



O C H U

ONTARIO COUNCIL OF HOSPITAL UNIONS

Mémoire sur les normes de formation des préposées et préposés aux services de soutien à la personne (PSSP) en Ontario

**Présenté au
Ministère de la Santé et des Soins de longue durée
(MSSLD) de l'Ontario**

par

**Le Syndicat canadien de la fonction publique
(SCFP-Ontario)**

**Le Conseil des syndicats d'hôpitaux de l'Ontario
(CSHO/SCFP)**

Service de la recherche du SCFP

Juin 2012

Table des matières

Introduction et sommaire	3
Questions de la consultation : normes de formation des préposés aux services de soutien à la personne 5	
Il faut une seule norme de formation des PSSP en Ontario	5
<i>Collèges communautaires</i>	6
<i>Collèges privés d'enseignement professionnel</i>	7
<i>Conseils de l'éducation</i>	7
Normes de formation des PSSP ailleurs.....	8
<i>Nouvelle-Écosse</i>	8
<i>Saskatchewan</i>	8
<i>Colombie-Britannique</i>	8
<i>Programme de l'Association nationale</i>	9
La nouvelle norme des PSSP devrait inclure une nouvelle formation.....	9
Défis et possibilités de la mise en oeuvre du normes de formation des PSSP	10
<i>Financement des PSSP, superviseurs et formation des éducateurs</i>	10
<i>ÉRA et mentorat</i>	11
<i>Programmes d'apprentissage pour les PSSP</i>	11
<i>Conformité des établissements d'enseignement</i>	12
Le traitement inadéquat réservé aux PSSP (qui sont surtout des femmes) doit cesser.....	12
<i>Il faut bonifier les salaires et avantages sociaux des PSSP</i>	13
<i>Il faut plus de PSSP pour améliorer les conditions de travail et les soins</i>	14
<i>Il faut améliorer les postes de PSSP pour les femmes, surtout les femmes racisées, qui sont marginalisées dans le travail de soutien personnel</i>	15
Conclusion	15

Introduction et sommaire

Le Syndicat canadien de la fonction publique de l'Ontario (SCFP-Ontario) et le Conseil des syndicats d'hôpitaux de l'Ontario (CSHO), un conseil de négociation du SCFP, représentent 65 000 travailleuses et travailleurs de la santé parmi leurs 240 000 membres. En Ontario, le SCFP représente 27 000 préposées et préposés aux services de soutien à la personne (PSSP) et aides aux soins (AS), qui travaillent surtout dans le secteur de la santé, mais aussi dans celui des services sociaux.

Au niveau national, le SCFP, qui compte plus de 615 000 membres, est le plus grand syndicat du pays. Les membres du SCFP travaillent dans le secteur public – santé, soins communautaires, services sociaux, municipalités, conseils scolaires et universités. Le SCFP compte plus de membres dans le secteur de la santé que tout autre syndicat au Canada et en Ontario.

Le syndicat est heureux de l'occasion qui lui est offerte de répondre au ministère de la Santé et des Soins de longue durée (le ministère) dans la foulée des consultations tenues en avril 2012, à Toronto, avec des intervenants clés, dont le SCFP-Ontario et le CSHO¹, sur les normes de formation des PSSP.

Le présent mémoire recommande l'adoption d'une seule norme de formation pour les PSSP en Ontario afin d'améliorer la qualité des soins de santé. Il souligne également l'importance qu'accorde le syndicat à l'universalité des soins de santé depuis quarante ans. Le syndicat milite en faveur de la fin de la sous-traitance obligatoire dans les soins à domicile, qui a créé des listes d'attente de plus de 10 000 personnes; d'une norme minimale réglementaire de 3,5 heures de soins directs par jour pour les pensionnaires des établissements de soins de longue durée; et d'une dotation en personnel et d'un financement adéquats pour les soins hospitaliers sans but lucratif et publics. La bonification des salaires et conditions de travail des PSSP est l'un des moyens à prendre pour améliorer la vie de leurs patients. Le roulement chez les PSSP et le manque de continuité dans les soins qui en résulte sont un obstacle majeur à des soins de grande qualité, en particulier dans le secteur des soins à domicile. D'autres efforts entrepris par le gouvernement, comme la création d'un registre des PSSP, sont beaucoup moins importants pour la qualité des soins – et peuvent même constituer un recul.

À notre avis, la proposition de création d'un registre est basée sur de mauvaises prémisses, car elle porte uniquement sur les travailleuses et travailleurs alors qu'elle devrait aussi tenir compte des problèmes de notre système de santé. Nous pensons que c'est l'absence d'une véritable réglementation et les politiques gouvernementales comme la sous-traitance obligatoire des services qui créent ces problèmes systémiques, notamment :

- ♦ Le sous-financement des hôpitaux, des soins de longue durée et des soins à domicile;
- ♦ L'insuffisance des mécanismes de reddition de comptes et de transparence;
- ♦ Les risques pour la santé et la sécurité, tant des bénéficiaires que des travailleuses et travailleurs de la santé;
- ♦ L'augmentation de la charge de travail;
- ♦ Les faibles niveaux de dotation en personnel;
- ♦ Les listes d'attente;
- ♦ L'absence d'une norme de soins directs exigée par la loi pour les pensionnaires des établissements de soins de longue durée;
- ♦ Le peu d'importance accordé aux investissements pour le développement des compétences et de l'apprentissage de base pour les PSSP de tout le système de santé.

Pour améliorer la qualité des soins, il ne devrait y avoir qu'une seule norme de formation pour les PSSP en Ontario. Deux ou trois normes créeront de la confusion et nuiront à la qualité des soins. Il ne faut pas permettre aux établissements d'enseignement à but lucratif, mus par le profit, d'affaiblir la norme de formation provinciale pour les PSSP. On trouve dans la province des exemples d'application d'une seule norme pour des professions semblables à celle des PSSP de l'Ontario. Et le présent rapport propose des exemples trouvés dans trois autres provinces : la Nouvelle-Écosse, la Saskatchewan et la Colombie-Britannique.

Toutefois, pour assurer l'instauration d'une seule norme de formation pour les PSSP, la formation doit être financée par le secteur public et offerte par des fournisseurs sans but lucratif. Les PSSP ne peuvent pas assumer seuls le financement de leur formation. Les salaires des PSSP sont souvent faibles et leurs conditions de travail mauvaises et dangereuses. Un organisme gouvernemental doit superviser la mise en œuvre et le financement des normes de formation des PSSP, de leurs superviseurs (habituellement des infirmières auxiliaires autorisées [IAA] et des infirmières autorisées [IA]) et des formateurs des PSSP. La formation des PSSP doit comprendre des programmes d'apprentissage semblables à ceux des métiers en Ontario.

La plupart des PSSP en Ontario sont des femmes, et beaucoup d'entre elles sont racisées². Beaucoup de femmes, racisées ou non, souffrent déjà de discrimination dans notre société. Chez les PSSP, on ajoute les faibles salaires et les mauvaises conditions de travail. Si les conditions de travail et la rémunération ne s'améliorent pas, cette profession risque de devenir encore plus marginalisée. Mais l'amélioration de la norme de formation des PSSP ne suffira pas à leur procurer le respect et la dignité que mérite cette profession. Il faut impérativement rehausser la formation, les salaires et les conditions de travail des PSSP.

Questions de consultation : Normes de formation pour les préposées et préposés aux services de soutien à la personne

Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée a annoncé, en mai 2011, la création d'un registre des préposées et préposés aux services de soutien à la personne (PSSP) afin de mieux répondre aux besoins des patients et clients ontariens et de reconnaître à sa juste valeur le travail des PSSP. Le SCFP et le CSHO ont participé au processus de création du registre en défendant les droits des PSSP et des aides en soins (AS). Jusqu'à maintenant, toutefois, nous ne sommes pas convaincus que ce processus améliorera les soins de santé, ni la vie des PSSP. Et pour assurer l'efficacité du registre des PSSP, il faut préciser la composition de cette liste. Sinon, il est difficile de savoir à quoi elle sert.

Le ministère a entrepris un processus de consultation sur les normes de formation des PSSP. À l'heure actuelle, les normes de formation des PSSP varient selon le type d'établissement d'enseignement qui fournit la formation.

Une norme de formation des PSSP de l'Ontario doit englober toute la formation des PSSP, peu importe par qui elle est offerte. Sans cohérence, il n'y aura pas de norme et le titre de « préposée et préposé aux services de soutien à la personne » restera vague.

Une norme de formation des PSSP doit aussi s'appliquer aux établissements d'enseignement. Les écoles doivent être accréditées par un organisme du gouvernement provincial.

Il faut une norme de formation des PSSP en Ontario

Nous sommes en faveur d'une norme de formation unique pour les PSSP. D'autres provinces empruntent cette voie et la National Association of Certified Caregiver Personal Support Workers (Association nationale des soignants accrédités – Préposés aux services de soutien à la personne) a commencé à promouvoir la normalisation d'un programme destiné aux PSSP au niveau national.

Malheureusement, le ministère a suggéré non pas une, mais bien *trois* normes de formation pour les PSSP :

« La réglementation en vertu de la *Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée* exige que, à compter du 1^{er} juillet 2011, les PSSP au service de foyers de soins de longue durée, sauf quelques exceptions limitées, aient suivi un programme conforme à l'une des trois normes de formation ci-dessous.

- ♦ Normes professionnelles établies par le ministère de la Formation et des Collèges et Universités (fournies par les Collèges d'arts appliqués et de technologie*)

**Remarque : Cette norme du ministère ne s'applique qu'aux programmes de formation professionnelle des PSSP fournis par les Collèges d'arts appliqués et de technologie de l'Ontario (CAAT) et ne s'applique pas aux programmes de formation professionnelle des PSSP fournis par les collèges privés d'enseignement professionnel (CPEP) de l'Ontario. Les programmes de PSSP offerts par le CPEP doivent adhérer à l'une des deux normes ci-dessous ou avertir les étudiants qu'ils ne seront pas admissibles à un emploi dans le secteur des soins de longue durée.*

- ♦ Normes établies par l'Association Nationale des Collèges de Carrières
- ♦ Normes établies par l'Association ontarienne de soutien communautaire (AOSC). »

Le ministère demande ensuite :

« Existe-t-il des raisons pour lesquelles ces trois normes ne devraient pas être adoptées, telles qu'elles sont rédigées ou avec certaines modifications, en tant qu'exigences d'admissibilité de base pour le registre des PSSP de l'Ontario? »

La formation des PSSP devrait être soumise à une seule norme et fournie par des établissements d'enseignement sans but lucratif. Mais présentement, en Ontario, trois types très différents d'organisations offrent trois programmes différents, avec différentes normes de formation pour les PSSP. Les collèges communautaires, les collèges privés d'enseignement professionnels et les conseils de l'éducation offrent tous une formation aux PSSP.

Collèges communautaires

Le personnel des Collèges d'arts appliqués et de technologie (CAAT) de l'Ontario offre une formation aux PSSP selon une norme établie en 2005 par le ministère de la Formation et des Collèges et universités (MFCU).³ Les programmes des PSSP sont offerts par environ 22 collèges communautaires, pendant approximativement huit mois, ou deux semestres. Le programme compte **770 heures**, dont 386 heures de laboratoire ou d'exercices pratiques et 384 heures de classe ou de théorie.⁴

Collèges privés d'enseignement professionnel

Les collèges privés d'enseignement professionnel de l'Ontario « ne sont pas tenus de se conformer aux normes des programmes des collèges communautaires ». ⁵ Depuis le 1^{er} juillet 2011, les collèges privés d'enseignement professionnel doivent adhérer à la norme de l'Association nationale des collèges de carrières (ANCC) ou à la norme de 1997 de l'Association ontarienne de soutien communautaire. ⁶ L'Association nationale des collèges de carrières (ANCC) offre un programme de **640 heures**, dont 355 heures de laboratoire ou d'exercices pratiques et 384 heures de classe ou de théorie. ⁷ En 2006, on comptait 121 collèges privés d'enseignement professionnel offrant des programmes de PSSP. ⁸

Conseils d'éducation

La formation des PSSP est aussi offerte dans le cadre de programmes de formation continue pour adultes qui mènent à l'obtention d'un diplôme d'études secondaires. ⁹ Les programmes de formation des adultes comprennent **810 heures**, dont 270 heures de laboratoire ou d'exercices pratiques et 540 heures de classe ou de théorie. ¹⁰ Les conseils d'éducation utilisent **soit** le programme de 1997 de l'Association ontarienne de soutien communautaire élaboré par le ministère de la Santé et des Soins de longue durée, **soit** le programme de 2005 du MFCU mentionné ci-dessus. ¹¹

En somme, il existe tout un ensemble confus de fournisseurs, de normes et de programmes en Ontario et la proposition du ministère n'améliorera pas du tout la situation. Encore une fois, on laissera aux employeurs le soin de déterminer l'adéquation de chaque programme. Ceux qui sont mus par le profit favoriseront la formation la plus élémentaire dans l'espoir d'obtenir une main-d'œuvre bon marché. Ceux qui se préoccupent davantage des connaissances acquises par leur personnel favoriseront des PSSP mieux formés. Quant au public, qui ne possède pas de connaissances d'experts en matière de normes de formation des PSSP ou de pratiques d'embauchage de l'organisation qui offre les soins, il devra s'en remettre au hasard.

Il serait de loin préférable d'instaurer un programme à une seule norme fourni par des établissements sans but lucratif. Les chercheurs du Conseil consultatif de réglementation des professions de la santé (CCRPS) ont conclu, en 2006, que certains intervenants voulaient un programme de formation plus standard qui offrirait aux autres membres des équipes de soins « une meilleure compréhension des capacités et responsabilités des PSSP, en particulier en ce qui a trait à la délégation des actes autorisés ». ¹² La normalisation des programmes de PSSP a été l'un des thèmes du Comité de planification pancanadien sur les travailleuses et travailleurs de la santé non réglementés de 2008. ¹³

Normes de formation pour les PSSP ailleurs au pays

La Nouvelle-Écosse, la Saskatchewan et la Colombie-Britannique, entre autres provinces, ont normalisé les programmes de formation des PSSP¹⁴ avec un nombre d'heures fixe, ou s'orientent dans cette direction. En outre, un groupe national est en train d'élaborer un programme normalisé national.

Nouvelle-Écosse

En 2000, la Nouvelle-Écosse a créé le programme de formation des aides en soins continus (ASC) qui comprend un minimum de **840 heures**, dont 330 heures de laboratoire ou d'exercices pratiques (clinique) et 510 heures de classe ou de théorie.¹⁵ Même si ce programme est offert dans différents milieux, la formation de base reste semblable. Le programme des ASC est offert par les collèges communautaires, les foyers de soins infirmiers et les foyers pour personnes âgées accrédités, les agences de soutien à domicile, les programmes d'activité au travail de la Nouvelle-Écosse et les collèges privés d'enseignement professionnel.¹⁶

Saskatchewan

En 2007, l'Association des infirmières et infirmiers auxiliaires autorisés de la Saskatchewan, au nom du comité de direction du partenariat du secteur des aides en soins à domicile et en soins spéciaux, a commandé une étude qui a trouvé quatre établissements d'enseignement offrant des programmes de formation des PSSP : le Saskatchewan Institute of Applied Science and Technology (SIASST), le Saskatchewan Indian Institute of Technologies (SIIT), le Saskatoon Business College (SBC) et le Lakeland Regional College (LRC). Les quatre programmes comprenaient entre 26 et 30 semaines de formation, avec des heures de théorie en classe variant entre 428 et 610 et des heures d'exercices pratiques (ou laboratoire) se situant entre 255 et 320, pour un total de **683 à 930 heures**. Le SIASST fait présentement du lobbying en faveur de la création d'un programme plus standard à l'échelle de la province, compte tenu des différences importantes qui existent entre les programmes.¹⁷

Colombie-Britannique

En Colombie-Britannique, les aides en soins ou les PSSP suivent une formation prévue dans un programme normalisé. Le mandat du registre des aides en soins est « l'établissement d'un programme standard, avec mandat provincial » et, en 2008, le programme normalisé des aides en soins est entré en vigueur.¹⁸

Le nouveau programme des aides en soins a haussé la norme pour la classification. Par exemple, en 2005, un programme de 17 semaines destiné aux travailleuses et travailleurs des soins aux pensionnaires a été offert par BC Resident Care Aide inc. Aujourd'hui, le programme doit être beaucoup plus long pour répondre à la nouvelle norme.¹⁹

La durée du programme, toutefois, varie toujours à l'échelle de la province, et comprend entre **24 et 38 semaines ou deux semestres**.²⁰ Mais le registre de la Colombie-Britannique vise un seul programme de formation normalisé (voir la section sur la *Conformité des établissements d'enseignement* ci-dessous).

Programme de l'Association nationale

L'Association nationale des préposées et préposés aux services de soutien à la personne accrédités a commencé, au niveau national, à promouvoir la normalisation du cours que doivent suivre les PSSP.²¹ L'Association a créé le programme accrédité des PSSP, un programme international d'environ **1 000 heures** de cours, dont 800 heures « d'étude » et 200 heures de « stage ».²²

La nouvelle norme des PSSP devrait inclure une nouvelle formation

La nouvelle norme de formation des PSSP doit inclure une nouvelle formation en matière d'exigence de soins, par exemple dans les cas de démence, de maladie d'Alzheimer et d'administration de médicaments, entre autres.

En 2003, une étude du ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario recommandait qu'au moins les PSSP du secteur des soins de longue durée « soient formés pour mieux comprendre les besoins des personnes âgées, les mauvais traitements, l'aptitude à la communication, la démence et les soins palliatifs ».²³ Une étude réalisée en 2008 par l'Association des infirmières et infirmiers du Canada recommandait aussi une formation en « exigences de soins complexes », incluant la démence et l'administration de médicaments.²⁴ L'étude du CCRPS de 2006 déterminait des objectifs pour le futur ensemble de compétences exigées des PSSP, dont une meilleure formation en « travail d'équipe, aptitude en communication et alphabétisation », et une information plus détaillée sur les « personnes vivant avec des déficiences » et sur les « problèmes associés aux soins palliatifs, à la maladie d'Alzheimer et à la démence ».²⁵

La formation des PSSP devrait aussi prévoir la participation des syndicats, comme dans le cas des infirmières et infirmiers. Les PSSP devraient connaître leurs droits et responsabilités au travail.

Défis et possibilités de la mise en œuvre d'une norme de formation des PSSP

Le ministère pose aussi la question suivante :

« Quels sont les principaux défis et possibilités de la mise en œuvre de ces normes de formation en tant qu'exigence pour les PSSP? »

Une nouvelle norme de formation pour les PSSP créera autant de défis que de possibilités pour le secteur de la santé de l'Ontario.

Le syndicat reconnaît que la formation sera à la fois un défi et une occasion à saisir. Il faudra un financement adéquat pour la formation des PSSP, de leurs superviseurs (surtout des IAA et des IA) et de leurs instructeurs, une formation qui devrait être fournie par des établissements d'enseignement sans but lucratif. Les composantes de la formation, comme l'évaluation et la reconnaissance des acquis (ÉRA) et le mentorat, doivent faire partie du projet. La conformité des établissements d'enseignement sera également importante.

Financement de la formation des PSSP, des superviseurs et des instructeurs

Le financement adéquat de la mise à niveau des cours destinés aux PSSP et de la formation initiale sera crucial au succès d'un programme normalisé destiné aux PSSP. Un programme de prêts et bourses permettrait aussi l'inscription d'un nombre adéquat d'étudiants au nouveau cours normalisé pour les PSSP. Le projet de formation des PSSP doit également prévoir un financement pour que les superviseurs des PSSP (habituellement des IAA et des IA) et les éducateurs soient au courant la nouvelle norme.

Les PSSP actuels et leurs équivalents auront aussi besoin de perfectionnement, de même que d'avancement de carrière à l'interne. Il serait indiqué d'offrir une formation à l'interne pendant les heures de travail du personnel de la santé et des PSSP actuels, sans frais pour les PSSP.

Le Fonds d'éducation en santé de la Colombie-Britannique est un bon modèle de formation continue. En 2010, le Syndicat des employés d'hôpitaux (SCFP) a obtenu un fonds de 2,5 millions de dollars grâce au Fonds d'éducation en santé de la C.-B., en partenariat avec les régies de la santé de la province. Les aides en soins (l'équivalent des PSSP) ont utilisé le fonds pour la formation en chutes, gestion de la douleur, soins de fin de vie et communication.²⁶ L'Association des infirmières et infirmiers du Canada souligne que « la formation tout au long de la vie est importante pour les TNRS (travailleuses et travailleurs non réglementés de la santé, comme les PSSP), tout comme elle l'est pour les professionnels de la santé réglementés ».²⁷

Une formation adéquate améliorera la qualité des soins de santé offerts en Ontario. Une étude américaine portant sur 156 établissements de SLD dans cinq États rapportait une incidence moins élevée de plaies de pression lorsque les équivalents des PSSP avaient davantage de possibilités, comme l'accès à des postes avancés de PSSP, la participation à des comités, l'accès à la formation et l'orientation pour le nouveau personnel.²⁸

En Colombie-Britannique, l'un des buts du registre des aides en soins et des travailleuses et travailleurs de la santé communautaire est de « faire connaître le programme provincial de cours aux aides en soins et aux travailleuses et travailleurs de la santé communautaire, incluant les communications avec les superviseurs et les chefs d'équipe ».²⁹

ÉRA et mentorat

Il faut tenir compte des connaissances et de l'expérience existantes des PSSP. Ceux qui ont beaucoup d'expérience doivent obtenir des « droits acquis » en vertu de toute nouvelle norme de formation. Les PSSP pourraient recourir au processus d'ÉRA et au mentorat pour aider à déterminer leurs compétences au sein d'un système financé par le secteur public.

Le processus de l'évaluation et de la reconnaissance des acquis (ÉRA)³⁰ peut reconnaître la formation et l'expérience au travail, de même que la formation acquise dans d'autres pays ou provinces. En Nouvelle-Écosse et en Saskatchewan, l'équivalent des PSSP peut être accrédité par l'ÉRA.³¹ Il existe aussi un « parcours d'apprentissage » pour d'autres travailleuses et travailleurs de la santé qui veulent accéder au poste de PSSP. La Nouvelle-Écosse ne reconnaît que la formation officielle des travailleuses et travailleurs formés dans d'autres provinces.³²

Le mentorat contribue à la qualité d'un programme de formation. Des PSSP peuvent servir de mentors aux plus jeunes, comme le font les IAA et les IA. Encore une fois, la Nouvelle-Écosse a beaucoup avancé en matière de mentorat.³³

Programmes d'apprentissage des PSSP

Les PSSP, qui sont principalement des femmes, ne devraient pas être exclues des programmes d'apprentissage de l'Ontario. Un programme d'apprentissage des PSSP, semblable aux programmes des métiers dominés par les hommes, serait une façon stratégique pour les PSSP potentiels d'obtenir une expérience précieuse, en particulier par un avancement de carrière au sein de l'organisation de la santé. Les programmes d'apprentissage devraient être liés aux collèges et écoles secondaires publics et devraient maintenir la même norme.

Conformité des établissements d'enseignement

Afin d'assurer la mise en place d'une norme de formation efficace pour les PSSP à l'échelle de la province, les établissements d'enseignement doivent se conformer à la nouvelle norme et respecter certains critères, comme des ratios élèves-enseignants adéquats et la compétence des enseignants. Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée doit superviser ce changement dans le programme des PSSP en gérant un comité consultatif des PSSP qui approuverait les programmes de formation (entre autres tâches), en plus d'inclure les syndicats représentant les PSSP. La province doit financer adéquatement une procédure de conformité.

En Nouvelle-Écosse, le comité consultatif du programme des ASC (CCAPAC) approuve les établissements d'enseignement et leur accorde les permis voulus.³⁴ Le CCAPAC est géré par l'Association de la santé de la Nouvelle-Écosse, qui est dominée par les régies régionales de la santé. Le CCAPAC présente des recommandations au ministère de la Santé et du bien-être sur « les normes des cours, la conformité de l'enseignement, le processus d'accréditation et le registre des ASC ».³⁵

En Colombie-Britannique, les équivalents des PSSP doivent achever leur formation en suivant un « programme de formation reconnu ». Le registre de la C.-B. supervise les critères de conformité pour les établissements d'enseignement. Le registre, situé au ministère de la Santé de la Colombie-Britannique, émet un formulaire à l'intention des employeurs « pour informer le registre de tout problème ou lacune dans les compétences des aides en soins attribuées au programme de formation d'un employé ». Le registre ajoute également ce qui suit : « Veuillez ne pas identifier l'employé (à l'encre rouge). »³⁶

En Saskatchewan, les programmes de formation des équivalents des PSSP sont approuvés par le ministère de la Santé.³⁷

Le traitement inadéquat réservé aux PSSP (qui sont surtout des femmes) doit cesser

Dans l'élaboration des normes de formation des PSSP, le ministère de la Santé doit prendre en compte le fait que la plupart des PSSP de l'Ontario doivent améliorer leurs conditions de travail et que beaucoup doivent avoir des salaires plus élevés et de meilleurs avantages sociaux, d'autant plus que la pratique des PSSP s'est élargie.³⁸ La plupart des PSSP sont des femmes, dont beaucoup sont racisées³⁹. Nous croyons que c'est l'un des principaux facteurs sous-jacents des faibles salaires et des mauvaises conditions de travail de beaucoup de PSSP et que cette situation doit être considérée comme une forme de discrimination. La sous-traitance et

les soins de santé à but lucratif exacerbent le problème. L'Ontario devrait officiellement mettre fin à la sous-traitance obligatoire dans les soins à domicile, qui a créé des listes d'attente de plus de 10 000 personnes et un roulement élevé du personnel. Les faibles salaires et les mauvaises conditions de travail entraînent aussi un roulement élevé du personnel, ce qui diminue la qualité des soins de santé.

À ce propos, le ministère pose une troisième question :

« Y a-t-il d'autres problèmes dont nous devrions tenir compte dans l'élaboration de normes de formation pour les PSSP? »

Il faut bonifier les salaires et avantages sociaux des PSSP

Pour assurer la qualité des soins de santé en Ontario, les PSSP doivent recevoir des salaires et des avantages sociaux adéquats (y compris des régimes de retraite et des allocations de transport pour les soins à domicile). Une rémunération suffisante profite non seulement à la travailleuse ou au travailleur, mais aussi au patient. De bons salaires et conditions de travail diminuent le roulement du personnel, ce qui améliore les soins de santé offerts aux patients.⁴⁰ Irene Jansen, agente principale de recherche au SFCP, résume cet effet dans un article paru dans la revue *Healthcare Papers* :

« Le roulement est à la fois cause et effet de mauvaises conditions de travail et de soins dans les établissements de soins de longue durée. Les lourdes charges de travail et les mauvaises conditions de travail (incluant les faibles salaires, l'incidence élevée d'accidents et la violence au travail) augmentent le roulement, ce qui exacerbe ces mêmes problèmes. Les travailleuses et travailleurs en souffrent considérablement et les pensionnaires sont aussi victimes de ce cycle nuisible, ce qui affaiblit leur santé physique, émotionnelle et mentale. »⁴¹

Les salaires peu élevés et le travail sans avantages sociaux ou presque sont plus fréquents dans les établissements à but lucratif, comme on en trouve dans une bonne partie du secteur des soins de longue durée et des soins à domicile de l'Ontario.⁴²

Mais le roulement élevé n'est pas le seul problème des PSSP; trop peu de personnes veulent entrer dans la profession. L'une des principales raisons des listes d'attente dans les soins à domicile est l'insuffisance du personnel, qui empêche les exploitants d'accepter de nouveaux clients. Les employeurs du secteur des soins à domicile et même des soins de longue durée ne sont pas suffisamment attirants dans le marché du travail pour recruter des employés. C'est le cas classique des pénuries du libre marché pour lesquelles la solution consiste à hausser les prix et à améliorer les conditions de travail pour attirer plus d'approvisionnement.

Il faut plus de PSSP pour améliorer les conditions de travail et les soins

La recherche a montré que la qualité des soins offerts aux patients augmente lorsque la dotation en personnel atteint des niveaux adéquats.⁴³ L'Ontario doit avoir recours à plus de personnel de la santé des soins directs – et utiliser tout leur champ de compétence – dans les hôpitaux, les établissements de soins de longue durée (SLD) et les organisations de soins de santé. Dans le secteur des soins de longue durée, il faut dès maintenant instaurer un niveau de dotation en personnel qui peut fournir au minimum 3,5 heures de soins directs par jour, ce que font une bonne partie des PSSP.

La US Health Care Financing Administration (HFCA) a découvert que les patients des établissements de SLD insuffisamment dotés en personnel courent un plus grand risque de souffrir de problèmes de santé évitables qui mènent à l'hospitalisation – pneumonie, infections urinaires, sepsies, insuffisance cardiaque et déshydratation.⁴⁴ Il faut des niveaux de dotation en personnel adéquats afin d'améliorer les résultats pour les patients et obtenir les pleins avantages du travail en équipe, qui inclut les PSSP.⁴⁵

Des soins directs de 3,5 heures par pensionnaire par jour dans les établissements de SLD ne sont qu'un minimum. La documentation américaine détermine qu'il faut 4,1 heures par pensionnaire par jour (ce qui inclut des tâches semblables à celles des PSSP en Ontario); au-dessous de ce seuil, les pensionnaires sont plus susceptibles de subir des effets indésirables, comme les plaies de pression et la perte de poids inexplicée.⁴⁶ Ainsi, l'établissement d'une norme minimum de dotation en personnel pour offrir 3,5 heures de soins par pensionnaire par jour ne serait qu'une première étape.⁴⁷ Le chiffre de 3,5 heures par jour est le montant minimum pour un pensionnaire en 2012 qui a le moins besoin de soins (mesure de la charge de cas) et les pensionnaires qui ont besoin de plus de soins devraient en recevoir proportionnellement davantage.

Lorsqu'il manque de PSSP, il est difficile pour une ou un PSSP individuel de travailler à son plein potentiel. Dans les SLD en Colombie-Britannique, les équivalents des PSSP sont formés pour prendre les signes vitaux, suivre les dossiers des patients et faire des bandages simples, mais ils manquent souvent de temps pour exécuter ces nouvelles fonctions.⁴⁸

Les organisations de santé à but lucratif sont plus susceptibles d'utiliser trop peu de PSSP. Les établissements sans but lucratif et publics ont des niveaux plus élevés d'heures de soins infirmiers par pensionnaire par jour (IAA, IA et PSSP) que les établissements à but lucratif, après ajustement pour la taille de l'établissement, l'âge des pensionnaires, le sexe et la charge de cas,

selon une récente étude réalisée en Colombie-Britannique basée sur des données de l'Enquête sur les établissements des soins pour bénéficiaires internes de Statistique Canada.⁴⁹

Les fournisseurs à but lucratif ne sont pas soumis aux mêmes obligations en matière d'équité salariale. Les conditions d'emploi qu'ils offrent sont donc intrinsèquement inéquitables, ce qui renforce la marginalisation due à d'autres causes. Par définition, les exploitants à but lucratif utilisent des fonds qui pourraient autrement servir à la prestation de soins de première ligne, pour les transformer en profits, en dividendes et autres usages d'intérêt spécial qui n'ont rien à voir et qui sont incompatibles avec les soins de santé.

Une dotation en personnel adéquate protège tant le personnel que les patients contre la violence.⁵⁰ Dans le témoignage livré en 2002 par Catherine Hawes, Ph.D., au comité sénatorial américain des finances sur les soins de longue durée, les faibles niveaux de dotation en personnel étaient considérés comme « une cause évitable importante de mauvais traitements et de négligence ».⁵¹

Il faut améliorer les postes de PSSP pour les femmes, surtout les femmes racisées, qui sont marginalisées dans le travail de soutien personnel

Les mauvaises conditions de travail mentionnées ci-dessus ne sont pas le lot de l'ensemble de la population. Certaines données démographiques dominent dans les emplois de PSSP – dont les femmes, et en particulier les femmes racisées.

L'étude menée en 2006 par le CCRPS a constaté que beaucoup de PSSP sont de nouvelles immigrantes dont l'anglais est la langue seconde, que 90 pour cent des PSSP des SLD sont des femmes et que 92 pour cent des PSSP des soins à domicile sont des femmes. En Ontario, 81 000 des 100 000 PSSP de la province travaillent en SLD ou en soins à domicile.⁵²

Le fait d'être préposée ou préposé aux services de soutien à la personne ne devrait pas enfermer une personne dans un « ghetto » d'emploi. Ce travail peut être une profession digne et respectée lorsque les conditions de travail sont équitables et sans danger.

Conclusion

Le syndicat est heureux d'avoir eu l'occasion de présenter ses recommandations sur la mise en œuvre d'une nouvelle norme de formation des PSSP en Ontario. La profession des PSSP mérite qu'on l'examine avec attention.

Une seule norme de PSSP aidera tant les PSSP que leurs patients. Deux ou trois normes différentes créeront de la confusion parmi les PSSP, les autres membres du personnel de la santé et les patients. Les établissements à but lucratif qui fournissent des cours aux PSSP ne devraient pas avoir le droit d'offrir une formation de qualité inférieure qui nivelle vers le bas le travail de formation effectué par les organisations sans but lucratif. Les PSSP et le public méritent mieux.

Ce mouvement en faveur d'une seule norme pour les PSSP devra être financé correctement. Une formation financée par le secteur public pour les PSSP, leurs superviseurs et leurs éducateurs est essentielle à la réussite de la mise en œuvre. Un organisme gouvernemental, conseillé par d'autres intervenants, dont les syndicats, devrait surveiller chaque étape, y compris l'établissement d'échéances pour le renouvellement de la norme.

La normalisation de la formation des PSSP est importante. Les PSSP méritent respect et dignité. Des attentes plus élevées grâce au processus de normalisation contribueront à l'atteinte de ces objectifs, tout comme de bons salaires et de meilleures conditions de travail. Les PSSP, qui sont surtout des femmes, méritent mieux que leurs actuelles conditions de travail en Ontario. Le syndicat demande que l'instauration d'une seule norme pour les PSSP vienne de pair avec l'amélioration des conditions de travail et des salaires.

heb/sep491
6 juillet 2012

Notes

¹ Ci-après, le mot « syndicat » désignera le SFCP-Ontario et le CSHO.

² « La racisation renvoie aux processus de la production discursive d'identités raciales. Elle signifie l'attribution de sens déshumanisants et raciaux à une relation, une pratique sociale ou un groupe qui ne comportait pas de connotation raciale. Autrement dit, un groupe de personnes est considéré comme une "race", alors qu'il ne l'était pas avant. » <http://en.wikipedia.org/wiki/Racialized>

³ Conseil consultatif sur la réglementation des professions de la santé (CCRPS). 2006. Réglementation des préposées et préposés aux services de soutien à la personne. p. 237.

⁴ Ibid.

⁵ Ibid.

⁶ *Loi sur les foyers de soins de longue durée* de l'Ontario, 2007.

⁷ CCRPS, 2006:237

⁸ CCRPS, 2006:237

⁹ CCRPS, 2006:237

¹⁰ CCRPS, 2006: 238

¹¹ CCRPS, 2006: 238

¹² CCRPS, 2006:245

¹³ Association des infirmières et infirmiers du Canada (AIIC). 2008, mars. *Valoriser les membres de l'équipe de soins de santé : Travailler avec les travailleurs de la santé non réglementés : Document de travail.*

¹⁴ Le titre « Préposée ou préposé aux services de soutien à la personne » n'est pas utilisé dans toutes les provinces. D'autres titres comme aides en soins, aides en soins de santé et aides en soins continus sont utilisés pour identifier une travailleuse ou un travailleur de la santé qui fait un travail semblable à celui des PSSP.

¹⁵ Module de programme des aides en soins continus (ASC) du « Scope of Practice of the CCA in Nova Scotia ». 2009.

¹⁶ Association de la santé de la Nouvelle-Écosse : Programme des ASC.

¹⁷ Sawchuk, Russell. 2007, 14 mai. Comparison of Curricula for Training of Home Care/Special Care Aides in Saskatchewan for Saskatchewan Association of Licensed Practical Nurses on behalf of the Home Care/Special Care Aide Sector Partnership Steering Committee.

¹⁸ Site Web du registre des aides en soins et des travailleurs de la santé communautaire de la C.-B.

<http://www.cachwr.bc.ca/>

¹⁹ *The Province*. (2005, 17 août). BC Resident Care Aide Inc. est une école privée accréditée située au centre-ville de Vancouver, en Colombie-Britannique, au Canada, qui se spécialise dans la formation des aides en soins.

²⁰ Les collèges de la C.-B. ne précisent pas le nombre d'heures incluses, contrairement à d'autres provinces.

²¹ AIIC, 2008:6

²² CPSW INFORMATION sur le site Web de la National Association of Certified Caregiver Personal Support Workers

<http://www.naccpsw.org/cpsw-information/>

²³ Smith, Monique. (2003). « Commitment to Care: A Plan for Long-term Care in Ontario. » Ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario in CCRPS, Avril 2006. Réglementation des PSSP, p. 236.

²⁴ AIIC, 2008:6

²⁵ CCRPS, 2006: 241

²⁶ Syndicat des employés d'hôpitaux. 2012. *Training fund benefits LPNs*.

²⁷ AIIC, 2008:6

²⁸ Barry, T.T., Brannon, D. et Mor, V. 2005. « Nurse aide empowerment strategies and staff stability: Effects on nursing home resident outcomes. » *Gerontologist*, 45(3): 309-317.

²⁹ Site Web du registre des aides en soins et des travailleurs de la santé communautaire de la C.-B.

<http://www.cachwr.bc.ca/>

³⁰ Pour en savoir plus, cliquez sur le site Web de l'Association canadienne pour la reconnaissance des acquis (CAPLA)-une organisation nationale sans but lucratif qui fait la promotion de la reconnaissance et du crédit des acquis www.capla.ca

³¹ Question sur l'ÉRA : « Les personnes qui ont une accréditation d'ASC d'un processus d'ÉRA seront-elles enregistrées différemment de celles qui ont obtenu leur diplôme d'un programme conventionnel d'ASC? Non, lorsqu'une personne a une accréditation comme ASC, elle est identifiée comme ASC, peu importe le moyen par lequel elle a obtenu cette accréditation. » De <http://www.novascotiacca.ca> et SIAST (Saskatchewan Institute of Applied Science and Technology) 2010, juin. *Continuing Care Assistant: PLAR Candidate Guide (Prior Learning Assessment and Recognition)*.

³² Champ de pratique des ASC en Nouvelle-Écosse, approuvé en avril 2009.

http://www.gov.ns.ca/health/ccs/Scope_of_Practice_CCA.pdf

- ³³Pour en savoir plus, voir le College of Registered Nurses of Nova Scotia. 2008. *Mentorship Resource Guide*.
<http://www.crns.ca/documents/MentorshipResourceGuide2008.pdf>
- ³⁴ Programme d'aides en soins continus-N.-É.
<http://www.novascotiacca.ca/Generic.aspx?PAGE=Traditional+Classroom+Delivery&portalName=ha>
- ³⁵ Site Web du programme des aides en soins continus de Nouvelle-Écosse
<http://www.novascotiacca.ca/Generic.aspx?portalName=ha>
- ³⁶ Site Web du registre des aides en soins et des travailleurs de la santé communautaire de la C.-B.
<http://www.cachwr.bc.ca/ER%20Training%20Deficiency%20Report%20Form%20-%20Aug%2019%202010.pdf>
- ³⁷ Ministère de la Santé de la Saskatchewan. 2010, novembre. *Home Care Policy Manual*.
<http://www.health.gov.sk.ca/homecare-manual>
- ³⁸ SCFP national (2012, mai). Mémoire présenté sur l'innovation dans les équipes de soins infirmiers, au Groupe de travail du premier ministre sur l'innovation en santé.
- ³⁹ « La racisation renvoie aux processus de la production discursive d'identités raciales. Elle signifie l'attribution de sens déshumanisants et raciaux à une relation, une pratique sociale ou un groupe qui ne comportait pas de connotation raciale. Autrement dit, un groupe de personnes est considéré comme une "race", alors qu'il ne l'était pas avant. » <http://en.wikipedia.org/wiki/Racialized>
- ⁴⁰ Pour en savoir plus, voir le SCFP-Ontario. (2008, 10 janvier). Mémoire présenté par le SCFP-Ontario à l'examen des niveaux de dotation en personnel et des normes de soins pour les foyers de soins de longue durée. Et le SCFP national (2009). *Soins de longue durée en établissement au Canada : Notre vision pour une amélioration des soins aux aînés*.
- ⁴¹ Barry et al. 2005; Castle et Engberg 2008; Collier et Harrington 2008 in Jansen, Irene. Residential Long-Term Care: Public Solutions to Access and Quality Problems. 2011. *Healthcare Papers* Vol. 10 No. 4, (p. 12).
- ⁴² « For-profit facilities have also been found to pay their staff less » (Harrington et al. 2010c). in McGregor, Margaret J. et Lisa A. Ronald. (2011, janvier). Residential Long-Term Care for Canadian Seniors: Non-profit, For-Profit or Does it Matter? » *Étude de l'IRPP*. No. 14 (p. 24).
- ⁴³ « Au cours des cinq dernières années, de nombreuses études ont démontré une association entre des niveaux de dotation en personnel plus élevés et l'amélioration de la qualité des soins » (Harrington 2008) in McGregor, Margaret J. And Lisa A. Ronald. (2011, January). « Residential Long-Term Care for Canadian Seniors: Non-profit, For-Profit or Does it Matter? » *Étude de l'IRPP*. No. 14. (p. 15).
- ⁴⁴ Health Care Financing Administration. Feuerberg, Marvin. Centers for Medicare and Medicaid Services (2001). "Report to Congress: Appropriateness of Minimum Nursing Staff Ratios in Nursing Homes" Rapports des phases un et deux. <http://www.allhealth.org/briefingmaterials/abt-nursestaffingratios%2812-01%29-999.pdf>

⁴⁵ Syndicat canadien de la fonction publique. 2009. *Soins de longue durée en établissement au Canada : Notre vision pour une amélioration des soins aux aînés*. Partie 3 : Dotation en personne et soins de qualité. <http://scfp.ca/updir/SCFP-soins-longue-duree-notre-vision.pdf>

⁴⁶ CMS 2001; Harrington et al. 2000a in McGregor, Margaret J. et Lisa A. Ronald. (2011, janvier). « Residential Long-Term Care for Canadian Seniors: Non-profit, For-Profit or Does it Matter? » *Étude de l'IRPP*. No. 14 (p. 30).

⁴⁷ McGregor, Margaret J. et Lisa A. Ronald. (2011, January). « Residential Long-Term Care for Canadian Seniors: Non-profit, For-Profit or Does it Matter? » *Étude de l'IRPP*. No. 14 (p. 31).

⁴⁸ Williams, Janet. 2010. *Effectively Utilizing BC LPNs and Care Aides: Follow-up Report*. p.5

⁴⁹ McGregor, 2011:19

⁵⁰ Barry et al. 2005; Castle et Engberg 2008; Collier et Harrington 2008 in Jansen, Irene. Residential Long-Term Care: Public Solutions to Access and Quality Problems. 2011. *Healthcare Papers* Vol. 10 No. 4, (p. 12). And Banerjee, Albert et al. (2008, 23 février). "Out of Control": Violence against Personal Support Workers in Long-Term Care" York University. Carleton University.

⁵¹ Témoignage de Catherine Hawes, Ph.D. (2002, 18 juin). Elder Abuse in Residential Long-Term Care Facilities: What is Known about Prevalence, Causes and Prevention. Témoignage livré devant le comité sénatorial américain sur les finances.

⁵² Conseil consultatif sur la réglementation des professions de la santé (CCRPS). 2006. Réglementation des préposées et préposés aux services de soutien à la personne. P. 232.