travail sont expérimentés dans un grand nombre de secteurs. Une évaluation détaillée des projets est en cours. L'objectif est d'en arriver à l'applicabilité durable de cette voie de formation.

travail, qui a connu un franc succès. Cette mise en œuvre alternative du programme d'études a inspiré d'autres établissements de santé et de services sociaux à travailler de concert avec un centre de formation professionnelle de leur région afin de concevoir des formations similaires.

Le MSSS encourage fortement les établissements de santé et de services sociaux à établir des partenariats avec les centres de formation professionnelle afin de mettre en place davantage de formation en milieu de travail pour bonifier l'offre de formation offerte aux candidats potentiels. Ce partenariat doit être amorcé par les établissements de santé et de services sociaux. Par la suite, les partenaires pourront s'entendre sur la mise en œuvre du programme d'études au sein de la région ciblée.

Il est important ici de rappeler que le ministre de l'Éducation et de l'Enseignement supérieur approuve les programmes d'études conduisant à un diplôme d'État, comme le DEP APED, et que ceux-ci comportent des compétences prescrites. La mise en œuvre de l'enseignement du programme d'études est laissée à la discrétion des commissions scolaires et de leurs centres de formation professionnelle. Elle doit cependant veiller à l'uniformité de la valeur du diplôme délivré. Ce faisant, la standardisation d'un modèle de formation prévoyant un apprentissage accru en milieu de travail s'avérerait difficile, étant donné que la mise en œuvre relève des commissions scolaires. Ce mode de fonctionnement permet cependant d'adapter la concrétisation aux réalités propres à chacune des régions du Québec.

Bref, comme évoqué auparavant, le MSSS souhaite que l'ensemble des établissements de santé et de services sociaux entame des démarches auprès d'une commission scolaire de sa région afin d'évaluer la possibilité d'établir un partenariat dans le but de mettre en place un modèle de mise en œuvre prévoyant un apprentissage accru en milieu de travail ou d'évaluer les méthodes d'enseignement alternatives qui sont en concordance avec les réalités régionales.

Objectif de la mesure : Favoriser les partenariats entre les établissements de santé et de services sociaux et les centres de formation professionnelle pour la mise en place de formations prévoyant un apprentissage accru en milieu de travail, en veillant à l'uniformité de la valeur du diplôme délivré, afin d'accroître l'attraction du programme et d'augmenter le nombre de diplômés.

Mesure 3 : Vigie des programmes de formation

Afin de s'assurer que les programmes de formation répondent aux exigences du marché du travail, qu'ils permettent une diplomation en nombre suffisant et qu'ils respectent les lois et règlements qui les encadrent, une étroite collaboration est essentielle entre le MSSS et le MEES. À cet effet, des comités de vigie sont formés et des rencontres ponctuelles sont tenues afin de discuter d'enjeux liés aux programmes de formation. Les enjeux discutés touchent l'accessibilité aux programmes (cohortes prévues, régions où les programmes sont enseignés), la mesure de l'affluence des divers programmes ainsi que les taux de diplomation.

DEP APED
Un comité de vigie est en place pour suivre l'implantation du DEP APED au sein des centres de formation professionnelle. Les membres du comité proviennent du MEES (Direction de l'éducation des adultes de la formation professionnelle), des commissions scolaires, des centres de formation professionnelle ainsi que du MSSS (Direction de la planification de la main-d'œuvre, Direction de la qualité des milieux de vie et Direction du SAD et des RI-RTF). Le comité a comme principal mandat de veiller à l'implantation harmonieuse du programme d'études. À cet effet, il doit indiquer les difficultés liées à l'enseignement du programme et veiller à trouver des solutions communes et les partager aux différents réseaux concernés (réseau de l'éducation et réseau de la santé et des services sociaux).

AEP AP-RPA
Une collaboration étroite est établie entre le MEES (Direction de l'éducation des adultes et de la formation professionnelle), la Fédération des commissions scolaires du Québec et le MSSS (Direction de la planification de la main-d'œuvre et Direction de la qualité des milieux de vie) pour discuter des enjeux liés à l'AEP AP-RPA, soulever les problématiques vécues par les milieux et proposer des solutions.

Programme de développement des compétences sur les services d'assistance personnelle à domicile
Des discussions régulières sont tenues entre le Réseau de coopération des EÉSAD et le MSSS (Direction du SAD et des RI-RTF et Direction de la planification de la main-d'œuvre) pour s'assurer que la formation répond aux besoins des EÉSAD et qu'elle atteint les objectifs de formation fixés dans les ententes avec le MTESS et le MEI.

Objectif de la mesure : Veiller à ce que la dispensation des programmes de formation s'effectue sans heurts et régler les problématiques qui émergent.

Mesure 4 : Promotion des métiers d'assistance à la personne

Dans le contexte actuel de rareté de main-d'œuvre, le MSSS doit agir sur la promotion des métiers et des professions en santé et services sociaux et se positionner afin d'assurer une relève suffisante. Les travaux de la Direction de la planification de la main-d'œuvre (DPMO) du MSSS comprennent la promotion des métiers et des professions de la santé et des services sociaux. Dans cette optique, depuis 2009, le MSSS mène une campagne nationale de promotion des métiers qui repose sur le déploiement en continu de divers moyens de communication destinés à une variété de clientèles.

L'**objectif poursuivi** est de susciter l'inscription des candidats dans les différents programmes de formation liés à la santé et aux services sociaux dans le but de doter le RSSS d'un bassin de main-d'œuvre qualifiée en nombre suffisant pour livrer les soins et les services à la population québécoise.

Publics cibles :

- Les jeunes de 15 à 17 ans (en processus de choix de carrière) et leurs parents;
- Les jeunes de 18 à 24 ans pouvant être en processus de choix de carrière, de retour aux études ou en réorientation de carrière et leurs parents;
- Les personnes adultes en réorientation de carrière;
- Les personnes nouvellement arrivées au Québec.

Partenariats :

La campagne de promotion des métiers et des professions en santé et services sociaux de même que les moyens de communication déployés à l'échelle nationale doivent être complémentaires aux activités de promotion et de recrutement effectuées par les établissements de santé et de services sociaux à l'échelle locale. Ainsi, la collaboration étroite entre le MSSS et les établissements de santé et de services sociaux du RSSS est primordiale à la réalisation de l'objectif poursuivi.

Il est à noter que les moyens de communication sont réalisés en tenant compte des orientations de l'équipe projet sur la promotion et la valorisation des métiers et des professions mise sur pied en 2018 par le Secrétariat à la communication gouvernementale (SCG) et le MTESS.

Objectifs de communication pour la dernière année financière :

Objectif général

Promouvoir les métiers et les professions offerts en santé et services sociaux en démontrant leur diversité, leur accessibilité ainsi que les bienfaits de travailler dans ce domaine.

Objectifs de communication pour l'ensemble des publics cibles

- Informer sur la diversité des métiers et des professions offerts en santé et services sociaux;
- Promouvoir les métiers et les professions dans le milieu de la santé et des services sociaux, dont ceux considérés comme non cliniques;
- Faire connaître le site Web **avenirensante.gouv.qc.ca** pour accroître sa notoriété.

Quelques moyens de communication réalisés et à venir

- Placements imprimés dans diverses publications (guides *Choisir* secondaire/collégial, collégial et université; revue *L'informateur* de l'Association québécoise d'information scolaire et professionnelle);
- Feuillet d'information;
- Mise à jour du site Web sur la promotion et la valorisation des métiers et des professions (avenirensante.gouv.qc.ca);
- Publications sur la page Facebook du MSSS;
- Participation au Salon national de l'éducation de Montréal et au Salon Carrière Formation de Québec;
- Campagne de promotion des métiers et des professions de la santé et des services sociaux.

Objectif de la mesure : Promouvoir les métiers et les professions en santé et services sociaux, dont les métiers d'assistance à la personne, afin d'attirer les personnes dans les cohortes de formation et d'accroître les bassins de candidats disponibles.

Mesure 5 : Programme de bourses pour les PAB et les ASSS

Afin d'accroître l'attraction envers les métiers de préposé aux bénéficiaires et d'auxiliaire aux services de santé et sociaux, le MSSS a mis en place le programme de bourses pour les PAB et les ASSS en août 2019. Représentant un investissement de 15 M$, le programme se décline en 2 000 bourses de 7 500 $ chacune. Les bourses sont réparties entre les établissements de santé et de services sociaux du RSSS en fonction du nombre de PAB qui œuvrent dans chacun des établissements de santé et de services sociaux.

De plus, 84 bourses identiques sont offertes pour les établissements privés conventionnés, représentant un montant additionnel de 630 000 $.

Les bourses de ce programme sont octroyées par les établissements de santé et de services sociaux du RSSS pour que les candidats choisis puissent suivre la formation de 870 heures en vue d'obtenir le diplôme d'études professionnelles en assistance à la personne en établissement et à domicile (DEP 5358).

Objectifs du programme
Le prospectus du programme transmis aux établissements de santé et de services sociaux au moment du lancement détermine les objectifs du programme comme suit :

- Soutenir les établissements de santé et de services sociaux du RSSS pour améliorer l'attraction, la rétention et la disponibilité de la main-d'œuvre dans ces titres d'emploi;
- Soutenir financièrement les candidats sélectionnés pour leur formation de PAB et d'ASSS;
- Favoriser l'ajout de candidats dans les cohortes de formation.

Le programme vise également à créer de nouveaux bassins de recrutement auprès de candidats qui ont un intérêt envers la profession, mais qui ne peuvent effectuer un retour aux études en raison de considérations économiques. La bourse peut ainsi combler une portion des besoins financiers des candidats alors qu'ils suivent la formation.

Admissibilité au programme
Pour obtenir la bourse, les candidats doivent respecter les exigences suivantes :

- Détenir le statut de citoyen canadien ou être détenteurs du statut de résident permanent et demeurer au Québec;

- Être inscrits dans un programme d'études du DEP APED à temps complet dans une école dûment reconnue par le ministère de l'Éducation et de l'Enseignement supérieur du Québec;
- S'engager à commencer et à terminer le programme dans les délais prescrits avec la maison d'enseignement;
- Obtenir une confirmation d'embauche de la part de l'employeur.

Exigences liées à la bourse lors du lancement
Les candidats qui bénéficient de la bourse doivent s'engager à ce qui suit :

- Obtenir le DEP APED;
- Offrir une disponibilité adaptée aux besoins de l'employeur l'ayant parrainé, et en respect des dispositions locales des conventions collectives, pour une période de deux ans, et ce, dès la fin de ses études pour lesquelles ils ont reçu la bourse.

Si un candidat abandonne ou échoue le programme de formation, il doit rembourser la bourse en totalité. S'il quitte l'établissement de santé et de services sociaux parrain avant la fin de la période d'engagement de deux ans, il doit rembourser la bourse au prorata du temps travaillé.

Évaluation du programme de bourses pour les PAB
À la fin du programme, le MSSS procédera à une analyse du programme de bourses pour les PAB afin d'en évaluer les répercussions sur le nombre d'inscriptions au DEP APED. Le MSSS évaluera également avec les établissements de santé et de services sociaux les avantages ainsi que les irritants du programme, et ce, dans une optique d'amélioration continue.

Objectif de la mesure : Développer de nouveaux bassins de recrutement afin d'accroître le nombre d'inscriptions dans le programme de formation du DEP APED.

Mesure 6 : Recrutement international

Malgré une planification efficace et des mesures porteuses, il n'en demeure pas moins qu'il subsiste un manque de ressources au Québec pour combler certains titres d'emplois. Le recrutement international est donc une solution pour pallier une partie des besoins.

En 2003, le MSSS a mis en place le service de Recrutement Santé Québec – volet salarié (RSQ) au sein de la Direction de la planification de la main-d'œuvre (DPMO) pour accompagner l'ensemble des établissements de santé et de services sociaux du RSSS à combler une partie de leurs ressources en soins infirmiers avec des diplômés formés hors Canada. Depuis 2010, RSQ est devenu le guichet unique pour tous les diplômés formés hors Canada (DHC) dans le secteur de la santé et des services sociaux et qui souhaitent travailler au Québec dans le RSSS.

Chaque année, les établissements de santé et de services sociaux doivent déterminer, si nécessaire, le nombre de candidats internationaux à recruter par titre d'emploi. RSQ met en place un plan d'action en fonction des demandes des établissements de santé et de services sociaux et des bassins potentiels de recrutement. Ce type de processus permet de sélectionner des candidats ayant des expériences pertinentes recherchées par les différents secteurs d'activité des établissements de santé et de services sociaux recruteurs, et ainsi de répondre aux besoins de la population québécoise en matière de soins de santé et de services sociaux.

À l'automne 2019, de nouveaux bassins de recrutement ont été ciblés par RSQ, notamment les étudiants internationaux. Avec le développement de ces nouveaux bassins, RSQ souhaite former des candidats selon les principes et les protocoles de soins du Québec.

Bassin de recrutement :
Il existe donc quatre bassins de recrutement :
1- Diplômés hors Canada résidant au Québec;
2- Diplômés hors Canada résidant hors Canada;
3- Étudiants internationaux résidant au Québec;
4- Étudiants internationaux résidant hors Canada.

En plus des mesures pour ces bassins de candidatures, on trouve également des mesures prévues pour les établissements de santé et de services sociaux afin de les accompagner

dans le processus d'immigration et dans l'accueil et l'intégration des candidats internationaux.

Le calendrier des activités 2019-2020

L'équipe de Recrutement Santé Québec (RSQ) effectue des missions à l'international afin de recruter principalement des infirmières et des PAB, mais également d'autres titres d'emploi, et ce, en vertu des mandats de recrutement soumis par les établissements de santé et de services sociaux. Comme les mandats de recrutement des établissements de santé et de services sociaux sont en forte croissance, les stratégies de recrutement à l'international ont été revues en fonction des besoins exprimés par le RSSS. L'augmentation du nombre de missions va permettre de recruter davantage, mais aussi de développer de nouveaux territoires. Une présence soutenue à l'étranger de RSQ permet entre autres de faire la promotion du RSSS du Québec auprès des professionnels de la santé et des services sociaux à l'international, mais également auprès des partenaires internationaux. Ces stratégies ont pour but ultime de renforcer l'intérêt envers les perspectives de carrière dans le RSSS du Québec.

Recrutement international des entreprises privées

L'offre de service de RSQ ne couvre pas le recrutement pour le secteur privé. Toutefois, Services Québec offre des services afin de soutenir financièrement des RPA et des RI désirant recruter à l'étranger.

Objectifs de la mesure :

1- **Définir un plan de communication par l'équipe RSQ pour bien cibler la promotion à effectuer à un niveau international en fonction des différents bassins de candidatures;**
2- **Définir les parcours à mettre en place pour venir travailler dans le RSSS en fonction des différents bassins de candidatures;**
3- **Faciliter la compréhension des démarches d'immigration;**
4- **Faciliter l'accueil et l'intégration des diplômés hors Canada dans le RSSS au moyen d'outils.**

Mesure 7 : Mise en place de tables régionales d'adéquation emploi-formation

Les enjeux de main-d'œuvre actuels et futurs au sein du réseau de la santé et des services sociaux, y compris la main-d'œuvre PAB et ASSS, interpellent tant le MSSS que les établissements de santé et de services sociaux quant à la nécessité de renforcer et d'enrichir la collaboration avec les différents partenaires concernés par ces défis. Ainsi, la décision de mettre en place des tables régionales d'adéquation emploi-formation est d'abord issue de l'utilité d'établir des mécanismes formels d'échange entre les établissements de santé et de services sociaux et leurs partenaires locaux afin de s'assurer d'obtenir la main-d'œuvre requise en fonction des besoins exprimés.

L'organisation de ces tables dans chacune des régions du Québec, sous la responsabilité de la direction des ressources humaines, des communications et des affaires juridiques (DRHCAJ) des établissements de santé et de services sociaux, permet d'établir un corridor de communication efficace avec les partenaires du réseau local, de travailler en collaboration à la recherche et à la mise en place de solutions novatrices et de partager les meilleures pratiques sur le plan de la gestion stratégique de la main-d'œuvre, tout en prenant en considération la gestion des stages et la valorisation des métiers et des professions de la santé et des services sociaux. Les partenaires impliqués au sein de ces tables régionales sont aussi nombreux que les différents rôles qu'ils peuvent assumer. Il s'agit notamment des directions régionales de Services Québec, des établissements d'enseignement, des partenaires de l'immigration et des municipalités, des organismes en emploi, et même du MSSS pour ce qui a trait aux mesures nationales dont l'établissement de santé et de services sociaux pourrait bénéficier.

La mise en place de ces tables implique également une étroite collaboration avec les partenaires internes, notamment les directions cliniques et administratives de l'établissement de santé et de services sociaux dans la recherche de solutions afin de s'assurer d'obtenir la main-d'œuvre en quantité et en qualité requises pour la dispensation des soins et des services auprès des usagers. L'utilisation de leviers locaux (ex. : stratégies d'attraction-rétention, révision de l'organisation du travail et de la composition des équipes de travail, négociation des enjeux locaux sur le plan des conditions de travail et de l'organisation du travail, etc.) est ainsi complémentaire aux mesures prises avec les partenaires externes.

L'année 2020 permettra de consolider le fonctionnement de ces tables par un engagement des établissements de santé et de services sociaux à planifier et à tenir des

rencontres avec les partenaires concernés dans l'objectif ultime d'obtenir la main-d'œuvre requise pour la dispensation de soins et de services de qualité et sécuritaires à la population québécoise.

Objectif de la mesure : Établir une collaboration continue entre les établissements de santé et de services sociaux et leurs différents partenaires en vue de mettre en place des stratégies pour avoir la main-d'œuvre nécessaire à la dispensation des soins et des services à la population québécoise.

Mesure 8 : Plan Santé en collaboration avec le MTESS

Dans le cadre de son mandat de veille du marché du travail et en raison de la rareté de la main-d'œuvre et des enjeux qui en découlent au sein du réseau de la santé et des services sociaux, le ministère du Travail, de l'Emploi et de la Solidarité sociale (MTESS) a convenu avec le MSSS d'apporter son soutien aux établissements de santé et de services sociaux pour favoriser l'arrimage de l'offre et de la demande en matière de main-d'œuvre. Dans le but de contribuer aux démarches déjà entreprises au sein du RSSS, le MTESS s'est doté d'un Plan Santé pour appuyer le secteur de la santé et des services sociaux à pourvoir les postes disponibles. Une priorité a été accordée à la main-d'œuvre de PAB et de préposé en résidence privée pour aînés compte tenu de l'importante rareté de main-d'œuvre pour ces professions. Soulignons également que dans le cadre des travaux du Groupe d'intervention gouvernementale en matière de lutte à la rareté de main-d'œuvre, le MSSS et le MTESS seront appelés à collaborer à l'identification et à la mise en place de solutions qui permettront de faire face au manque de main-d'œuvre dans le secteur de la santé. Les professions et métiers liés au secteur de la santé, notamment celle de préposé aux bénéficiaires, constituent une priorité dans le cadre de ces travaux.

Ce plan comprend trois axes qui visent dans un premier temps la main-d'œuvre du réseau public, c'est-à-dire les PAB, ainsi que celle du réseau privé, soit les préposés en résidence privée pour aînés.

Axe 1 : Promotion des métiers et des professions en santé et services sociaux

Cet axe vise à réaliser, sur une base annuelle, une campagne de promotion des métiers et des professions du secteur de la santé et des services sociaux en cohérence avec la stratégie globale de promotion des métiers et des professions coordonnée par le MTESS et le Secrétariat à la communication gouvernementale (SCG). L'objectif est d'augmenter les inscriptions dans les programmes de formation menant à des métiers et à des professions du secteur de la santé et des services sociaux en manque d'effectifs.

Axe 2 : Réalisation d'interventions pour soutenir les résidences privées pour aînés qui sont aux prises avec un manque d'effectifs

L'objectif est de joindre plus de 1 700 RPA certifiées par le MSSS afin d'offrir un soutien en matière de recrutement de la main-d'œuvre, de gestion des ressources humaines ou de formation de la main-d'œuvre par l'entremise de mesures et de services du MTESS ou d'autres ministères.

Axe 3 : Concertation

Cet axe a pour but de favoriser la concertation régionale entre les directions régionales de Services Québec (DRSQ) et les établissements de santé et de services sociaux afin de mettre en œuvre des projets pour amener plus de personnes à occuper un emploi dans les métiers et les professions du secteur de la santé et des services sociaux aux prises avec un manque d'effectifs. L'objectif est de déployer dans chaque région au moins un projet novateur qui vise la profession de PAB ou de préposé en RPA. Au cours de cette première phase, on souhaite qu'environ 500 personnes de plus intègrent la profession de PAB ou de préposé en RPA. De plus, au terme de chaque année, l'analyse de ces projets novateurs permettra de formuler des recommandations sur les bonnes pratiques et sur la modification des mesures et des services d'emplois du MTESS, au besoin, et ce, en soutien au réseau de la santé et des services sociaux.

Au cours de l'automne 2019, des rencontres ont été tenues dans chacune des régions entre les DRSQ et les établissements de santé et de services sociaux. Plus de 240 mesures novatrices ont été répertoriées au regard du métier de PAB et de préposé en RPA. Parmi elles, notons des mesures de soutien à la formation, à l'intégration et au recrutement ainsi que des mesures d'information et de promotion du métier de PAB et de préposé en RPA, qui toutes s'appuient sur les mesures et les services d'emplois du MTESS.

Les acteurs concernés, notamment le ministère de la Santé et des Services sociaux, le ministère de l'Immigration, de la Francisation et de l'Intégration (MIFI), le ministère de l'Éducation et de l'Enseignement supérieur (MEES), les établissements d'enseignement, les centres de formation professionnelle et le ministère du Travail, de l'Emploi et de la Solidarité sociale (MTESS), seront invités à poursuivre leur approche novatrice régionale et nationale afin de trouver des solutions au manque de main-d'œuvre dans le secteur de la santé et des services sociaux, mais également d'assurer les suivis des différents projets mis sur pied dans le cadre des cellules d'innovation. La coordination de ces travaux sera sous la responsabilité du MSSS, et les travaux de planification sont en cours.

Ce Plan Santé est un premier pas vers le développement d'une culture de collaboration entre les acteurs locaux, régionaux et nationaux permettant de mettre à profit l'expertise et la contribution de chacun dans l'objectif ultime de s'assurer de la disponibilité d'une main-d'œuvre qualifiée et en nombre suffisant, en réponse aux besoins du réseau de la santé et des services sociaux et de ses partenaires.

Objectif de la mesure : Mettre en place une culture de collaboration entre les ministères concernés afin d'adopter des mesures permettant de veiller à ce que le réseau de la santé et des services sociaux, ainsi que ses partenaires, puisse bénéficier d'une main-d'œuvre qualifiée en quantité suffisante.

Mesure 9 : Cadre de référence sur l'accueil et l'intégration des préposés aux bénéficiaires

Attirer des candidats dans les professions de PAB et d'ASSS est un grand défi à relever pour le MSSS, mais veiller à leur rétention et à leur fidélisation est un enjeu de taille pour les établissements de santé et de services sociaux du RSSS. À cet effet, il est important, voire primordial, que les candidats qui débutent dans la profession ou dans un nouvel établissement de santé et de services sociaux puissent se sentir soutenus, encadrés et accueillis convenablement.

Des mesures provinciales visant à améliorer l'attraction et la rétention des PAB dans les CHSLD ont été prises. Le cadre de référence sur l'accueil et l'intégration des PAB est issu de cette orientation provinciale.

À l'été 2019, le MSSS a soumis à l'ensemble des établissements de santé et de services sociaux le cadre de référence présentant un programme d'accueil et d'intégration des nouveaux PAB en établissement de santé et de services sociaux. Les établissements de santé et de services sociaux ont jusqu'au 31 mars 2020 pour implanter leur programme d'accueil et d'intégration des nouveaux PAB (ou bonifier leur programme déjà en place) aligné sur les orientations présentées dans le cadre de référence.

Le cadre de référence a été rédigé par le MSSS en collaboration avec des responsables de la planification de la main-d'œuvre de huit établissements de santé et de services sociaux du RSSS. Il s'appuie sur les données probantes de la littérature scientifique portant sur les processus d'intégration en emploi des nouveaux employés.

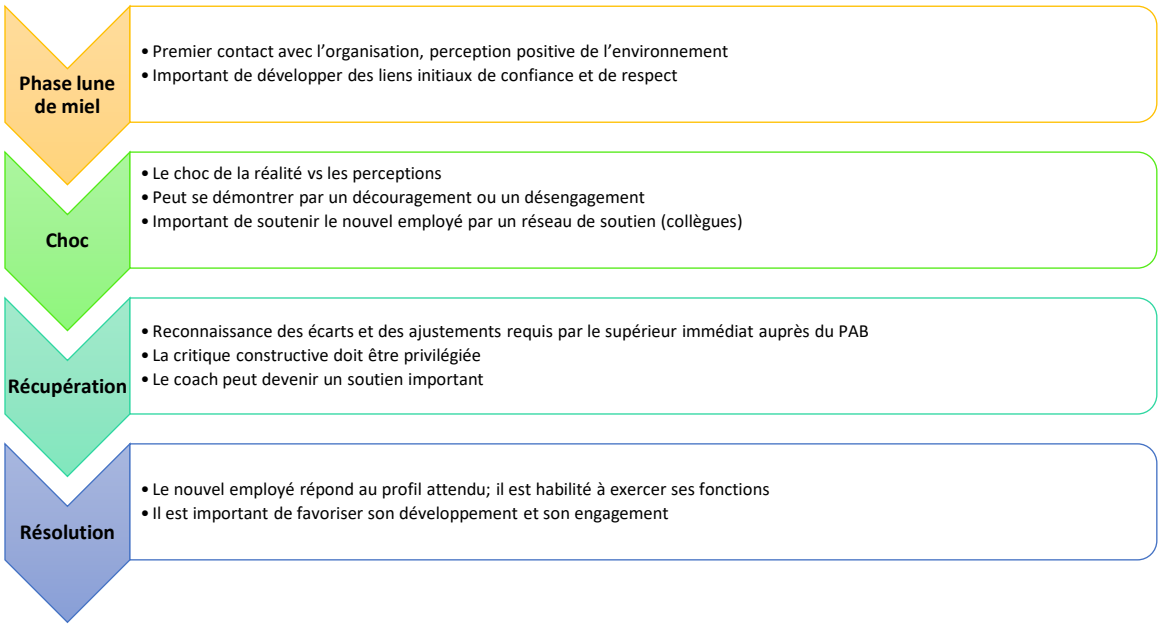
Comme indiqué dans le cadre de référence, la qualité d'un programme d'accueil et d'intégration influencerait directement la capacité de rétention des nouvelles embauches[7]. Le développement du sentiment d'appartenance du nouvel employé à l'organisation serait également lié à un accueil et à une intégration structurés. Il est également mentionné dans le cadre de référence qu'un programme d'accueil et d'intégration constitue un ensemble d'activités qui permettent aux nouveaux employés d'acquérir le maximum d'informations sur la culture, les valeurs, la philosophie et les attentes de l'organisation.

[7] Carpitella, cité par TECHNOCompétences et publié par l'ORHRI, 2002.

Les étapes de socialisation dans un processus d'accueil sont très importantes. À cet effet, le sentiment d'appartenance est fortement influencé par le respect du contrat psychologique entre l'employé et son organisation. Selon les auteurs, le processus de socialisation permet la construction du contrat psychologique entre les deux parties; il prend forme dès le début du processus d'accueil et d'intégration[8].

Lors du congrès 2017 de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ), un modèle en quatre étapes a été présenté. Le cadre de référence soumis aux établissements de santé et de services sociaux présente ce modèle comprenant les adaptations requises.

Tableau 12 : Modèle des étapes du processus de socialisation



MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Programme d'accueil et d'intégration des nouveaux PAB en établissement de santé, Cadre de référence, édition 2019,* Québec, Direction de la planification de la main-d'œuvre, 2019, 43 p.

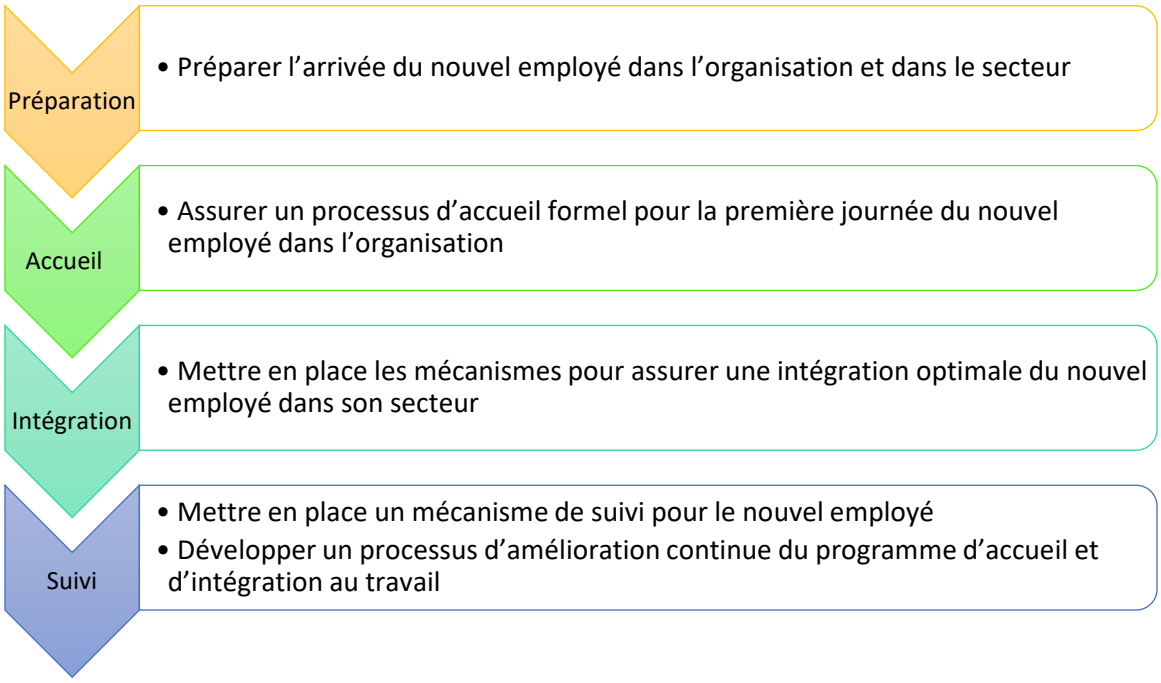
Le modèle démontre l'importance de bien soutenir les nouveaux PAB au cours de la phase de choc. Une absence de soutien pourrait créer la perception d'une violation ou d'une rupture du contrat psychologique et laisser place à la déception et au désengagement, et fréquemment au départ de la nouvelle ressource.

[8] MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Programme d'accueil et d'intégration des nouveaux PAB en établissement de santé, Cadre de référence, édition 2019,* Québec, Direction de la planification de la main-d'œuvre, 2019, 43 p.

Le programme d'accueil et d'intégration est décliné en quatre grandes étapes afin de permettre l'optimisation du processus permettant aux nouveaux employés d'acquérir les connaissances requises pour occuper le rôle attendu. Le tableau suivant présente chacune de ces étapes.

Les quatre grandes étapes

Tableau 13 : Les étapes d'un programme d'accueil et d'intégration



MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Programme d'accueil et d'intégration des nouveaux PAB en établissement de santé, Cadre de référence, édition 2019,* Québec, Direction de la planification de la main-d'œuvre, 2019, 43 p.

Le cadre de référence sur l'accueil et l'intégration des PAB dans les établissements de santé et de services sociaux détaille chacune des étapes afin d'outiller les établissements de santé et de services sociaux quant à l'élaboration de leur propre programme d'accueil et d'intégration.

Afin que le programme d'accueil et d'intégration réponde à l'objectif d'augmenter le taux de rétention des personnes qui débutent dans la profession, il est primordial d'obtenir et de maintenir l'engagement de tous les acteurs concernés par le processus : haute direction, comité de direction, comités de gestion, cadres de premier niveau, formateurs, précepteurs, employés et syndicats. Il faut également que ces acteurs soient au fait de leur rôle dans le processus et qu'ils le jouent.

Par ailleurs, le cadre de référence sur le programme d'accueil et d'intégration des nouveaux PAB introduit la mesure financée de PAB coach. À cet effet, le MSSS a annoncé un investissement de 2,3 M$ afin que les établissements de santé et de services sociaux puissent trouver et former des PAB appelés à jouer le rôle de PAB coach. La vision du PAB coach énoncée dans le cadre de référence se lit comme suit : « La fonction de PAB coach vise essentiellement à incarner et à promouvoir de saines habitudes de travail sur le plan interpersonnel. Le PAB coach soutient les autres PAB dans le développement de leurs compétences liées au savoir-être dans le cadre de leurs activités professionnelles. Il peut aussi contribuer au savoir en donnant de la formation et guider le savoir-faire par le transfert de ses connaissances. À cet égard, il fait office de personne de référence pouvant soutenir les autres PAB en matière de relations interpersonnelles. Ses compétences sont mises à profit afin de préserver un milieu de vie serein et harmonieux pour l'ensemble des usagers et des résidents, leurs familles ainsi que les autres membres du personnel.

Objectif de la mesure : Augmenter le taux de rétention des personnes qui débutent dans la profession de préposé aux bénéficiaires dans un établissement de santé et de services sociaux.

Mesure 10 : Stabilisation des équipes

Les dispositions nationales des conventions collectives 2016-2020 venant à échéance le 31 mars 2020 comprennent une lettre d'entente relative à la stabilité des postes, à la négociation locale et au déploiement des activités réservées prévues dans la loi 90[9]. Cette loi s'inscrit dans une recherche globale de révision des structures de poste et d'atteinte d'une plus grande proportion de postes à temps complet.

Les objectifs de cette lettre d'entente visent, notamment, à favoriser l'attraction, la rétention et la stabilité des personnes salariées tout en améliorant l'accès aux soins et aux services pour la population. Plus particulièrement, les intentions suivantes sont évoquées dans la lettre d'entente :

- Considérant la volonté des parties de diminuer la précarité et d'assurer une plus grande stabilité des postes pour le personnel œuvrant dans les établissements du réseau de la santé et des services sociaux;
- Considérant la volonté des parties de maximiser la contribution du personnel œuvrant dans les établissements du RSSS;
- Considérant la volonté des parties de favoriser l'utilisation des services des personnes salariées afin de réduire ou d'éliminer le recours à la main-d'œuvre indépendante et de limiter les heures supplémentaires;
- Considérant la volonté des parties de dispenser des soins et des services accessibles, continus, sécuritaires et de qualité à la population;
- Considérant la nécessité de conserver le caractère attrayant des postes.

Dans le cadre de cette lettre d'entente, les parties se sont donné l'objectif d'atteindre, à l'échéance de la convention collective, une cible nationale de postes à temps complet ou de rehaussement d'heures par poste, selon la catégorie de personnel. Pour la catégorie du personnel paratechnique, des services auxiliaires et de métiers (catégorie 2), dont font partie les PAB et les ASSS, la cible nationale de postes à temps complet est établie à 60 %[10].

[9] Voir, notamment, les conventions collectives des associations syndicales qui représentent le personnel de la catégorie 2, dont font partie les PAB et les ASSS : lettre d'entente nº 27 FSSS-CSN, lettre d'entente nº 15 SCFP-FTQ et lettre d'entente nº 15 SQEES-298-FTQ.

[10] Il s'agit d'une cible globale pour l'ensemble des titres d'emploi inclus dans la catégorie 2, et non une cible nationale par titre d'emploi.

Un rapport final sera produit par le comité paritaire national sur la stabilité des postes, pour chaque syndicat, 12 mois après l'échéance de la convention collective, soit au 31 mars 2021. De manière préliminaire, les données disponibles au 31 mars 2019 indiquent que le total du nombre de postes, y compris les postes à temps complet et les postes à temps partiel, a augmenté depuis l'année de référence (année financière 2014-2015), avec une augmentation plus marquée en 2018-2019. Par ailleurs, les données préliminaires démontrent que, plus particulièrement pour le personnel de la catégorie 2, le pourcentage de détenteurs de poste qui sont à temps complet a légèrement augmenté au profit des postes à temps partiel. Il est à noter que la plupart des établissements de santé et de services sociaux du RSSS ont complété la négociation des dispositions locales des conventions collectives au cours de l'année 2018. Toutefois, l'entrée en vigueur de ces dispositions locales s'est effectuée pour la plupart en 2019, ce qui ne représente qu'une courte période avant le 31 mars 2019. L'année courante est donc importante afin de tendre vers l'atteinte des cibles inscrites dans la lettre d'entente et de pouvoir analyser les résultats finaux selon le délai prévu.

La stabilité des équipes de travail est un aspect important quant à l'attractivité et à la rétention des personnes œuvrant à titre de PAB et d'ASSS. Il est possible d'établir la corrélation selon laquelle plus l'offre de travail est attrayante sur le plan de la stabilité des postes et des quarts de travail, plus les candidats potentiels ont un intérêt accru envers les professions.

Par ailleurs, l'atteinte d'une plus grande stabilité dans les équipes de travail a des retombées positives sur la qualité et la sécurité des soins et des services donnés aux usagers puisque le même personnel peut assurer une continuité des soins et des services auprès d'eux.

Bref, la création de nouveaux postes ainsi que le rehaussement des postes à temps complet sont considérés comme étant des façons de réduire la précarité des emplois.

Objectifs de la mesure : Favoriser l'attraction et la rétention des PAB et des ASSS, réduire la précarité des emplois et assurer une plus grande stabilité des postes et des équipes.

Mesure 11 : Développement des compétences et formation continue partagée (FCP)

Annuellement, les établissements de santé et de services sociaux se soumettent à un exercice rigoureux de planification du développement des ressources humaines (PDRH) dans lequel sont prévues les formations et activités de perfectionnement prioritaires à déployer par catégorie d'emploi et par secteur d'activité. Par ailleurs, les dispositions nationales de la convention collective 2016-2020 prévoient chaque année un montant budgété équivalant à 0,38 % de la masse salariale pour le développement des ressources humaines spécifiques de l'ensemble des personnes salariées de la catégorie 2, soit le personnel paratechnique, des services auxiliaires et de métiers dont font partie les PAB.

Objectif et mode de fonctionnement

L'amélioration des compétences et des pratiques des membres du personnel est au cœur des préoccupations du MSSS et des établissements de santé et de services sociaux. Conséquemment, en novembre 2015, le comité de direction (CODIR) du MSSS et le comité de gestion du réseau (CGR) ont entériné un projet d'envergure, soit la Formation continue partagée. Ce projet permet, à l'aide d'un environnement numérique d'apprentissage (ENA) provincial, une accessibilité accrue en tout temps à une offre gratuite de formation continue de qualité pour tous les employés du RSSS. L'ENA se caractérise par une plus grande diversification des moyens de diffusion, une plus grande utilisation des nouvelles technologies (téléformation, webinaire et apprentissage en ligne) et la mise en place d'un répertoire provincial de formation continue. Plus encore, les normes de qualité FCP s'appuient sur les meilleures pratiques pédagogiques et technopédagogiques reconnues et visent le transfert optimal des apprentissages vers le milieu de travail. Actuellement, on trouve 44 formations accessibles sur l'ENA provincial spécifiquement consacrées au personnel de la catégorie 2, dont font partie les PAB et les ASSS.

Objectif de la mesure : Assurer une plus grande accessibilité à une offre gratuite de formation continue de qualité pour toutes les personnes œuvrant au sein du RSSS.

Mesure 12 : Équipes de soutien à l'amélioration continue de la prévention (ÉSACP) pour accompagner les gestionnaires et leur personnel

En octobre 2018, le ministère de la Santé et des Services sociaux a déployé le projet des équipes de soutien à l'amélioration continue de la prévention (ÉSACP) afin de favoriser le développement d'une culture de prévention. Les équipes ont comme mandat exclusif d'accompagner les gestionnaires et leurs équipes dans une analyse globale et participative de la situation de travail.

Objectif et mode de fonctionnement du programme des ÉSACP

Le projet des ÉSACP est basé sur une approche systémique de l'environnement de travail dans lequel évoluent l'employé et son équipe de travail. Cette démarche, inspirée de l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) pour l'analyse des risques psychosociaux et des grands principes du système de gestion de la santé et de la sécurité du travail (SGSST), permet d'effectuer l'analyse des différents éléments qui, selon la documentation, les données probantes et l'expérience antérieure de certains établissements de santé et de services sociaux, ont une incidence sur la présence au travail. Dans le cadre de cette analyse, un regard pourra être posé, entre autres, sur l'organisation du travail, les pratiques de gestion, les conditions d'emploi, les relations psychosociales et la dispensation des soins. Pour ce dernier point, l'équipe devra solliciter le soutien de la direction des soins infirmiers.

Le projet ne vise pas un titre d'emploi en particulier, mais plutôt un secteur et toutes les personnes qui le composent. Cependant, les établissements de santé et de services sociaux ont le mandat d'amorcer les travaux avec les secteurs qu'ils estiment prioritaires, c'est-à-dire qui présentent un haut taux d'assurance salaire ou de lésions professionnelles.

Comme les programmes de soutien à l'autonomie des personnes âgées (SAPA) des établissements, qui incluent notamment les services de SAD offerts aux personnes âgées et l'hébergement en centre d'hébergement et de soins de longue durée , ont les ratios d'heures en assurance salaire et de lésions professionnelles parmi les plus élevés, les préposés aux bénéficiaires et les auxiliaires aux services de santé et sociaux sont particulièrement concernés par les travaux. En effet, dans la première année du projet, plus de la moitié des secteurs priorisés, au sein desquels les ÉSACP devaient procéder au repérage des phénomènes dangereux et à l'évaluation des risques, touchait, entre autres, les PAB et les ASSS.

Objectif de la mesure : Réduire à court et à moyen termes le taux d'absence en assurance salaire et en lésions professionnelles afin d'augmenter la disponibilité de la main-d'œuvre et de réduire les coûts, tout en fournissant au personnel un environnement de travail sain, sécuritaire, mobilisateur et attrayant.

Mesure 13 : Plan d'action national visant la prévention des risques en milieu de travail et la promotion de la santé globale 2019-2023

Le Plan d'action national visant la prévention des risques en milieu de travail et la promotion de la santé globale 2019-2023 s'adresse à toute personne qui travaille au sein du réseau de la santé et des services sociaux, qu'elle soit salariée, cadre, hors cadre, médecin ou bénévole. Il est basé sur les orientations du Plan stratégique 2015-2020 du MSSS[11], lequel vise à implanter, dans les établissements de santé et de services sociaux du RSSS, une culture d'organisation innovante et efficiente dans un contexte de changement. Le Plan d'action national tient également compte de la Planification pluriannuelle en prévention-inspection 2017-2019 de la Commission des normes, de l'équité, de la santé et de la sécurité du travail (CNESST)[12], qui priorise le secteur des soins de santé et de l'assistance sociale au regard de trois risques jugés prioritaires dans les établissements : les troubles musculo-squelettiques (TMS), les chutes de même niveau et la violence au travail (agressions), mais également la conformité légale. Enfin, le Plan d'action national inclut le volet de la santé psychologique, y compris les exigences de la mesure 8 du Plan d'action en santé mentale 2015-2020[13] concernant la promotion de la santé mentale au travail et la réduction des risques psychosociaux au travail (RPS).

En conséquence, le Plan d'action national vise à améliorer les pratiques de gestion, l'environnement de travail et la qualité de vie au travail du personnel. Par le fait même, il cherche à assurer la présence du personnel au travail par une réduction du ratio d'heures d'assurance salaire (RHAS) et du ratio d'heures en accident du travail et maladies professionnelles (lésions professionnelles). Publié en août 2019, il a aussi pour objectif de permettre aux directions des établissements de santé et de services sociaux de suivre un parcours similaire en matière de promotion de la santé en milieu de travail et de prévention durable des risques professionnels, et de conserver une grande latitude dans le choix des interventions à mettre en œuvre au cours des prochaines années.

[11] MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Plan stratégique du ministère de la Santé et des Services sociaux 2015-2020,* [En ligne], Québec, 2017, 23 p. [publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-001550] (15 janvier 2020)

[12] COMMISSION DES NORMES, DE L'ÉQUITÉ, DE LA SANTÉ ET DE LA SÉCURITÉ DU TRAVAIL. Guide de l'employeur, *Calcul du taux personnalisé 2017,* [En ligne], Québec, c2017. 50 p. [cnesst.gouv.qc.ca/Publications/200/Documents/DC200-1451-25web.pdf] (15 janvier 2020)

[13] MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Plan d'action national visant la prévention des risques en milieu de travail et la promotion de la santé globale 2019-2023,* [En ligne], Québec, 2019, 67 p. [publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-002354] (15 janvier 2020)

État actuel de la présence au travail

Pour les établissements de santé et de services sociaux du RSSS, les données[14] démontrent que certaines professions sont plus vulnérables que d'autres à certains risques (TMS, chutes, violence). Le tableau 14 présente les pourcentages de lésions professionnelles survenues de 2014 à 2018 pour la catégorie 2, qui regroupe le personnel paratechnique, des services auxiliaires et de métiers, dont font partie les PAB et les ASSS. Les cases colorées indiquent que le personnel de cette profession a connu davantage d'incidents que la moyenne de toutes les professions pour le même type de lésion.

Tableau 14 : Pourcentage de lésions priorisées par la CNESST dans la catégorie 2 de 2014 à 2018

		Priorités de la CNESST			
Profession selon CNESST	**Nombre de lésions**	**TMS**	**Chutes[6]**	**Agression (violence)**	**Autres causes**
Catégorie 2 : Personnel paratechnique, services auxiliaires et métiers					
Aide infirmière et garçon de salle[7]	16 670	**63,1%**	7,6 %	9,4 %	19,9 %
Personnel spécialisé et auxiliaire aux soins infirmiers et thérapeutiques[8]	1 099	**54,1%**	12,6 %	7,8 %	25,4 %

[7] Correspond majoritairement aux préposés aux bénéficiaires.

[8] Correspond majoritairement aux auxiliaires familiales.

Source : La grande majorité des établissements de santé et de services sociaux du réseau public a donné l'autorisation au MSSS de consulter les données que la CNESST transmet périodiquement à tout employeur qui souhaite suivre l'évolution de ses données de la santé et de la sécurité du travail. Il est possible d'estimer, à partir de ces données, diverses statistiques telles que le taux personnalisé moyen du réseau, le nombre de lésions acceptées, etc.
MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Plan d'action national visant la prévention des risques en milieu de travail et la promotion de la santé globale 2019-2023,* [En ligne], Québec, 2019, 67 p. [publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-002354] (15 janvier 2020).

Objectif et mode de fonctionnement du plan d'action

Le Plan d'action national privilégie le développement d'une culture de promotion de la santé en milieu de travail et de prévention durable des risques professionnels dans le RSSS, notamment par l'intégration des principes d'un système de gestion de la santé et de la sécurité du travail (SGSST) qui présente 15 cibles ainsi que par l'intégration

[14] Les données disponibles sont partielles et proviennent du guichet d'échange électronique de la CNESST. Les professions retenues couvrent 48 070 lésions survenues de 2014 à 2018.

systémique des 3 axes d'intervention qui comptent 16 objectifs spécifiques en prévention de la santé psychologique au travail et en promotion des saines habitudes de vie, en prévention des risques professionnels et en conformité à la réglementation en vigueur. Le Plan d'action national détermine des cibles et des objectifs spécifiques en ces matières pour l'ensemble des établissements de santé et de services sociaux en tenant compte des orientations et des cibles ministérielles déjà établies conjointement à celles de la CNESST pour les années à venir.

Tableau 15 : Axes d'intervention et objectifs

AXE 1	AXE 2	AXE 3
PRÉVENTION EN MATIÈRE DE SANTÉ PSYCHOLOGIQUE AU TRAVAIL ET PROMOTION DES SAINES HABITUDES DE VIE	**PRÉVENTION DES RISQUES PROFESSIONNELS**	**CONFORMITÉ LÉGALE**
Objectifs		
Veiller à la santé psychologique au travail et à la réduction des RPS**	Réduire les TMS†	Rendre conforme la sécurité des machines††
		Rendre conforme le travail en hauteur††
Appliquer des pratiques de gestion respectueuses des personnes*	Réduire la violence en milieu de travail†	Rendre conformes les méthodes de cadenassage††
		Rendre conformes les nouvelles dispositions du système d'information sur les matières dangereuses utilisées au travail – Système général harmonisé (SIMDUT-SGH)††
Favoriser la santé psychologique au travail et les saines habitudes de vie auprès du personnel**	Réduire les chutes de même niveau†	Rendre conforme la gestion sécuritaire de l'amiante††

Légende :

* Politique gestion intégrée de la prévention, de la présence et de la qualité de vie au travail.

** Mesure huit du Plan d'action pour la santé mentale du Québec (2015-2020).

† Planification pluriannuelle en prévention-inspection de la CNESST (2017-2019).

†† Règlementation de la CNESST en vigueur.

Source : MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Plan d'action national visant la prévention des risques en milieu de travail et la promotion de la santé globale 2019-2023,* [En ligne], Québec, 2019, 67 p. [publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-002354] (15 janvier 2020).

Or, les établissements de santé et de services sociaux du RSSS sont invités à prendre connaissance du Plan d'action national, à se l'approprier et à l'adapter selon leurs propres activités de prévention des risques en milieu de travail et de promotion de la santé.

Finalement, l'actualisation du Plan d'action national est appuyée par des politiques budgétaires visant à financer des mesures à mettre en place afin de réduire les facteurs de risque. Le budget 2019-2020 a prévu un montant 11,3 M$ à cet effet.

État de situation plus spécifique pour les PAB et les ASSS

Sur le plan des données disponibles portant spécifiquement sur les PAB et les ASSS, certains constats relatifs aux absences liées à l'assurance salaire et à la composition démographique[15] peuvent être dégagés.

Pour les PAB

- L'hébergement en CHSLD représente les deux tiers des heures totales travaillées chez les PAB. Au cours des cinq dernières années, on observe que ce secteur a subi la plus forte hausse des heures travaillées chez les PAB avec plus de 2,5 millions d'heures, soit une augmentation globale de 9 %.
- Dans la majorité des programmes-services comportant un volume significatif d'heures travaillées (SAD, CHSLD, soins de courte durée), on peut observer une augmentation du ratio d'heures d'assurance salaire (RHAS) d'environ 15 % sur 5 ans, alors que l'augmentation se chiffrait à 26 % pour l'ensemble des titres d'emploi du réseau. Cependant, il faut préciser que le RHAS pour les PAB est historiquement supérieur à la moyenne. En 2018-2019, le RHAS se situait à 9,39 %, alors que la moyenne se chiffrait à 7,36 % pour l'ensemble des titres d'emploi.
- La contribution aux heures travaillées par le groupe des moins de 25 ans est très mineure à seulement 8 % et présente une diminution de seulement 1,1 % au cours des cinq dernières années. Nous observons une augmentation de la proportion des heures travaillées des 55 ans et plus de 17,3 % pour la même période.

[15] Pour les fins de la présente analyse, nous avons choisi de montrer les regroupements distinctifs de secteurs d'activité pour les groupes comportant environ 5 % et plus des heures travaillées pour l'ensemble d'un titre d'emploi. Ces secteurs sont : soutien à domicile (SAD), centre d'hébergement de soins de longue durée (CHSLD), soins infirmiers de courte durée, santé physique, maternité, santé mentale, jeunes en difficulté et le secteur psychosocial.

Pour les ASSS

- Parmi les programmes-services pour lesquels se trouvent le plus d'heures travaillées, seul le SAD présente une augmentation de 5,1 % des heures travaillées au cours des cinq dernières années.
- Depuis 2014-2015, l'augmentation de 24,39 % du ratio d'heures en assurance salaire pour les ASSS s'apparente à la moyenne générale qui se chiffrait à 26 %. En 2018-2019, le ratio se situait à 10,5 %.
- Dans un environnement où le nombre d'heures travaillées est relativement stagnant dans le temps, on constate un vieillissement du personnel. L'augmentation des heures travaillées, soit de 13 % pour le groupe[16] des 35 à 44 ans et de 10,5 % pour les 55 ans et plus, se fait au détriment d'une diminution du nombre d'heures travaillées pour les groupes plus jeunes (-14 % pour les moins de 25 ans et -4 % pour les 25 à 34 ans). Ce vieillissement du personnel pousse à la hausse le RHAS puisque la corrélation entre les groupes d'âge et l'utilisation en assurance salaire a été démontrée.

En somme, pour ces deux titres d'emploi, les faits saillants suivants sont retenus :

- L'augmentation de 9 % des heures travaillées pour le titre d'emploi PAB observée au cours des cinq dernières années en CHSLD est l'une des plus importantes et survient dans un contexte de rareté de main-d'œuvre.
- Le RHAS est historiquement supérieur à la moyenne pour ces deux titres d'emploi.
- Le vieillissement des travailleurs observé pour cette catégorie d'emploi a une incidence à la hausse sur le ratio de l'assurance salaire compte tenu de la corrélation entre l'âge et la fréquence ainsi que la durée des absences.

Objectif de la mesure : Préserver la santé et la sécurité de toute personne qui travaille au sein du RSSS en vue de favoriser la qualité de vie au travail, la disponibilité de la main-d'œuvre et la performance organisationnelle, et de contribuer ainsi à la qualité des soins et des services offerts aux usagers.

[16] Le regroupement par groupe d'âge est défini de la manière suivante : moins de 25 ans, 25 à 34 ans, 35 à 44 ans, 45 à 54 ans et finalement 55 ans et plus.

Mesure 14 : Mesures de valorisation des métiers d'assistance à la personne

Les métiers d'assistance à la personne, et plus particulièrement ceux de préposé aux bénéficiaires et d'auxiliaire aux services de santé et sociaux, sont des métiers dont l'importance au sein du continuum de soins est méconnue du grand public. Comme nous l'avons déjà mentionné précédemment, les PAB et les ASSS sont ceux qui ont les contacts les plus étroits avec les usagers, et cette proximité favorise le lien de confiance et les confidences. La connaissance du grand public envers les métiers de PAB, d'ASSS ainsi que des autres métiers d'assistance à la personne doit être rehaussée afin que ces métiers puissent être estimés à leur juste valeur et cessent d'être la cible de perceptions à leur égard. À cet effet, le MSSS a déjà produit un document visant à valoriser la profession de PAB. La présente section vise à exposer les mesures retenues dans le cadre de ces travaux.

1) La bonne connaissance de la profession pour en améliorer la réputation et le respect de la spécificité de la profession

Afin de bien faire connaître le rôle du PAB, les pistes de solution suivantes ont été formulées :

- Sensibiliser le grand public, les décideurs, les gestionnaires du réseau de la santé et des services sociaux, les intervenants et les actuels et futurs PAB quant à leur rôle et à son importance, à leurs tâches et à la spécificité de la profession afin de briser les perceptions négatives, et faire état du caractère essentiel de cette profession et de l'apport crucial de chacun des PAB;
- Poursuivre et concrétiser l'application de la *Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé* de 2002 (loi 90) ainsi que les orientations ministérielles sur l'approche de partenariat;
- Favoriser l'implantation de l'approche de partenariats dans tous les secteurs de soins et de services afin que les PAB soient mieux connus, prennent la parole et partagent leurs savoirs et expertise.

2) La réputation du milieu de travail et le contexte

- Promouvoir les valeurs du réseau de la santé et des services sociaux – soins humanisant et soins de qualité;
- Changer la perception négative envers le phénomène du vieillissement de la population et les conséquences sur les réseaux de la santé et des services sociaux en une perception positive le présentant comme un grand défi de société pour lequel la personne qui occupe un métier d'assistance à la personne a un rôle de premier plan;
- Promouvoir les conditions de travail des PAB dans le RSSS.

3) Un travail qui fait sens

Encourager les gestionnaires et les équipes à consulter les PAB, à les faire participer à différents comités et rencontres pour :

- Assurer l'adéquation entre les valeurs de PAB et les valeurs du milieu de travail;
- Assurer une organisation du travail qui respecte leurs valeurs et celles prônées dans le milieu de travail;
- Assurer une cohésion globale.

4) Le sentiment de compétence, d'utilité et d'efficacité

- S'assurer que le PAB joue bien son rôle et occupe sa juste place au sein de l'équipe de travail;
- S'assurer qu'il a les connaissances requises pour répondre aux besoins des usagers et garantir sa sécurité et celle de l'usager;
- Revoir la manière d'évaluer l'efficacité du préposé en fonction des valeurs humanisantes.

5) La reconnaissance et la gratification

La reconnaissance et la gratification sont la résultante des éléments mentionnés précédemment.

Objectif de la mesure : Mettre en place des mesures de valorisation du métier de préposé aux bénéficiaires de manière à améliorer l'attraction envers la profession et la rétention des préposés aux bénéficiaires et des auxiliaires aux services de santé et sociaux dans le réseau de la santé et des services sociaux.

Mesure 15 : Conditions de travail

Les personnes salariées du réseau de la santé et des services sociaux (RSSS) visées par la *Loi concernant les unités de négociation dans le secteur des affaires* sociales[17] sont majoritairement syndiquées. Leurs conditions de travail sont régies par les conventions collectives en vigueur et sont encadrées par plusieurs lois.

Ces conventions collectives encadrent uniquement les conditions de travail des personnes salariées syndiquées à l'emploi des établissements de santé et de services sociaux du RSSS, lesquelles sont également applicables à la majorité des établissements privés conventionnés (EPC)[18]. Ainsi, les personnes salariées des autres établissements privés non conventionnés qui ne sont pas assujettis, des organismes communautaires, des RPA, des RI-RTF, des cliniques et des cabinets privés (à l'exception des personnes salariées des établissements œuvrant notamment dans les groupes de médecine de famille) ne sont pas couvertes par les conventions collectives du RSSS.

Les personnes salariées du RSSS sont regroupées sous quatre (4) catégories de personnel prévues dans la Loi concernant les unités de négociation dans le secteur des affaires sociales, soit :

- la catégorie du personnel en soins infirmiers et cardiorespiratoires (catégorie 1);
- la catégorie du personnel paratechnique, des services auxiliaires et de métiers (catégorie 2), dont font partie **les PAB et les ASSS**;
- la catégorie du personnel de bureau, des techniciens et des professionnels de l'administration (catégorie 3);
- la catégorie des techniciens et des professionnels de la santé et des services sociaux (catégorie 4).

Chaque catégorie de personnel forme une unité de négociation au sein de chaque établissement[19], et les associations syndicales peuvent être accréditées pour représenter l'une ou plusieurs de ces unités de négociation.

[17] RLRQ, chapitre U-0.1.

[18] Les établissements privés conventionnés sont des centres d'hébergement et de soins de longue durée dirigés par des propriétaires privés et subventionnés par le MSSS, qui leur octroie un permis. Ils sont régis par les obligations de qualité et les contrôles du MSSS. Voir la section 2.2 de la partie 1 pour plus de précisions.

[19] En vertu de l'article 1 de la loi sur le régime de négociation des conventions collectives dans les secteurs public et parapublic, « [u]n établissement comprend une agence, un établissement public au sens de la Loi sur les services de santé et les services sociaux (chapitre S-4.2), un établissement privé conventionné au

La Loi sur le régime de négociation des conventions collectives dans les secteurs public et parapublic[20] s'applique à la négociation et à la conclusion d'une convention collective dans le secteur de la santé et des services sociaux et définit, notamment, l'organisation des parties et les modes de négociation (juridiction nationale ou locale). Les conditions de travail prévues dans les conventions collectives peuvent être négociées et convenues entre la partie patronale et les associations syndicales selon deux modes de négociation distincts, selon le sujet de la condition de travail concernée.

D'une part, **les dispositions locales** des conventions collectives sont spécifiquement et limitativement prévues dans l'annexe A.1 de la Loi sur le régime de négociation des conventions collectives dans les secteurs public et parapublic et visent principalement l'organisation du travail, sans incidence financière (ex. : les notions de poste, l'aménagement des heures et de la semaine de travail, à l'exclusion de la rémunération, les modalités relatives à la prise du temps supplémentaire, au rappel au travail et à la disponibilité, et ce, à l'exclusion des taux et de la rémunération, etc.). La négociation de ces dispositions incombe aux parties locales, soit les établissements de santé et de services sociaux et les associations syndicales accréditées au sein de chacun d'eux.

Les dispositions locales des conventions collectives peuvent être renégociées, en tout ou en partie, en tout temps après entente entre les parties[21] ou advenant l'accréditation d'une nouvelle association de personnes salariées à la suite d'une intégration d'activités ou d'une fusion d'établissements[22]. Après l'entrée en vigueur de la Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales[23], les dispositions locales des établissements publics fusionnés ont été renégociées selon la procédure et les délais applicables[24].

sens de cette *Loi*, à l'exception de celui visé au deuxième alinéa de l'article 551, et tout organisme qui fournit des services à un établissement ou à des usagers conformément à cette *Loi* et est déclaré par le gouvernement être assimilé, pour l'application de la présente *Loi*, à un établissement au sens de cette *Loi* ».

[20] RLRQ, chapitre R-8.2.

[21] Conformément aux articles 60 et 61 de la Loi sur le régime de négociation des conventions collectives dans les secteurs public et parapublic.

[22] Conformément à l'article 30 de la Loi concernant les unités de négociation dans le secteur des affaires sociales.

[23] RLRQ, c. O-7.2

[24] Il est à noter que la loi n° 10 prévoyant la fusion d'établissements rendait obligatoire l'application de la loi n° 30 et, par le fait même, a forcé la détermination de nouvelles unités d'accréditation. En application des dispositions de la loi n° 10, les parties intéressées ont dû négocier de nouvelles dispositions locales dans les conventions collectives.

D'autre part, **les dispositions nationales** des conventions collectives portent sur toutes les matières que contient la convention collective, à l'exception des matières devant faire l'objet de négociation à l'échelle locale. Les dispositions nationales visent principalement les conditions de travail ayant une incidence financière, notamment la rémunération (les échelles de salaire, les primes, le taux applicable pour les heures supplémentaires, etc.), le régime des droits parentaux, le régime de retraite, les congés avec solde (ex. : les vacances annuelles, les congés fériés, les congés mobiles, etc.), le régime de sécurité d'emploi, les régimes d'assurances collectives, etc.

En vertu de la loi sur le régime de négociation des conventions collectives dans les secteurs public et parapublic, la négociation des dispositions nationales des conventions collectives se fait par l'entremise du Comité patronal de négociation du secteur de la santé et des services sociaux (CPNSSS), sous l'autorité déléguée à la ministre de la Santé et des Services sociaux par le gouvernement. Toutefois, historiquement, les matières d'intérêt gouvernemental communes aux secteurs de la fonction publique, de l'éducation et de la santé et des services sociaux peuvent être négociées par le Secrétariat du Conseil du trésor (SCT).

Ce sont ces conditions de travail qui font l'objet de négociation entre la partie patronale et les associations syndicales afin de conclure les nouvelles dispositions nationales en vue du renouvellement des conventions collectives 2016-2020 venant à échéance le 31 mars 2020. Comme elles sont négociées avec les différents syndicats, le résultat pourrait être variable. Les conventions collectives en vigueur peuvent être consultées sur le site Web du Comité patronal de négociation du secteur de la santé et des service sociaux.

Axe 1 – Soutenir les mesures actuelles qui contribuent à offrir des conditions de travail valorisantes axées sur l'attraction et la rétention des PAB et des ASSS

Au cours des dernières années, plusieurs mesures ont été mises en place afin de réduire l'effet de la rareté de main-d'œuvre et de soutenir les personnes salariées, notamment celles offrant des soins pour les usagers des CHSLD ou des soins à domicile, dont les PAB et des ASSS.

Il faut donc évaluer les différentes mesures mises en place et soutenir celles qui contribuent à offrir des conditions de travail valorisantes axées sur l'attraction et la rétention des PAB et des ASSS.

Les actions suivantes, non exhaustives, énumèrent quelques mesures mises de l'avant dans le cadre des dispositions locales et des dispositions nationales concernant les conditions de travail applicables aux PAB et aux ASSS[25] au cours des dernières années. Ces mesures visent essentiellement à soutenir l'attraction et la rétention des personnes salariées, notamment dans certains secteurs plus vulnérables, à reconnaître et à encourager des habiletés particulières, à soutenir le développement des ressources humaines et à offrir une conciliation travail-famille-études.

Action 1.1 – Les dispositions nationales relativement aux conditions de travail des PAB et des ASSS (mesures à incidence financière)

- Congés mobiles pour la personne salariée d'un CHSLD travaillant dans une unité spécifique;
- Montant forfaitaire pour la personne salariée œuvrant auprès de la clientèle en CHSLD[26];
- Montant forfaitaire pour la personne salariée œuvrant auprès de la clientèle présentant des troubles graves de comportement[27];
- Conditions particulières aux personnes salariées des centres hospitaliers psychiatriques, y compris une prime et des congés mobiles;
- Prime de soins critiques et prime spécifique de soins critiques;

[25] Il est à noter que certaines des mesures énumérées sont soumises à des conditions d'application, faisant en sorte qu'elles peuvent s'appliquer à un certain nombre ou à tous les PAB et les ASSS, selon le cas (exemples de conditions d'application : années d'ancienneté, heures travaillées dans un secteur déterminé, moment du quart de travail effectué, fonctions occupées, etc.).
[26] Date d'échéance au 30 mars 2020.
[27] *Idem.*

- Budget de développement des ressources humaines, dont une partie des sommes est réservée au personnel de la catégorie 2;
- Prime de non-chevauchement interquart de travail;
- Prime d'ancienneté;
- Prime de chef d'équipe;
- Prime d'assistant chef d'équipe;
- Prime de quart de rotation;
- Prime de soir, de nuit et de fin de semaine;
- Prime de soir et prime de nuit majorée;
- Mesures administratives estivales[28];
- Régime de congé de conciliation famille-travail-études avec étalement du salaire et régime de congé à traitement différé;
- Sécurité d'emploi;
- Etc.

Action 1.2 – Les dispositions locales mises en place pour favoriser la disponibilité et l'offre de service par les établissements de santé et de services sociaux (organisation du travail)

La détermination de nouvelles dispositions locales a permis une application optimale des conditions de travail pouvant avoir des retombées positives sur l'organisation du travail. Les exemples suivants démontrent certaines mesures qui permettent d'atteindre une gestion plus souple des ressources humaines et, conséquemment, une meilleure stabilité, un meilleur soutien aux équipes de travail et la dispensation continue et sécuritaire des soins et des services offerts aux usagers. Ces mesures contribuent également à réduire le recours aux heures supplémentaires et à la main-d'œuvre indépendante.

Les mesures sont énumérées à titre illustratif et peuvent différencier d'un établissement de santé et de services sociaux à l'autre, selon les dispositions applicables.

- Stabilisation des équipes par :
  - le rehaussement des heures des postes à temps partiel et la création de nouveaux postes (voir la mesure 10);

[28] Mesure temporaire en vigueur durant la période estivale 2019 : octroi d'un montant forfaitaire de 75 $ pour chaque quart de travail complet effectué à partir de la deuxième fin de semaine consécutive (accessible notamment pour les PAB).

  - la réduction du nombre de cycles de dotation annuels et la limitation du nombre de mutations volontaires par personne salariée;
  - la mise en place d'équipes d'autosuffisance en échange de flexibilité dans l'organisation du travail (principe de surdotation des postes);
- Révision de la notion de poste et de service visant à permettre une plus grande stabilité des postes et à répondre aux besoins cliniques et organisationnels (ex. : redéfinir la notion de poste à temps complet afin de permettre à l'employeur de créer des postes dans plus d'un service, des postes atypiques, des postes avec quart de rotation, des postes d'équipe volante, etc.);
- Révision des règles encadrant le déplacement du personnel selon les fluctuations circonstancielles des usagers ou des services à dispenser;
- Révision des règles encadrant la disponibilité exprimée des personnes salariées pour l'octroi d'affectations temporaires (ex. : limiter les modifications de disponibilité à trois fois par année, disponibilité minimale de 12 jours sur une période de 28 jours, obligation d'offrir une disponibilité dans trois installations, etc.);
- Amélioration du soutien et du suivi aux personnes salariées nouvellement embauchées ou occupant une nouvelle fonction.

Action 1.3 – Les pratiques locales mises en place pour améliorer les conditions de travail des PAB et des ASSS

Certaines pratiques mises en place par les établissements de santé et de services sociaux peuvent également avoir des répercussions sur l'organisation des soins. Les pratiques ci-dessous sont énumérées à titre illustratif et peuvent différencier d'un établissement de santé et de services sociaux à l'autre.

- Meilleure intégration et participation accrue des PAB aux équipes de soins;
- Accueil et formation du personnel axée sur les bienfaits de l'implication des PAB au sein de l'équipe de soins, notamment grâce au budget alloué au développement des ressources humaines;
- Invitation des PAB aux rencontres d'équipe multidisciplinaire, etc.;
- Intégration dans le milieu de travail dès la formation des futurs PAB, et ce, en fonction des programmes mis en place par les établissements, par exemple :
  - possibilité de travailler, notamment à titre d'aide de service pendant la formation, pour les étudiants qui le souhaitent, selon les conditions de travail prévues dans les conventions collectives;
  - supervision des étudiants par les PAB déjà à l'emploi.

Axe 2 – Offrir des conditions de travail valorisantes axées sur l'attraction et la rétention des PAB et des ASSS – période de négociation actuelle (dispositions nationales)

Les dispositions nationales des conventions collectives arrivant à échéance le 31 mars 2020, la négociation en vue de leur renouvellement est l'occasion de les adapter aux réalités et aux défis contemporains, dont l'accroissement des besoins en soins de santé et en services sociaux en raison du vieillissement de la population et les enjeux de disponibilité de la main-d'œuvre.

Par conséquent, les stratégies d'attraction et de rétention de la main-d'œuvre sont au cœur des préoccupations du gouvernement et des établissements de santé et de services sociaux du RSSS et feront l'objet d'une attention particulière au moment du renouvellement des conditions de travail des personnes salariées. Sans être limitatifs, et compte tenu du vieillissement de la population, les soins et services en CHSLD et à domicile, et plus particulièrement les soins d'assistance, seront priorisés. En ce sens, les PAB et les ASSS occuperont une place importante puisqu'ils sont presque constamment en présence des usagers vulnérables, présence que le gouvernement souhaite encourager et valoriser.

Les priorités gouvernementales seront guidées par la négociation de conditions de travail favorisant les principes suivants :

- L'attraction et la rétention des personnes salariées œuvrant auprès de certains secteurs plus vulnérables, y compris les soins et services en CHSLD et à domicile;
- La valorisation des personnes salariées, y compris les PAB et les ASSS;
- L'accueil, l'intégration et le soutien des personnes salariées;
- Le développement des ressources humaines;
- La stabilisation des équipes, notamment en encourageant et en valorisant la disponibilité et la présence au travail;
- La révision des dispositions afin de permettre des aménagements du temps de travail souples et adaptés à la réalité des personnes salariées et de réduire les heures supplémentaires.

Dans cette optique, le gouvernement souhaite être proactif en envisageant de revoir certaines conditions de travail, d'une part dans le but d'améliorer l'accessibilité à des soins et à des services de qualité aux usagers et d'autre part dans le but de résoudre certains problèmes liés à l'organisation du travail.

La prochaine négociation constitue une occasion d'innover afin d'améliorer les conditions de travail des personnes salariées, et de les valoriser, de soutenir l'offre de soins et de services aux usagers tout en prenant soin des personnes qui y contribuent. Les conclusions résultant du renouvellement des conventions collectives qui seront en vigueur au cours des prochaines années seront connues à l'échéance des négociations.

L'une des pistes d'action envisagées dans le cadre de l'exercice de négociation avec les associations syndicales a été la proposition par le gouvernement de la mise en place de forums paritaires de discussion portant sur des priorités gouvernementales.

Action 2.1 – Proposition de la mise en place d'un forum paritaire de discussion pour traiter de l'accessibilité aux soins pour la clientèle en hébergement de longue durée ou recevant des soins à domicile

Comme l'enjeu de l'accessibilité aux soins pour la clientèle en hébergement de longue durée ou recevant des soins à domicile est défini par le gouvernement comme une des priorités, il a été proposé de mettre en place, dès le début des négociations nationales, un forum paritaire de discussion coordonné par le SCT où ont été invitées les associations syndicales représentant les PAB et les ASSS[29]. La proposition visait à traiter de l'accessibilité aux soins pour ces secteurs particuliers et à répondre aux mandats suivants :

- Analyser les impacts sur l'offre de service de certaines conditions de travail des PAB et des ASSS, lesquels offrent des soins directs à la clientèle visée, tout en considérant le travail effectué par l'équipe de soins infirmiers;
- Formuler des recommandations dans le but notamment d'améliorer l'accessibilité aux soins pour la clientèle en hébergement de longue durée ou recevant des soins à domicile.

Action 2.2 – Proposition de mise en place d'un forum paritaire de discussion pour traiter de l'enjeu de la santé globale des personnes salariées

Conscient de l'importance d'un travail valorisant et de l'intégrité physique et psychologique des personnes salariées, le gouvernement a proposé d'analyser avec les

[29] En date de la parution, les associations syndicales représentant la catégorie 2 sont les suivantes : la Fédération de la santé et des services sociaux (CSN), le Syndicat canadien de la fonction publique (FTQ) et le Syndicat québécois des employées et employés de service, section locale 298 (FTQ).

associations syndicales l'enjeu de la santé globale et de saisir l'opportunité de la négociation pour regarder autrement cette question. Ce forum a été proposé afin de traiter de la santé globale des personnes salariées et de répondre aux mandats suivants :

- Étudier cet enjeu en accordant une attention particulière aux problèmes liés à l'invalidité, notamment quant à la fréquence et à la durée des invalidités, quant à leurs causes, qu'elles soient d'origine physique ou psychologique, et quant aux conditions entourant le retour au travail;
- Identifier les problèmes à cet égard;
- Formuler des recommandations dans le but notamment de favoriser le bien-être au travail des personnes salariées et la présence au travail.

Axe 3 – Soutenir les établissements de santé et de services sociaux du RSSS relativement à l'élaboration et à l'application des dispositions encadrant notamment l'offre de disponibilité et l'organisation du travail par le CPNSSS (dispositions locales)

Le CPNSSS soutient en continu les établissements de santé et de services sociaux du RSSS relativement à l'application des dispositions encadrant l'offre de disponibilité et l'organisation du travail, notamment par le processus de négociation des dispositions locales, ce qui permet un développement constant des meilleures pratiques.

Action 3.1 – Proposition d'avenues innovantes en matière d'application des conditions de travail

Le CPNSSS est disposé à proposer des avenues en matière d'élaboration et d'application des conditions de travail, notamment par le développement de nouveaux outils et de nouvelles approches pour améliorer la gestion évaluative des conditions de travail du RSSS. En raison de son rôle, le CPNSSS concentre ses efforts notamment autour des priorités suivantes :

- Établir les conditions de travail et d'exercice en fonction de la main-d'œuvre;
- Colliger et diffuser l'information sur les compétences reconnues et sur les meilleures pratiques afférentes à la gestion des conditions de travail et d'exercice du personnel œuvrant dans le réseau;
- Créer de nouveaux outils et de nouvelles approches pour améliorer la gestion évaluative des conditions de travail du réseau;

- Ouvrir de nouvelles avenues de réflexion en matière d'organisation du travail en fonction du contexte économique et social du RSSS;
- Favoriser l'attraction de personnes en offrant des conditions facilitantes pour l'accès à la formation.

Objectif de la mesure : Offrir des conditions de travail valorisantes axées sur l'attraction et la rétention des préposés aux bénéficiaires et des auxiliaires aux services de santé et sociaux tout en ayant un impact direct sur l'offre de soins et de services à la population.

Conclusion

Les défis causés par la rareté de main-d'œuvre pour les métiers d'assistance à la personne auxquels font face le ministère de la Santé et des Services sociaux, les établissements de santé et de services sociaux ainsi que les différents partenaires (MTESS, MIFI, MEES, RPA, RI-RTF, EÉSAD, etc.) rendent nécessaire l'établissement d'un étroit travail de collaboration entre toutes les parties prenantes concernées afin d'assurer les soins et les services à la population québécoise.

En ce sens, la complémentarité des mesures proposées dans le plan d'action sur l'attraction et la fidélisation des préposés aux bénéficiaires et des auxiliaires aux services de santé et sociaux est primordiale pour atteindre l'objectif d'accroître le bassin de candidats qualifiés disponibles pour occuper un emploi dans l'un ou l'autre des métiers d'assistance à la personne ainsi que la capacité de rétention et de fidélisation de tous les milieux.

Une planification efficiente des besoins de main-d'œuvre, effectuée conjointement par le MSSS et les établissements de santé et de services sociaux, permettra une meilleure adéquation entre les besoins de formation et les besoins du milieu.

Les mesures visant l'attraction envers les métiers d'assistance à la personne permettront de mieux faire connaître positivement les différents métiers d'assistance à la personne de même que les possibilités de carrière et ainsi attirer des candidats qui souhaitent s'engager dans une organisation offrant des soins et des services d'assistance à la personne.

Quant aux mesures de rétention, elles contribueront à offrir des conditions de travail valorisantes et un milieu de travail sain et sécuritaire afin que les personnes qui exercent les métiers de préposé aux bénéficiaires ou d'auxiliaire aux services de santé et sociaux puissent le faire dans des conditions favorisant leur fidélisation.

L'apport de toutes les instances concernées (MSSS, établissements de santé et de services sociaux, employés, syndicats, MTESS, MEES et centres de formation professionnelle, MIFI, résidences privées pour aînés (RPA), ressources intermédiaires et ressources de type familial (RI-RTF), EÉSAD, etc.) sera essentiel afin d'assurer le succès des différentes mesures prévues dans le plan d'action et de permettre à la population québécoise de bénéficier de soins et de services sécuritaires et de qualité.

Bibliographie

COMMISSION DES NORMES, DE L'ÉQUITÉ, DE LA SANTÉ ET DE LA SÉCURITÉ DU TRAVAIL. Guide de l'employeur, *Calcul du taux personnalisé 2017,* [En ligne], Québec, c2017. 50 p. [cnesst.gouv.qc.ca/Publications/200/Documents/DC200-1451-25web.pdf] (15 janvier 2020).

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Plan d'action en santé mentale 2015-2020*, [En ligne], Québec, 2017, 87 p. [publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-001319] (15 janvier 2020).

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Plan d'action national visant la prévention des risques en milieu de travail et la promotion de la santé globale 2019-2023,* [En ligne], Québec, 2019, 67 p. [publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-002354] (15 janvier 2020).

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Plan stratégique du ministère de la Santé et des Services sociaux 2015-2020,* [En ligne], Québec, 2017, 23 p. [publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-001550] (15 janvier 2020).

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Programme d'accueil et d'intégration des nouveaux PAB en établissement de santé, Cadre de référence, édition 2019,* Québec, Direction de la planification de la main-d'œuvre, 2019, 43 p.

Références juridiques

Code des professions (RLRQ), c. C-26 : à jour au 10 décembre 2019, [Québec], Éditeur officiel du Québec, 2019.

Loi concernant les unités de négociation dans le secteur des affaires sociales (RLRQ), c. U-0.1 : à jour au 10 décembre 2019, [Québec], Éditeur officiel du Québec, 2019.

Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales (RLRQ), c. O-7.2 : à jour au 10 décembre 2019, [Québec], Éditeur officiel du Québec, 2019.

Loi sur la protection de la jeunesse (RLRQ), c. P-34.1 : à jour au 10 décembre 2019, [Québec], Éditeur officiel du Québec, 2019.

Loi sur la représentation des ressources de type familial et de certaines ressources intermédiaires et sur le régime de négociation d'une entente collective les concernant (RLRQ), c. R-24.0.2 : à jour au 10 décembre 2019, [Québec], Éditeur officiel du Québec, 2019.

Loi sur le régime de négociation des conventions collectives dans les secteurs public et parapublic (RLRQ), c. R-8.2 : à jour au 10 décembre 2019, [Québec], Éditeur officiel du Québec, 2019.

Loi sur les infirmières et les infirmiers (RLRQ), c. I-8 : à jour au 10 décembre 2019, [Québec], Éditeur officiel du Québec, 2019.

Loi sur les services de santé et les services sociaux (RLRQ), c. S-4.2 : à jour au 10 décembre 2019, [Québec], Éditeur officiel du Québec, 2019.

QUÉBEC. *Recueil annuel des lois du Québec : Loi modifiant le code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé mentale et des relations humaines,* 2009, c. 28.

« Règlement sur la certification des résidences privées pour aînés », *Gazette officielle du Québec*, Partie 2, 150e année, no 12, 21 mars 2018, p. 1758-1776.

Règlement sur l'exercice des activités décrites aux articles 39.7 et 39.8 du Code des professions (RLRQ), c. C-26, r.3 : à jour au 1er novembre 2019, [Québec], Éditeur officiel du Québec, 2019.

Annexes

Annexe 1 : Outil d'évaluation multiclientèle (OÉMC), Système de mesure de l'autonomie fonctionnelle (SMAF) et Profils ISO-SMAF

L'OÉMC est l'outil d'évaluation globale de l'usager comprenant 2 parties : **l'aide-mémoire et le SMAF. La partie aide-mémoire** de l'OÉMC sert à recueillir des informations sur les aspects suivants :

- l'état de santé
- les habitudes de vie
- la situation psychosociale
- les conditions économiques
- l'environnement physique

Une synthèse de l'évaluation est effectuée à la fin du processus.

Le SMAF, intégré dans l'OÉMC, mesure 29 items de l'autonomie fonctionnelle de l'usager regroupés selon :

- les activités de la vie quotidienne (AVQ)
- la mobilité
- la communication
- les fonctions mentales
- les activités de la vie domestique (AVD)

Pour chacun des 29 items du SMAF, l'intervenant évalue :

- le degré d'incapacité;
- le degré de handicap (qui tient compte des ressources humaines disponibles et de la stabilité de celles-ci).

Un score pour le degré d'incapacité et un score pour le degré de handicap est établi en additionnant le score obtenu pour chaque item. Le score maximum est de 87 (29 items X score maximal 3).

Enfin **le Profils ISO-SMAF** de l'usager est établi à partir des scores d'incapacité des 29 éléments du SMAF, au moyen d'un algorithme informatisé dans la solution informatique RSIPA. La classification en 14 profils ISO-SMAF correspond à 14 profils de besoins qui requièrent des services similaires.

Le profil ISO-SMAF ne peut être utilisé seul pour faire un plan d'intervention ou un plan de services puisque le profil ISO-SMAF est basé uniquement sur les incapacités fonctionnelles et ne tient pas compte du contexte global de la personne (partie aide-mémoire) et de son degré d'handicap.

Annexe 2 : Plan d'action pour l'attraction et la fidélisation des préposés aux bénéficiaire et des auxiliaires aux services de santé et sociaux

	Mesures	Objectifs	Actions	Acteurs	Investissements	In
1	Plan prévisionnel des effectifs	Établir les besoins de main-d'œuvre afin de mettre en place les stratégies appropriées, nationales et locales, pour répondre aux besoins de main-d'œuvre énoncés.	• Transmettre des documents et des directives aux établissements de santé et de services sociaux en provenance de la DPMO • Faire produire des documents par les établissements de santé et de services sociaux et les acheminer à la DPMO • Faire analyser et synthétiser des documents par la DPMO • Faire produire des rapports de main-d'œuvre par la DASI et la DPMO	• Direction de la planification de la main-d'œuvre (DPMO, MSSS) • Établissements de santé et de services sociaux Collaborateur : • Direction de l'analyse et du soutien informationnel (DASI, MSSS)		• Plai qua qua pro les • Mis ann rap sur MO
2	Programme d'études professionnelles : DEP APED – programme et modalités de diffusion	Favoriser les partenariats entre les établissements de santé et de services sociaux et les centres de formation professionnelle pour la mise en place de formations prévoyant un apprentissage accru en milieu de travail, en veillant à l'uniformité de la valeur du diplôme délivré, afin d'accroître l'attraction du programme et d'augmenter le nombre de diplômés.	• Par l'entremise des tables régionales d'adéquation emploi-formation, favoriser les partenariats entre les établissements de santé et de services sociaux et les centres de formation professionnelle • Implanter des programmes d'apprentissage en milieu de travail dans les différentes régions du Québec	• Direction de la planification de la main-d'œuvre (MSSS) • Établissements de santé et de services sociaux • Direction de la formation professionnelle (MEES) • Centres de formation professionnelle (MEES) Collaborateur :		• Nor d'ét de s serv où l d'ap en r trav imp

Annexe 2 : Plan d'action pour l'attraction et la fidélisation des préposés aux bénéficiaires et des auxiliaires aux services de santé et sociaux

				• Fédération des commissions scolaires du Québec		
3	Vigie des programmes de formation	Veiller à ce que la dispensation des programmes de formation s'effectue sans heurts et régler les problématiques qui émergent.	• Tenir des rencontres statutaires et ponctuelles entre les différents partenaires • Trouver des solutions aux problématiques émergentes	• Direction de la planification de la main-d'œuvre (MSSS) • Direction du soutien à domicile (MSSS) • Direction de la qualité des milieux de vie (MSSS) • Direction de la formation professionnelle (MEES) • Fédération des commissions scolaires Collaborateurs : • MTESS (pour les liens avec les RPA) • Établissements de santé et de services sociaux • Résidences privées pour aînés • Réseau des EÉSAD		• Ren tenu • Prob régl

Annexe 2 : Plan d'action pour l'attraction et la fidélisation des préposés aux bénéficiaire et des auxiliaires aux services de santé et sociaux

4	Promotion des métiers d'assistance à la personne	Promouvoir les métiers et les professions en santé et services sociaux, dont les métiers d'assistance à la personne, afin d'attirer les personnes dans les cohortes de formation et d'accroître les bassins de candidats disponibles.	• Établir le plan d'action pour la promotion des métiers et des professions en santé et services sociaux • Appliquer les mesures prévues dans le plan d'action (mesures nationales et mesures locales)	• Direction de la planification de la main-d'œuvre (MSSS) • Direction des communications (MSSS) • Établissements de santé et de services sociaux Collaborateur : • MTESS		• Mis ann We • Can pro mét pro san serv ann
5	Programme de bourses pour les PAB et les ASSS	Développer de nouveaux bassins de recrutement afin d'accroître le nombre d'inscriptions dans le programme de formation du DEP APED.	• Promouvoir le programme de bourses par le MSSS et les établissements de santé et de services sociaux • Octroyer des bourses aux candidats qui répondent aux critères de recrutement établis par les établissements de santé et de services sociaux	• Direction de la planification de la main-d'œuvre (MSSS) • Établissements de santé et de services sociaux	15 M$ 630 000 $ pour les EPC	• Oct bou au p pou RSS • Oct bou au p pou EPC

Annexe 2 : Plan d'action pour l'attraction et la fidélisation des préposés aux bénéficiaires et des auxiliaires aux services de santé et sociaux

6	Recrutement international	1) Définir un plan de communication par l'équipe RSQ pour bien cibler la promotion à effectuer au niveau international en fonction des différents bassins de candidatures; 2) Définir les parcours à mettre en place pour venir travailler dans le RSSS en fonction des différents bassins de candidatures; 3) Faciliter la compréhension des démarches d'immigration; 4) Faciliter l'accueil et l'intégration des diplômés hors Canada dans le RSSS au moyen d'outils.	• Planifier les missions en fonction des besoins ciblés par les établissements de santé et de services sociaux • Mener les missions prévues au calendrier	• Recrutement Santé Québec (Direction de la planification de la main-d'œuvre, MSSS) • Établissements de santé et de services sociaux • MIFI • MEES		• Aug nom recr l'int pass 201 en 2

Annexe 2 : Plan d'action pour l'attraction et la fidélisation des préposés aux bénéficiaire et des auxiliaires aux services de santé et sociaux

7	Mise en place de tables régionales d'adéquation emploi-formation	Établir une collaboration continue entre les établissements de santé et de services sociaux et leurs différents partenaires en vue de mettre en place des stratégies pour avoir la main-d'œuvre nécessaire à la dispensation des soins et des services à la population québécoise.	• Faciliter la mise en place de tables régionales d'adéquation emploi-formation • Établir les priorités régionales et mettre en place les mesures concertées de collaboration	• Direction de la planification de la main-d'œuvre (MSSS) • Établissements de santé et de services sociaux • Directions régionales de Services Québec (MTESS) • Centres de formation professionnelle (MEES) • Partenaires régionaux selon la région de l'établissement de santé et de services sociaux		• Tab dan régi Que
8	Plan Santé en collaboration avec le MTESS	Mettre en place une culture de collaboration entre les ministères concernés afin d'adopter des mesures permettant de veiller à ce que le réseau de la santé et des services sociaux, ainsi que ses partenaires, puisse bénéficier d'une main-d'œuvre qualifiée en quantité suffisante.	• Mener une campagne de promotion des métiers et des professions en santé et services sociaux • Soutenir les RPA en matière de gestion des ressources humaines • Tenir des cellules d'innovation afin de cibler des projets novateurs dans chacune des régions	• Direction de la planification de la main-d'œuvre (MSSS) • MTESS Collaborateurs : • Établissements de santé et de services sociaux • Résidences privées pour aînés		• Une pro pro ann • Un nov régi les les

Annexe 2 : Plan d'action pour l'attraction et la fidélisation des préposés aux bénéficiaire et des auxiliaires aux services de santé et sociaux

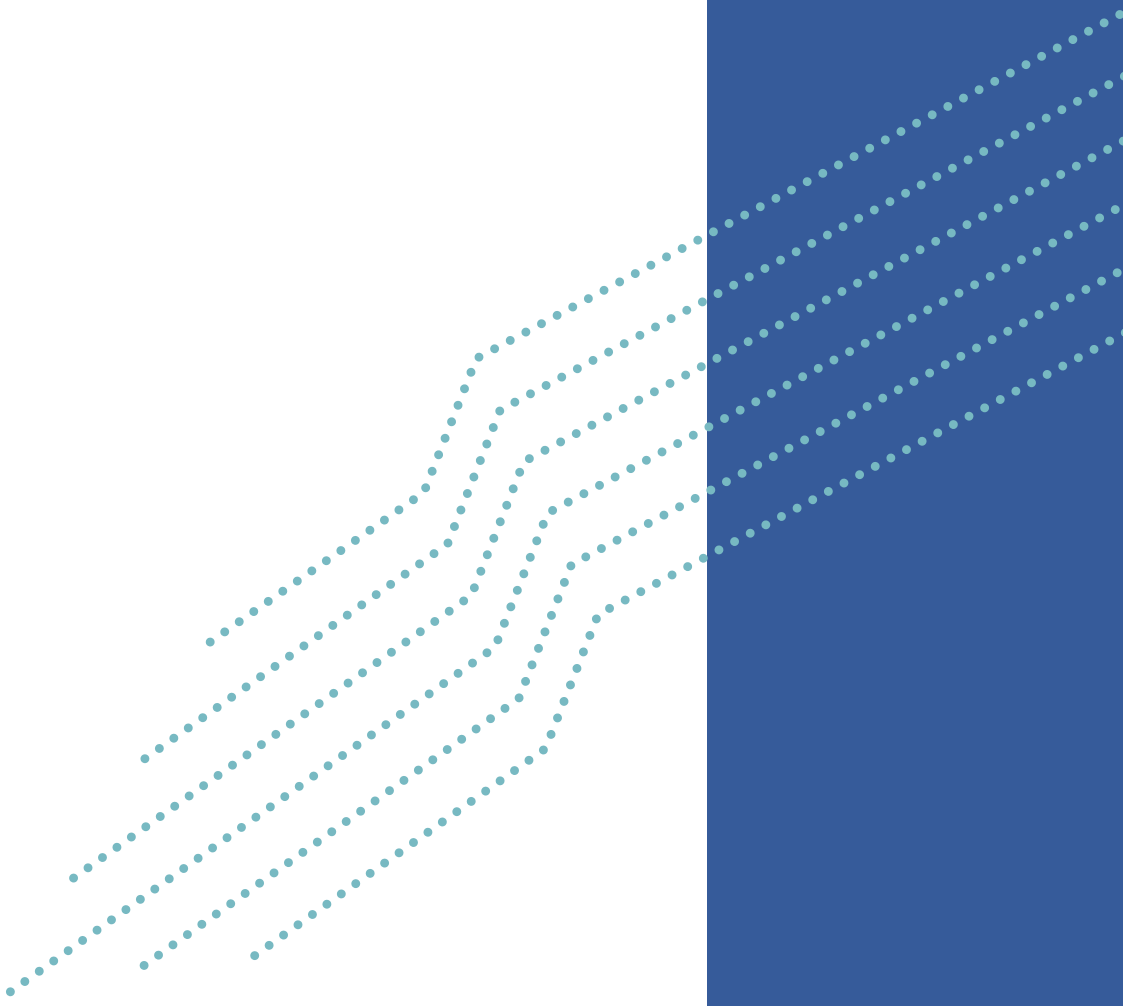
			• Mettre en place les projets novateurs choisis dans chacune des régions	• MIFI • MEES		d'as pers
9	Cadre de référence sur l'accueil et l'intégration des PAB	Augmenter le taux de rétention des personnes qui débutent dans la profession de préposé aux bénéficiaires dans un établissement de santé et de services sociaux.	• Mettre en place un programme d'accueil et d'intégration des PAB dans chaque établissement de santé et de services sociaux • Mettre en place des PAB coach dans chacun des établissements de santé et de services sociaux	• Direction de la planification de la main-d'œuvre (MSSS) • Établissements de santé et de services sociaux	2,3 M$ pour la mesure de PAB coach	• Cad réfé imp cha étal sant serv • Aug de r nou
10	Stabilisation des équipes	Favoriser l'attraction et la rétention des PAB et des ASSS, réduire la précarité des emplois et assurer une plus grande stabilité des postes et des équipes.	• Chaque établissement de santé et de services sociaux doit évaluer sa structure de postes afin de la rendre attrayante, de contribuer à réduire la précarité des emplois et d'assurer une plus grande stabilité des équipes de travail	• Direction de la planification de la main-d'œuvre (MSSS) • CPNSSS • Établissements de santé et de services sociaux Collaborateurs : • Syndicats nationaux et locaux		• Atte cibl la le sur pos pos con pos cat (y c et l

Annexe 2 : Plan d'action pour l'attraction et la fidélisation des préposés aux bénéficiaire et des auxiliaires aux services de santé et sociaux

11	Développement des compétences et formation continue partagée (FCP)	Assurer une plus grande accessibilité à une offre gratuite de formation continue de qualité pour toutes les personnes œuvrant au sein du RSSS.	• Mettre en place des formations pour les PAB et les ASSS • Assurer la diffusion de ces formations aux PAB et aux ASSS	• Direction de la santé des personnes et du développement organisationnel (MSSS) • Établissements de santé et de services sociaux		
12	Équipes de soutien en matière d'amélioration continue de la prévention (ESACP) pour accompagner les gestionnaires et leur personnel	Réduire à court et à moyen termes le taux d'absence en assurance salaire et en lésions professionnelles afin d'augmenter la disponibilité de la main-d'œuvre et de réduire les coûts, tout en fournissant au personnel un environnement de travail sain, sécuritaire, mobilisateur et attrayant.	• Faire déterminer les dossiers prioritaires par les ESACP des établissements de santé et de services sociaux • Réaliser les projets ciblés	• Direction de la santé des personnes et du développement organisationnel (MSSS) • Établissements de santé et de services sociaux		• Am indi aux ass
13	Plan d'action national visant la prévention des risques en milieu de travail et la promotion de la santé globale 2019-2023	Préserver la santé et la sécurité de toute personne qui travaille au sein du RSSS en vue de favoriser la qualité de vie au travail, la disponibilité de la main-d'œuvre et la performance organisationnelle, et de contribuer ainsi à la qualité des soins et des services offerts aux usagers.	• Mettre en place les mesures prévues dans le plan d'action	• Direction de la santé des personnes et du développement organisationnel (MSSS) • Établissements de santé et de services sociaux		• Am indi la q au t

Annexe 2 : Plan d'action pour l'attraction et la fidélisation des préposés aux bénéficiaires et des auxiliaires aux services de santé et sociaux

14	Mesures de valorisation des métiers d'assistance à la personne	Mettre en place des mesures de valorisation du métier de préposé aux bénéficiaires de manière à améliorer l'attraction envers la profession et la rétention des préposés aux bénéficiaires et des auxiliaires aux services de santé et sociaux dans le réseau de la santé et des services sociaux.	• Déterminer les mesures porteuses • Mettre en place les mesures porteuses déterminées	• Direction de la planification de la main-d'œuvre (MSSS) • Directions cliniques du MSSS • Établissements de santé et de services sociaux		• Mes port déte • Mes port imp
15	Conditions de travail	Offrir des conditions de travail valorisantes axées sur l'attraction et la rétention des préposés aux bénéficiaires et des auxiliaires aux services de santé et sociaux tout en ayant un impact direct sur l'offre de soins et de services à la population.	• Négocier les dispositions nationales des conventions collectives avec les associations syndicales	• CPNSSS • Établissements de santé et de services sociaux Collaborateurs : • Syndicats nationaux et locaux		• Disp nati conv coll nég



Santé
et Services sociaux
Québec

19-503-12W