

RAPPORT DU COMITÉ PROVINCIAL D'ASSURANCE SALAIRE

**Plan d'action ministériel
à l'égard de la gestion
de la présence au travail
2001 • 2004**

RAPPORT DU COMITÉ PROVINCIAL D'ASSURANCE SALAIRE

**Plan d'action ministériel
à l'égard de la gestion
de la présence au travail
2001 • 2004**

Novembre 2001

Édition produite par :

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

Le présent document est disponible à la section **documentation**, sous la rubrique **publications** du site Web du ministère de la Santé et des Services sociaux dont l'adresse est : www.msss.gouv.qc.ca

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

Dépôt légal
Bibliothèque nationale du Québec, 2001
Bibliothèque nationale du Canada, 2001
ISBN 2-550-38432-6

Toute reproduction totale ou partielle de ce document est autorisée, à condition que la source soit mentionnée.

© Gouvernement du Québec

REMERCIEMENTS

Les membres du comité provincial d'assurance salaire souhaitent remercier Madame Louise Boulanger, conseillère au Programme Santé et Sécurité du travail–Réseau, Messieurs Serge Blanchette, Philippe Joncas et Simon Garant du Service de la recherche et de l'analyse de la Direction de la recherche et de la planification et du développement de la main-d'œuvre de même que Monsieur Harold Côté de la Direction générale des affaires médicales et universitaires du ministère de la Santé et des Services sociaux pour leur précieuse collaboration à la phase d'évaluation de la situation.

TABLE DES MATIÈRES

Résumé.....	i
Introduction.....	v
Contexte.....	vii
Mandat du comité provincial.....	viii
PREMIÈRE PARTIE • RAPPORT DU COMITÉ PROVINCIAL D’ASSURANCE SALAIRE	
Chapitre 1 • Analyse de la situation.....	1
1.1. Assurance salaire.....	2
1.1.1. Indicateur de performance normalisé de gestion.....	4
1.1.2. Troubles mentaux.....	12
1.1.2.1. Réseau SSS : données partielles AHQ – ACCQ.....	12
1.1.2.2. Autres employeurs au Québec.....	14
1.1.2.3. Assureurs privés.....	14
1.1.2.4. Niveau international.....	16
SOMMAIRE.....	17
1.2. Santé et sécurité du travail.....	18
1.2.1. Graphique 1 : Évolution du taux moyen de cotisation de 1979 à 1999.....	18
1.2.2. Graphique 2 : Variation du taux d’incidence des accidents.....	18
1.2.3. Graphique 3 : Évolution du taux de fréquence des lésions professionnelles.....	19
1.2.4. Graphique 4 : Évolution du taux de gravité des lésions professionnelles.....	19
1.2.5. Graphique 5 : Incidence des lésions professionnelles selon le titre d’emploi.....	20
1.2.6. Graphique 6 : Incidence des lésions professionnelles selon la mission.....	21
SOMMAIRE.....	22

Table des matières

1.3. Retrait préventif de la travailleuse enceinte ou qui allaite	23
1.4. Inventaire des activités en matière de gestion de la présence au travail	24
Chapitre 2 • Constats	27
2.1. Les ressources humaines	28
2.2. Les coûts	28
2.3. Les indicateurs de gestion	29
Chapitre 3 • Élaboration d'un plan d'action régional et local	31
3.1. Consensus	32
3.2. Causes hypothétiques de l'augmentation des invalidités	32
3.3. Objectifs de réduction	34
AXES D'INTERVENTION	35
Conclusion	51
Membres du comité provincial d'assurance salaire	52
Bibliographie	53
 DEUXIÈME PARTIE • PLAN D'ACTION MINISTÉRIEL	
Avant-propos	56
Chapitre 1 • Objectifs	57
Chapitre 2 • Responsabilités	59
Chapitre 3 • Ressources	61
Chapitre 4 • Volets du plan d'action	63
 SYNOPSIS DU PLAN MINISTÉRIEL	 71
Annexe : Calendrier d'implantation	79

RÉSUMÉ

Les établissements du réseau de la santé et des services sociaux ont connu depuis 1993-1994 une augmentation des absences en assurance salaire de l'ordre de 24 %. Face à cette augmentation, le ministère de la Santé et des Services sociaux a confié à la Direction du financement, du suivi budgétaire et des technologies de l'information et à la Direction générale des politiques de main-d'œuvre le mandat d'analyser la situation et de proposer, s'il y a lieu, des correctifs.

Au mois de janvier 2000, les sous-ministres adjoints concernés ont invité l'ensemble des partenaires du réseau à participer aux travaux sur le sujet. Le comité plénier a déposé ses travaux le 30 novembre 2000.

CONSTATS

Nous constatons que :

- ◆ L'augmentation du ratio d'assurance salaire est réelle et constante depuis plusieurs années;
- ◆ La situation des lésions professionnelles s'est grandement améliorée depuis 1992-1993 sur les aspects de la fréquence, de la gravité et des déboursés;
- ◆ Environ 10 500 employés en équivalent à temps complet sont absents annuellement en fonction de l'un ou l'autre des régimes, ce qui représente 7,5 % des effectifs à temps complet du réseau;
- ◆ Les coûts directs des régimes d'indemnisation se situent à plus de 330 millions de dollars annuellement.

Un indicateur normalisé du ratio d'assurance salaire a été mis au point afin d'identifier les établissements, régions ou sous-régions qui présentent les écarts les plus importants avec les résultats attendus. De cet exercice, il ressort que :

- ◆ La situation se dégrade dans toutes les régions du Québec;
- ◆ Certaines régions présentent des écarts significatifs défavorables entre le ratio observé et le ratio attendu.

ORIENTATIONS DU COMITÉ DE TRAVAIL

Les membres du comité (voir la liste en annexe) ont exprimé leur inquiétude face à la situation de l'assurance salaire dans le réseau et particulièrement face à l'augmentation des absences pour troubles mentaux, et ce, tant sur l'aspect de la fréquence que sur celui de la durée des invalidités.

Les données partielles recueillies confirment que 40 % des dépenses en assurance salaire seraient reliées à des conditions de santé mentale. Quoique préoccupante, la situation des invalidités attribuables à des troubles mentaux dans le réseau de la santé et des services sociaux ne diffère pas de celle qui prévaut dans les autres secteurs d'activité, que ce soit sur le plan national ou international.

Les membres ont également soulevé des préoccupations sur les aspects suivants :

- L'importance de s'attarder aux personnes salariées présentes au travail et non seulement aux personnes en situation d'invalidité;
- La stabilisation des équipes et des milieux de travail;
- Le niveau d'encadrement;
- Les communications avec les médecins traitants;
- Le prompt retour au travail et le maintien à l'emploi.

Une série de causes hypothétiques ont été identifiées pour tenter d'expliquer cette augmentation des invalidités. Des axes d'intervention inspirés des préoccupations énoncées et des causes hypothétiques ont été établis, jumelés à des objectifs de réduction afin de permettre l'éclosion d'un plan d'action national, régional et local à l'égard de la gestion de la présence au travail.

Le comité provincial d'assurance salaire ne souhaite pas limiter les plans d'action à la seule gestion de l'assurance salaire. En effet, tous les intervenants expérimentés en gestion des différents régimes d'invalidité (assurance salaire, santé et sécurité du travail et retrait préventif de la travailleuse enceinte) ont pu constater l'importance d'aborder la question de la présence au travail en considérant tous les aspects des différents régimes d'invalidité. Une intervention globale permettra non seulement d'assurer des résultats à court terme, mais également de maintenir l'amélioration à moyen et long terme.

PLAN D'ACTION MINISTÉRIEL

À partir des recommandations du comité provincial, le Ministère a élaboré son plan d'action triennal visant à réduire le niveau des invalidités. Ce plan comporte cinq volets :

1. Priorité accordée à la gestion de la présence au travail au sein du Ministère, des régions régionales et des établissements;
2. Mise au point d'indicateurs de gestion uniformes pour le réseau;
3. Organisation du travail;
4. Gestion médico-administrative;
5. Prévention et promotion de la santé, incluant des actions spécifiques en santé mentale.

■ OBJECTIF

Le Ministère a fait sien l'objectif proposé par le comité de travail, à savoir de mettre en œuvre un plan d'action visant à ramener sur trois ans le ratio provincial d'assurance salaire à celui de l'année 1998-1999, soit une réduction d'environ 17 % répartie comme suit :

TM	2002 : réduction de 4 % du ratio d'invalidité;
TM	2003 : réduction de 8 % du ratio d'invalidité;
TM	2004 : réduction de 5 % du ratio d'invalidité.

En basant la projection sur les données d'assurance salaire de 2000-2001, nous estimons qu'il sera possible de rendre disponibles plus de 32 millions de dollars, lesquels pourront être utilisés pour combler les besoins du réseau.

■ RESPONSABILITÉ

La Direction générale des politiques de main-d'œuvre, par l'entremise du Programme Santé et Sécurité du travail-Réseau, assurera l'implantation, la coordination et le suivi de ce plan d'action. Les partenaires du Ministère seront invités à participer à la démarche.

■ RESSOURCES

La mise en œuvre de ce plan d'action requiert des sources de financement, que ce soit pour les ressources humaines, le développement de projets particuliers, les volets de formation, de sensibilisation et l'équipement. Il nous apparaît justifié d'investir pour la première année du plan d'action une somme de 670 000 \$.

Le budget des années subséquentes sera déterminé en fonction de l'atteinte des objectifs. Les allocations budgétaires concernant le volet des équipements seront déterminées dans les prochains mois. Les résultats du plan d'action devront être évalués en cours de réalisation, soit à l'hiver 2003 et à la fin de l'exercice, c'est-à-dire l'automne 2004.

CONCLUSION

Les ressources humaines constituent la ressource première du réseau de la santé et des services sociaux. Il est donc important de veiller à ce que ces personnes puissent bénéficier de conditions de travail leur permettant d'exercer leurs activités professionnelles dans un climat positif. Face au besoin criant de ressources humaines et au constat de l'augmentation des dépenses en assurance salaire, le Ministère se doit d'agir avec célérité. En effet, en prenant pour exemple l'année 1998 pour le régime d'assurance salaire, c'est de 7 600 personnes salariées en équivalent à temps complet dont est privé le réseau de la santé et des services sociaux. Pour les trois régimes d'indemnisations de l'absence au travail, c'est de plus de 10 500 personnes salariées en équivalent à temps complet qu'il est question.

La démarche proposée s'inscrit dans un continuum d'activités, lesquelles visent non seulement à contrer le phénomène de l'absence au travail, mais également à améliorer le climat et les conditions de travail du personnel du réseau. Nous sommes convaincus qu'elle permettra, en plus d'une amélioration à court et moyen terme de la situation en assurance salaire, d'améliorer également la disponibilité de ressources expérimentées et compétentes afin de dispenser à la population des services de qualité.

INTRODUCTION

Alerté par une augmentation des coûts en assurance salaire, le ministère de la Santé et des Services sociaux a convié ses partenaires, les associations d'employeurs, les régies régionales et les gestionnaires d'établissements, à mettre en place un comité de travail dont le mandat était de convenir et de mettre en œuvre un plan d'action permettant d'améliorer l'efficacité et l'efficacité collective dans ce domaine de gestion et d'en assurer le suivi.

Il est important de rappeler que le réseau de la santé et des services sociaux est avant tout un réseau de femmes et d'hommes. Le grand défi au niveau de la gestion de telles organisations de services est de soutenir et mobiliser les personnes qui ont la responsabilité quotidienne de fournir les soins et les services à la population. C'est se soucier de créer des milieux de travail propices à leur épanouissement, sains, sécuritaires et exempts de violence et de harcèlement. C'est également se soucier de l'importance de maintenir au travail ces ressources humaines et leurs compétences pour ainsi s'assurer d'une qualité et d'une continuité des soins et services.

Nous constatons, en prenant connaissance des résultats d'un sondage mené en juillet dernier par la firme Léger et Léger¹ auprès de 500 employés du réseau, que la majorité d'entre eux ont une perception plutôt négative de la réforme du système de santé pour plusieurs raisons, liées ou non à l'organisation du travail. De plus, la plupart ne croit pas que la qualité du système va s'améliorer d'ici les deux prochaines années. Enfin, près de 40,4 %, soit 4 employés sur 10, pensent que l'état d'esprit de leurs collègues de travail n'est pas très bon. Ces constats ouvrent la porte à un désengagement et peuvent se traduire par une certaine détresse psychologique.

Tous s'entendent sur le fait que la force du réseau réside dans l'engagement et la compétence de son personnel. Il devient donc impérieux de redonner à ces ressources humaines un sens au travail, de développer un sentiment d'appartenance aux organisations et une fierté de travailler dans ce réseau afin de mieux vivre l'adaptation aux changements tout en évitant l'épuisement. C'est donc dans une vision globale de gestion des ressources humaines et particulièrement de gestion de la présence au travail que le plan d'action proposé a été développé par les membres du comité.

Le présent document se veut à la fois un outil de travail interactif entre les partenaires du réseau, proactif et réactif à l'évolution de la situation. Il ne vise surtout pas à encapsuler les moyens d'action proposés dans un mode d'intervention statique mais plutôt de favoriser leur adaptation à la réalité des établissements et du réseau.

1. Léger et Léger, *Étude sur les opinions et les perceptions du personnel du réseau de la santé et des services sociaux à l'égard du système de santé*, ministère de la Santé et des Services sociaux, juillet 2000.

Bref, le rapport présente l'analyse détaillée de la situation pour les régimes d'indemnisation d'assurance salaire, en santé et sécurité du travail et pour le retrait préventif de la travailleuse enceinte ou qui allaite. Il propose des activités et moyens d'action à court, moyen et long terme sur 5 volets spécifiques : la volonté organisationnelle, les indicateurs de gestion, l'organisation du travail, la prévention et la gestion médico-administrative. En ce qui a trait spécifiquement à l'organisation du travail, celle-ci est intimement liée aux conditions de travail, lesquelles ne tiennent pas toujours compte de la mission première du réseau de la santé et des services sociaux qui est d'assurer une disponibilité suffisante en qualité et en quantité de soins et de services à la population. Nous devrions veiller constamment à concilier les besoins de la clientèle avec ceux des employés.

Enfin, même si en raison de leur mandat les membres du comité se sont penchés particulièrement sur des actions touchant notamment les régimes d'invalidité et le maintien en emploi, il est important de souligner que pour atteindre les objectifs visés, il est indispensable que ce plan d'action soit vu comme un tout et nécessite un arrimage et concertation des actions dans tous les volets identifiés.

Les membres du comité souhaitent que les partenaires et intervenants du réseau de la santé et des services sociaux s'inspirent des axes d'intervention afin de construire leur propre plan d'action et contribuer à l'atteinte des objectifs fixés.

CONTEXTE

Le réseau de la santé et des services sociaux a connu de grandes transformations au cours de la dernière décennie. Afin de mettre en relief les données présentées plus loin, nous présentons quelques éléments d'information quant à la personnalité du réseau de la santé et des services sociaux.

Le réseau est composé de 482 établissements, dont 351 sont publics et 131 privés. Ces établissements ont la responsabilité de dispenser des services de santé et des services sociaux à l'ensemble de la population du Québec. Chaque établissement a ses propres caractéristiques et offre des services variables selon les besoins de la population à desservir.

Sous l'angle des missions — plusieurs établissements ont plus d'une mission —, le réseau regroupe :

- 146 centres locaux de services communautaires (CLSC);
- 124 centres hospitaliers (CH);
- 20 centres jeunesse (CJ);
- 321 centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD);
- 91 centres de réadaptation (CR).

La main-d'œuvre du secteur est hautement qualifiée et représente pas moins de 10 % de la main-d'œuvre du Québec. Le réseau emploie environ 222 500 personnes, dont 9 500 cadres et 213 000 syndiqués, et plus de 75 % sont des femmes. Transposé en postes équivalents à temps complet, ce nombre représente environ 142 000 employés.

Le gouvernement consacre environ 16,7 milliards de dollars, soit 40 % de ses dépenses de programmes, excluant le service de la dette, aux services de santé et aux services sociaux. La très grande partie (74 %) de ce budget est consacrée aux salaires, avantages sociaux et honoraires professionnels pour les ressources humaines.

MANDAT DU COMITÉ PROVINCIAL

Les établissements du réseau de la santé et des services sociaux ont connu depuis 1993-1994 une augmentation des absences en assurance salaire de l'ordre de 24 %. Face à cette augmentation, le ministère de la Santé et des Services sociaux a confié à la Direction du financement, du suivi budgétaire et des technologies de l'information et à la Direction générale des politiques de main-d'œuvre le mandat d'analyser la situation et de proposer, s'il y a lieu, des correctifs.

Au mois de janvier 2000, les sous-ministres adjoints concernés ont invité l'ensemble des partenaires du réseau à participer aux travaux sur le sujet. Le comité ainsi formé (voir la liste des membres en annexe) avait comme mandat de :

- Documenter la situation de l'évolution de l'assurance salaire dans le réseau au moyen d'indicateurs normalisés de performance en matière d'assurance salaire;
- Convenir d'un plan d'action nous permettant d'améliorer notre efficacité et notre efficacité collectives dans ce domaine de gestion, et mettre en place ce plan d'action.

De façon plus précise, la démarche visait les objectifs suivants :

1. Poursuivre l'analyse afin de mieux comprendre la situation;
2. Identifier, à partir des performances obtenues, les stratégies et les actions mises en œuvre par les régions et les établissements les plus performants;
3. Produire un système de monitoring des résultats permettant aux établissements d'évaluer leurs propres performances;
4. Déterminer un plan d'action et assurer sa mise en œuvre.

Le comité a créé deux sous-comités. Le premier devait mettre au point un ou des indicateurs de performance normalisés de gestion afin de permettre une analyse plus précise de la situation. Le second devait documenter les activités existantes dans le réseau relativement à la gestion de la présence au travail et élaborer un plan d'action.

Première partie

RAPPORT DU COMITÉ PROVINCIAL D'ASSURANCE SALAIRE

Chapitre 1

ANALYSE DE LA SITUATION

L'analyse de la situation tient compte des préoccupations exprimées par les participants du comité provincial d'assurance salaire, et ce, en considérant en premier lieu l'interrelation entre les divers régimes d'indemnisation que sont l'assurance salaire, la santé et la sécurité du travail et le retrait préventif de la travailleuse enceinte ou qui allaite.

Nous ajoutons également, dans l'analyse de l'assurance salaire, un volet particulier relié aux troubles mentaux compte tenu des inquiétudes des membres du comité à ce sujet. Subsidiairement, sans prétendre avoir réalisé une étude exhaustive en santé mentale, nous évaluerons la situation du réseau de la santé et des services sociaux en le comparant avec d'autres milieux à l'échelle locale, nationale ou internationale.

1.1 ASSURANCE SALAIRE

La croissance du ratio des absences et des coûts en assurance salaire atteint respectivement 24 % et 26 % entre 1993-1994 et 1999-2000. D'après une estimation pour l'année 2000-2001, la croissance des absences pourrait atteindre 30 %.

Le tableau ci-dessous décrit l'évolution du ratio provincial en assurance salaire depuis l'année 1993-1994.

Tableau 1^{2,3}
Évolution du ratio provincial en assurance salaire

Année	Heures assurance salaire		Heures travaillées		Ratio heures assurance salaire/ heures travaillées		Coût de l'assurance salaire (M \$)	Variation annuelle
	Nombre d'heures (M)	Variation annuelle	Nombre d'heures (M)	Variation annuelle		Variation annuelle		
1993-1994	11,9		270,7		4,40		162,7	
1994-1995	12,6	6,2 %	267,2	(1,3 %)	4,73	7,6 %	175,2	7,7 %
1995-1996	12,2	(3,8 %)	260,4	(2,5 %)	4,67	(1,3 %)	170,9	(2,5 %)
1996-1997	11,9	(2,4 %)	250,2	(3,9 %)	4,74	1,5 %	169,8	(0,6 %)
1997-1998	11,0	(6,9 %)	243,0	(2,9 %)	4,55	(4,2 %)	160,7	(5,3 %)
1998-1999	12,0	8,5 %	244,2	0,5 %	4,91	8,0 %	177,4	10,3 %
1999-2000	13,8	14,9 %	252,7	3,5 %	5,45	11,0 %	205,0	15,6 %
2000-2001	14,9	8,3 %	262,1	3,7 %	5,69	4,5 %		

2. Pour les années antérieures à 2000-2001, les données proviennent de la base de données M-30 (formulaire AS-471) et incluent uniquement les activités principales d'un établissement. Les heures en temps supplémentaire sont incluses. Les régions 10, 17 et 18 (Nord-du-Québec, Nunavik et Terres-Cries-de-la-Baie-James) sont exclues.
3. Pour l'année 2000-2001, les données proviennent de la base de données PMO et concernent les onze premières périodes financières 2000-2001 et correspondent à 97 % des heures travaillées dans le réseau.

Lorsque les données par région sociosanitaire sont recoupées, il est possible d'identifier parmi ces dernières celles qui présentent des écarts significatifs avec la moyenne provinciale (tableau 2).

Tableau 2^{4,5}
Évolution du ratio par région

Région	Ratio heures d'assurance salaire /heures travaillées					Variation de 1996-1997 à 1999-2000
	1996-1997	1997-1998	1998-1999	1999-2000	Tendance 2000-2001	
01 Bas-St-Laurent	4,53	4,75	5,36	6,36	6,77	40 %
02 Saguenay—Lac-St-Jean	5,60	5,78	6,28	7,10	7,60	27 %
03 Québec	4,19	4,26	4,92	5,68	5,75	35 %
04 Mauricie et Centre-du-Québec	5,04	5,21	6,06	6,49	6,45	29 %
05 Estrie	4,49	4,84	5,32	5,55	5,97	24 %
06 Montréal-Centre	4,76	4,37	4,47	5,00	5,12	5 %
07 Outaouais	4,42	3,65	3,99	4,95	5,61	12 %
08 Abitibi-Témiscamingue	5,30	5,02	5,32	6,42	7,33	21 %
09 Côte-Nord	5,96	5,15	5,91	6,95	7,58	17 %
11 Gaspésie—Îles-de-la-Madeleine	4,32	4,53	5,08	6,70	6,76	55 %
12 Chaudière-Appalaches	4,09	4,11	4,64	4,82	4,97	18 %
13 Laval	4,50	4,45	5,05	5,15	5,46	14 %
14 Lanaudière	4,88	4,21	4,78	5,51	5,75	13 %
15 Laurentides	4,73	4,89	5,60	5,59	5,90	18 %
16 Montérégie	5,16	4,74	4,83	5,05	5,58	(2 %)
Provincial	4,74	4,55	4,91	5,45	5,69	15%

Ce tableau démontre en effet les difficultés éprouvées dans certaines régions comme celles du Saguenay—Lac-Saint-Jean, de l'Abitibi-Témiscamingue, de la Côte-Nord ainsi que de la Mauricie et du Centre-du-Québec. Par contre, des régions comme le Bas-Saint-Laurent, la Gaspésie—Îles-de-la-Madeleine, Québec et l'Estrie, dont le ratio se situait en 1996-1997 en deçà du ratio provincial, se retrouvent en 1999-2000 propulsées en haut du ratio provincial avec des augmentations de l'ordre de 24 % à 55 %.

4. Voir note 2.

5. Voir note 3.

1.1.1 Indicateur de performance normalisé de gestion

Afin de donner toute la crédibilité statistique nécessaire à l'identification des régions ou des établissements modèles ou de ceux en difficulté, les membres du comité de travail se sont employés à concevoir un indicateur de performance de gestion normalisé.

Pour la mise au point de l'indicateur de performance de gestion normalisé, les variables retenues sont :

- Secteur d'emploi;
- Type d'emploi (clinique, non clinique);
- Statut occupationnel (TCR, TPR, TPO);
- Sexe;
- Catégorie d'âge;
- Catégorie d'établissement;
- Appartenance à une région métropolitaine de recensement (RMR).

Cet indicateur est utile afin de pondérer certaines variables pouvant biaiser l'appréciation du ratio d'assurance salaire. Par exemple, comme en fait foi le tableau 3, si l'âge du personnel salarié d'un établissement par rapport à l'ensemble des établissements de santé est beaucoup plus élevé que la moyenne, on peut présumer que cet établissement pourrait avoir un ratio d'assurance salaire plus élevé, les personnes plus âgées présentant plus d'absentéisme que la population moyenne.

Tableau 3⁶
Données démographiques par statut occupationnel

Statut	Sexe	Groupe d'âge	Nombre d'employés	Ratio % assurance salaire	
TCR	Féminin	< 30 ans	2 579	2,6	
		30-39 ans	16 641	5,5	
		40-49 ans	33 822	5,9	
		50 ans et plus	17 823	7,7	
		Total	70 865	6,1	
	Masculin	< 30 ans	713	1,6	
		30-39 ans	7 572	3,2	
		40-49 ans	13 943	3,9	
		50 ans et plus	6 868	5,2	
		Total	29 096	4,0	
	TOTAL TCR			99 961	5,5
	TPR	Féminin	< 30 ans	4 386	2,9
30-39 ans			15 611	5,1	
40-49 ans			18 493	5,3	
50 ans et plus			9 453	7,0	
Total			47 943	5,4	
Masculin		< 30 ans	1 350	1,0	
		30-39 ans	3 958	3,1	
		40-49 ans	2 602	3,8	
		50 ans et plus	1 144	3,9	
		Total	9 054	3,1	
TOTAL TPR			56 997	5,0	
TPO		Féminin	< 30 ans	13 013	1,7
	30-39 ans		10 156	3,7	
	40-49 ans		8 496	4,0	
	50 ans et plus		3 412	6,1	
	Total		35 077	3,3	
	Masculin	< 30 ans	3 671	1,1	
		30-39 ans	3 181	2,3	
		40-49 ans	1 830	2,8	
		50 ans et plus	739	4,4	
		Total	9 421	2,1	
	TOTAL TPO			44 498	3,0
	TOTAL (année 1998-1999)			201 456	4,9

6. Les données proviennent de la base de données R-22. Elles incluent les heures supplémentaires. Les employés à temps partiel occasionnels (TPO) qui effectuent moins de 25 % des heures d'un employé à temps complet sont exclus. Les données excluent les régions 10, 17 et 18 (Nord-du-Québec, Nunavik et Terres-Cries-de-la-Baie-James).

Le tableau suivant, relatif à l'évolution du ratio par secteur d'emploi, démontre que le personnel soignant présente historiquement les ratios les plus élevés, particulièrement chez les infirmières auxiliaires et chez les employés du secteur des emplois paratechniques. Les infirmières, quant à elles, se classent au troisième rang des ratios d'invalidité.

Tableau 4^{7,8}
Évolution du ratio par secteur d'emploi

Secteur d'emploi	Ratio heures d'assurance salaire / heures travaillées					Variation de 1996-1997 à 1999-2000
	1996-1997	1997-1998	1998-1999	1999-2000	Tendance 2000-2001	
Professionnels et travail social	3,28	3,23	3,51	3,92	4,00	19 %
Éducateurs	4,71	4,83	5,07	5,39	5,86	15 %
Techniciens	2,86	2,88	3,27	3,50	3,75	23 %
Infirmières	4,91	4,76	5,21	5,90	6,19	20 %
Infirmières auxiliaires	6,38	6,21	7,08	7,61	8,04	19 %
Paratechniques et soins infirmiers	5,86	5,78	6,05	6,80	7,03	16 %
Services auxiliaires et métiers	5,38	4,74	5,10	5,76	5,99	7 %
Employés de bureau	4,30	4,00	4,46	4,97	5,20	15 %
Cadres et hors cadres	3,16	2,91	3,01	3,18	3,40	1 %
Ensemble	4,73	4,52	4,90	5,45	5,69	15 %

7. Voir note 3.

8. Voir note 6.

La notion de zone urbaine et non urbaine revêt un caractère important dans l'analyse. Aussi, le concept de région métropolitaine de recensement (RMR) fut-il retenu afin d'apprécier cette notion. Ce concept fait référence à un grand noyau urbanisé ainsi qu'aux régions urbaines et rurales adjacentes hautement intégrées à ce noyau sur le plan économique et social. Il y a six RMR au Québec, soit Chicoutimi, Hull, Montréal, Québec, Sherbrooke et Trois-Rivières, et chacune compte plus de 100 000 habitants. À la lecture du tableau 5, nous constatons que la RMR de Chicoutimi affiche depuis 1996 le ratio le plus élevé, suivie de la RMR de Trois-Rivières.

Quant aux régions n'appartenant pas à une RMR, elles présentent entre 1996-1997 et 1999-2000 une variation de 24 % de leur ratio en assurance salaire. Ces ratios se sont maintenus de façon constante supérieurs à la moyenne provinciale.

Tableau 5^{9, 10}
Évolution du ratio par région métropolitaine de recensement

RMR	Ratio heures d'assurance salaire / heures travaillées					Variation de 1996-1997 à 1999-2000
	1996-1997	1997-1998	1998-1999	1999-2000	Tendance 2000-2001	
Chicoutimi	6,30	6,04	6,31	7,06	7,99	12 %
Hull	4,29	3,49	3,95	4,94	5,82	15 %
Montréal	4,70	4,38	4,56	5,00	5,22	6 %
Québec	4,13	4,14	4,79	5,45	5,68	32 %
Sherbrooke	4,46	5,03	5,31	5,24	5,89	18 %
Trois-Rivières	4,97	5,17	5,56	6,00	6,53	21 %
Sous-total	4,63	4,41	4,69	5,18	5,48	12 %
Autres territoires	4,96	4,88	5,44	6,14	6,25	24 %
Ensemble	4,74	4,55	4,91	5,45	5,69	15 %

Note : Les cartes illustrant la délimitation de chaque région métropolitaine de recensement figurent à l'annexe statistique du présent rapport.

9. Voir note 2.

10. Voir note 3.

Le tableau suivant nous renseigne sur les ratios des heures d'absence en assurance salaire selon les catégories d'établissement. Ce sont les établissements de soins de courte durée ayant moins de 500 000 heures travaillées qui présentent la variation de ratio la plus basse, donc positive, en assurance salaire. Deux catégories avec des volumes d'heures travaillées suffisamment élevées présentent des variations supérieures à 25 % ; ce sont les CLSC-CHSLD et les établissements multivocationnels.

Tableau 6^{11, 12, 13}
Évolution du ratio par catégorie d'établissement

Établissements	Ratio heures d'assurance salaire / heures travaillées					Variation de 1996-1997 à 1999-2000
	1996-1997	1997-1998	1998-1999	1999-2000	2000-2001 tendance	
CHSGS – 2 000 000 h et plus	4,24	4,01	4,44	4,98	5,16	17 %
CHSGS – 500 000 h à 1 999 999 h	4,81	4,55	5,14	5,73	5,82	19 %
CHSGS – Moins de 500 000 h	5,05	4,42	4,35	4,76	4,21	(6 %)
CHPSY –Tous	4,29	4,39	4,23	5,20	5,27	21 %
CHSLD – 500 000 h et plus	5,20	5,05	5,44	5,80	6,43	12 %
CHSLD – 250 000 h à 499 999 h	5,12	5,35	5,32	5,84	6,00	14 %
CHSLD – Moins de 250 000 h	5,81	5,68	5,28	5,61	6,12	(3 %)
CJ – Tous	4,98	4,76	4,87	5,18	5,71	4 %
CLSC – Mission unique	5,19	5,25	5,36	5,70	6,23	10 %
CLSC – CHSLD	5,10	4,88	5,60	6,42	6,51	26 %
CR – Déficience intellectuelle	4,83	4,73	4,61	4,94	5,57	2 %
CR – Déficience physique	4,33	4,23	4,43	5,12	5,03	18 %
CR – Alcoolisme et toxicomanie	5,68	5,69	7,96	7,86	5,99	38 %
CR privés	3,23	2,34	2,95	3,31	4,29	3 %
CHSLD privés – 100 000 h et plus	6,03	5,42	5,46	6,28	6,94	4 %
CHSLD privés – moins de 100 000 h	5,70	5,69	5,48	5,09	7,86	(11 %)
Multivocationnels	4,59	4,58	5,11	5,84	6,57	27 %
Ensemble	4,74	4,55	4,91	5,45	5,69	15 %

11. Voir note 2.

12. Voir note 3.

13. Le découpage des catégories a été fait sur la base des données 1998-1999.

À partir de l'ensemble des variables décrites plus haut, le comité de travail a établi un indicateur de performance normalisé. Ce dernier détermine le **résultat attendu** pour chacune des régions et chacun des établissements et a été comparé avec le **résultat observé**, c'est-à-dire le ratio d'assurance salaire. Les tableaux 7 et 8 en présentent le sommaire.

L'écart entre le ratio observé et le ratio attendu permet d'identifier les régions et les établissements dont la situation en assurance salaire est préoccupante ou alors positive par rapport à la moyenne. C'est au moyen de cet indicateur que chacune des activités liées au plan d'action sera planifiée et exécutée. Vous trouverez à l'« Annexe Statistique » les résultats détaillés de l'application de cet indice pour chacun des établissements.

Les détails concernant les méthodes utilisées pour définir l'indicateur de performance normalisé sont expliqués à l'« Annexe statistique ».

TABLEAU 7¹⁴
RATIO ATTENDU D'HEURES EN ASSURANCE-SALAIRE
SOMMAIRE PAR RÉGION
TENDANCE OBSERVÉE ANNÉE BUDGÉTAIRE 2000-2001 VS ATTENDU AJUSTÉ 1998/1999

Région	Nombre d'heures		Ratio observé	Ratio Provincial			Selon le territoire de RMR			
	Ass. salaire	Travaillées		Attendu	Écart		Ratio attendu		Écart	
					%	Heures	RMR	Non	%	Heures
C1	C2	C3	C4 C2/C3	C5	C6 (C4-C5)/C5	C7 C2-(C5*C3)	C8	C9	C10 Pondéré	C11 Pondéré
01 Bas-St-Laurent	548 969	7 947 752	6,91	5,19	33 %	136 450		5,47	26 %	114 457
02 Saguenay—Lac-St-Jean	731 332	9 488 074	7,71	4,97	55 %	259 413	4,75	5,50	52 %	249 355
03 Québec	834 318	31 411 008	5,84	4,71	24 %	354 674	4,63	5,16	25 %	364 521
04 Mauricie et Centre-du-Québec	1 048 529	15 903 512	6,59	5,12	29 %	233 627	4,83	5,63	24 %	203 487
05 Estrie	648 272	10 950 002	5,92	4,78	24 %	124 843	4,52	5,16	27 %	138 714
06 Montréal-Centre	4 930 229	94 827 126	5,20	4,78	9 %	399 593	4,67		11 %	502 521
07 Outaouais	502 878	8 792 507	5,72	4,74	21 %	85 930	4,67	4,89	22 %	89 617
08 Abitibi-Témiscamingue	397 728	5 329 918	7,46	5,00	49 %	131 450		5,25	42 %	117 975
09 Côte-Nord	279 642	3 619 613	7,73	5,19	49 %	91 793		5,47	41 %	81 704
11 Gaspésie—Îles-de-la-Madeleine	287 776	4 172 998	6,90	4,94	40 %	81 544		5,16	34 %	72 563
12 Chaudière-Appalaches	539 988	10 727 821	5,03	5,07	(1 %)	(4 261)	4,49	5,46	(0 %)	(2 362)
13 Laval	433 914	7 652 344	5,67	4,92	15 %	57 253	4,98		14 %	52 915
14 Lanaudière	465 533	8 016 834	5,81	4,92	18 %	71 432	4,88	5,41	11 %	44 908
15 Laurentides	648 716	10 716 044	6,05	4,94	22 %	118 984	4,52	5,43	25 %	128 977
16 Montérégie	1 523 694	27 690 075	5,50	5,12	7 %	104 771	4,97	5,51	5 %	76 355
Total des régions	14 821 520	257 245 627	5,76	4,89	18 %	2 247 494	4,69	5,42	18 %	2 235 706

14. L'écart pondéré est la somme de l'écart calculé pour les établissements dans les régions métropolitaines de recensement (RMR) et l'écart calculé pour les établissements non-RMR en tenant compte de la proportion en heures des établissements RMR et de la proportion en heures des établissements non RMR.

Première partie
Chapitre 1 • Analyse de la situation

TABLEAU 8¹⁵
RATIO ATTENDU D'HEURES EN ASSURANCE SALAIRE PAR ÉTABLISSEMENT
SOMMAIRE PAR CATÉGORIE
TENDANCE OBSERVÉE ANNÉE BUDGÉTAIRE 2000-2001 VS ATTENDU AJUSTÉ 1998-1999

Catégorie	Nombre d'heures		Ratio observé	Ratio provincial			Selon le territoire de RMR			
	Ass. salaire	Travailleés		Attendu	Écart		Ratio attendu		Écart	
					%	Heures	RMR	Non RMR	%	Heures
C1	C2	C3	C4 C2/C3	C5	C6 (C4-C5)/C5	C7 C2-(C5*C3)	C8	C9	C10 Pondéré	C11 Pondéré
1.1 CHSGS – Plus de 2 000 000 heures	4 332 962	82 972 233	5,22	4,38	19%	698 019	4,29	5,73	19%	698 098
1.2 CHSGS – 500 000 à 2 000 000 heures	3 002 541	50 933 568	5,90	4,95	19%	482 351	4,30	5,51	19%	477 007
1.3 CHSGS – Moins de 500 000 heures	239 804	5 380 156	4,46	4,21	6%	13 318	4,36	4,08	5%	12 494
2 CHPSY	530 091	10 207 048	5,19	4,22	23%	99 664	4,20	5,57	23%	99 589
3.1 CR – Déficience physique	169 434	3 297 017	5,14	4,42	16%	23 846	4,44	4,31	16%	23 774
3.2 CR – Déficience intellectuelle	547 038	9 610 285	5,69	4,72	20%	93 030	4,64	4,94	21%	93 130
3.3 CR – Alcoolisme et toxicomanie	55 980	918 019	6,10	8,04	(24%)	(17 857)	7,97	9,42	(24%)	(17 810)
3.4 CR privés	30 474	637 474	4,78	2,84	69%	12 398	2,74	3,52	69%	12 394
4.1 CHSLD publics – Plus de 500 000 heures	899 051	13 645 833	6,59	5,69	16%	122 546	5,50	6,42	16%	125 072
4.2 CHSLD publics – 250 000 à 500 000 heures	640 159	10 363 325	6,18	5,71	8%	48 843	5,55	6,27	8%	47 704
4.3 CHSLD publics – moins de 250 000 heures	277 585	4 335 543	6,40	5,06	26%	57 999	5,28	4,56	25%	55 372
4.4 CHSLD privés – plus de 100 000 heures	302 373	4 644 769	6,51	5,76	13%	34 914	5,73	6,42	13%	34 779
4.5 CHSLD privés – 100 000 heures et moins	200 389	3 398 981	5,90	5,99	(2%)	(3 192)	5,95	6,05	(1%)	(2 816)
5.1 CLSC – Mission unique	915 516	14 409 053	6,35	5,33	19%	147 491	5,30	5,39	19%	147 793
5.2 CLSC - CHSLD	1 155 187	17 407 680	6,64	5,48	21%	202 009	6,01	5,24	20%	191 116
6 Établissements multivocationnels	733 138	10 915 236	6,72	5,21	29%	164 454	5,05	5,21	30%	170 084
7 Centres Jeunesse	789 797	14 169 406	5,57	5,10	9%	67 661	5,02	5,55	9%	67 926
Total des catégories	14 821 520	257 245 627	5,76	4,89	18%	2 247 494	4,69	5,42	18%	2 235 706

15. Voir note 14.

1.1.2 Troubles mentaux

Compte tenu de l'importance des absences reliées aux troubles mentaux constatée localement par les participants du comité, nous avons regroupé quelques données statistiques sur le sujet afin de tenter de déterminer la situation réelle du réseau en comparaison avec d'autres milieux .

Sans vouloir banaliser une situation qui apparaît fort préoccupante, la croissance des troubles mentaux ne semble pas être un phénomène local ou inhérent au réseau de la santé et des services sociaux. Cette croissance est également perceptible chez les autres employeurs du Québec, dans la population en général et même au niveau mondial. Les informations qui suivent soutiennent ce constat.

1.1.2.1 Réseau SSS : données partielles AHQ – ACCQ

Au mois de septembre 2000, l'Association des hôpitaux du Québec et l'Association des CLSC et des CHSLD du Québec, au nom des associations d'employeurs du réseau de la santé et des services sociaux, souhaitaient évaluer la croissance des invalidités en assurance salaire et le poids relatif des invalidités pour troubles mentaux. Un questionnaire fut acheminé aux employeurs et 154 établissements ont répondu à la demande, soit 31 % du total des établissements.

Le relevé¹⁶ pour les années 1998-1999 et 1999-2000 confirme la croissance du taux d'absence en assurance salaire incluant les troubles mentaux. Selon ces informations, le pourcentage des heures d'absence en invalidité pour troubles mentaux était de l'ordre de 38 % en 1998-1999 et de 41 % en 1999-2000. Il s'agit d'une donnée reflétant la gravité de ces invalidités et non la fréquence qui, elle, est établie en fonction du nombre de cas.

16. L'Association des hôpitaux du Québec et l'Association des CLSC et des CHSLD du Québec, *Augmentation des coûts de l'assurance salaire en 1999-2000*, Communiqué n° 2000-29, 27 septembre 2000.

Tableau 10
Les invalidités d'ordre psychologique, les missions

Mission	Nombre d'établissements	Variation % heures assurance salaire	% heures assurance salaire pour invalidités reliées aux troubles mentaux		
			1998-1999	1999-2000	Variation %
CH + CHPSY	27	18.37	33	37	13,24
CH + CHSLD	23	16.25	40	40	1,95
CH + CHSLD + CLSC	10	13.94	40	43	7,68
CHSLD	23	13.31	38	40	5,96
CLSC	30	14.92	49	51	4,17
CHSLD + CLSC	21	21.99	41	46	10,77
CPEJ	4	- 1.76	47	53	12,33
CR	16	16.68	47	46	- 2,64
TOTAL	154	16.65	38	41	7,3

Tableau 11
Les invalidités d'ordre psychologique, les régions

Région	Nombre d'établissements	Variation % heures assurance salaire	% heures assurance salaire pour invalidités reliées aux troubles mentaux		
			1998-1999	1999-2000	Variation %
01	7	20.5	46	48	4,5
02	8	6.7	56	44	- 20,8
03	11	22.0	36	43	19,8
04	11	9.1	38	39	3,3
05	5	7.4	41	42	3,9
06	38	20.1	30	35	18,1
07	8	33.9	45	46	2,3
08	9	22.6	44	43	- 1,7
09	5	18.1	40	45	13,4
10	N/D	N/D	N/D	N/D	N/D
11	6	21.1	49	51	4,9
12	9	8.3	38	36	- 5,0
13	5	9.8	41	41	- 1,6
14	7	23.3	33	38	14
15	7	5.2	40	42	4,1
16	15	10.9	49	49	- 0,1
TOTAL	154	16.6	38	41	7,3

Selon les régions, les heures d'absence en assurance salaire imputables à des diagnostics pour troubles mentaux varient de 30 % à 56 % en 1998-1999 et de 35 % à 51 % en 1999-2000.

1.1.2.2 Autres employeurs au Québec

Certaines grandes entreprises du Québec nous ont communiqué le niveau d'absence pour troubles mentaux. Ces entreprises possèdent des caractéristiques comparables à celles du réseau de la santé et des services sociaux, soit :

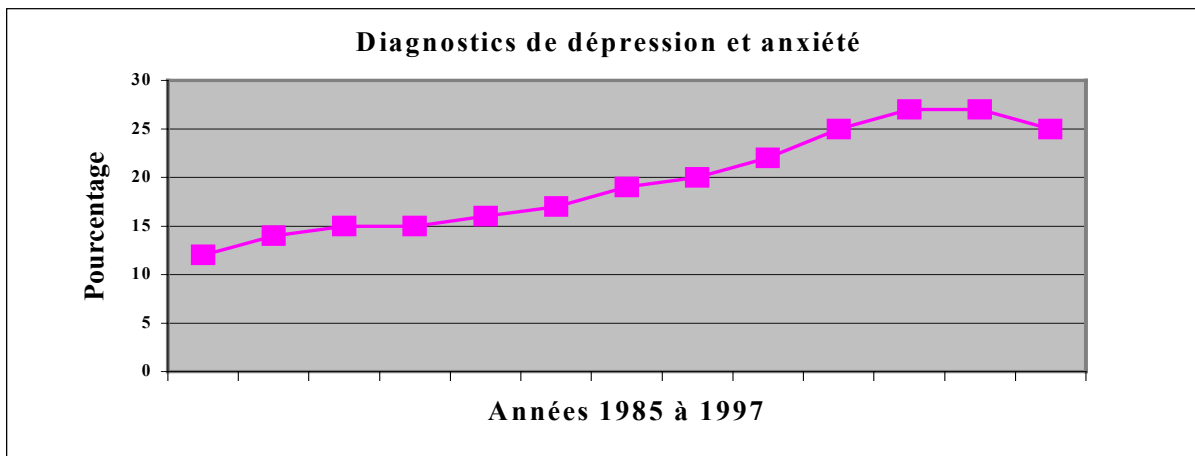
- Entreprises de services;
- Plusieurs milliers de salariés;
- Niveau de syndicalisation de plus de 80 %.

Dans ces entreprises, en 1998, dernière année répertoriée, les troubles mentaux étaient responsables des invalidités dans une proportion variant entre 24 % et 31 %. Sur une base comparative, une étude réalisée dans le réseau de la santé par une équipe de recherche de l'Université Laval¹⁷ et portant uniquement sur les invalidités des infirmières, indique que 25 % des invalidités étaient reliées à des troubles mentaux. Il s'agit de données rattachées strictement au nombre de cas d'invalidité pour troubles mentaux et non à la durée de ces invalidités.

1.1.2.3 Assureurs privés

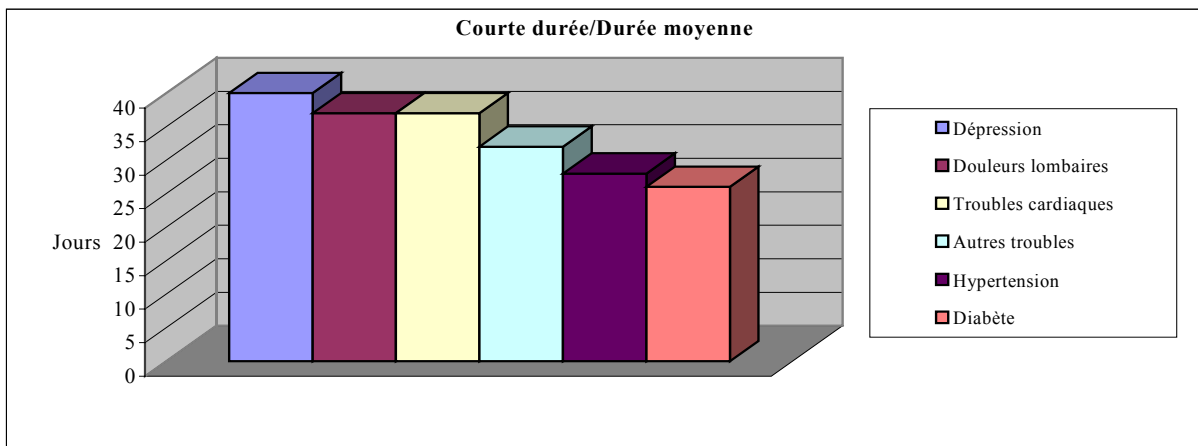
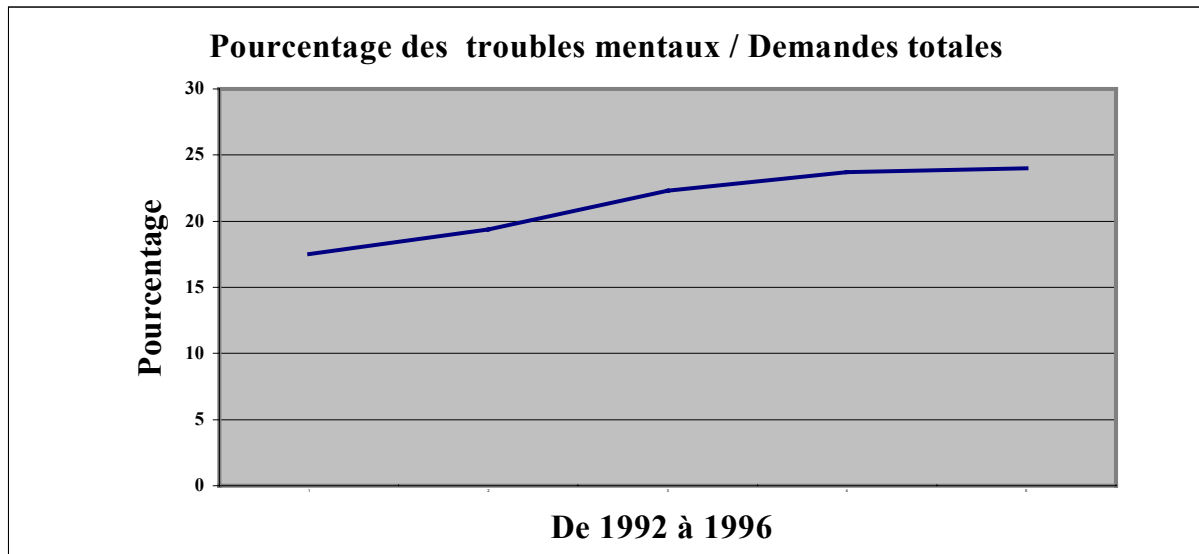
Quelques données fournies par les assureurs confirment également une augmentation importante des réclamations pour des invalidités de nature psychologique.

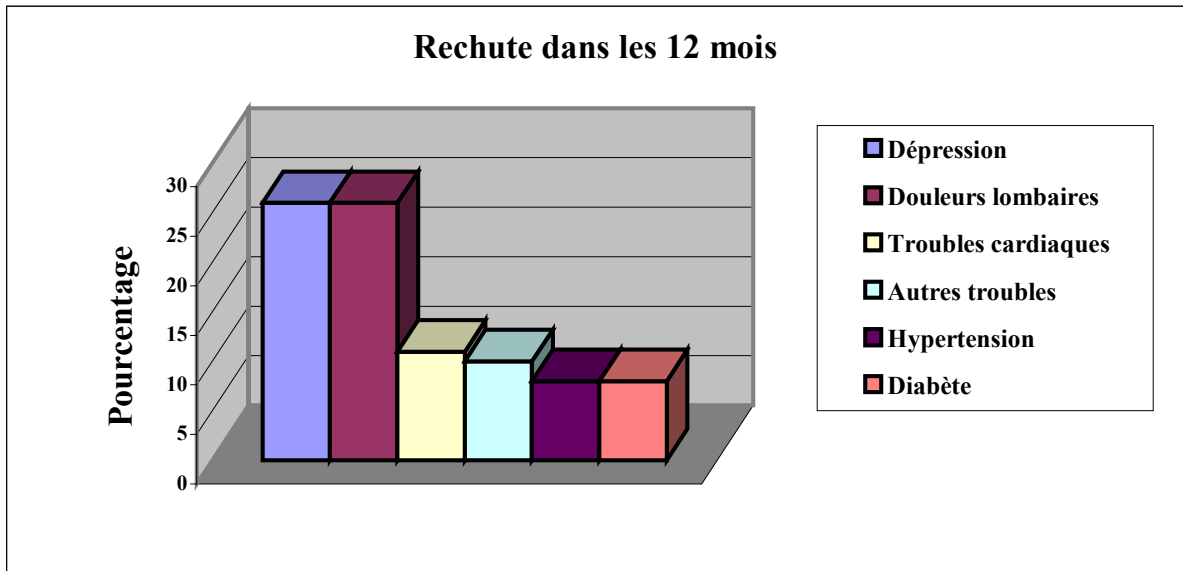
□ Sun Life du Canada¹⁸



17. Équipe de recherche R.I.P.O.S.T. – Université Laval et Direction de la santé publique de Québec, *Les impacts positifs et négatifs de la transformation du réseau de la santé sur la vie professionnelle, la vie familiale et la santé des infirmières et des infirmiers de l'agglomération de Québec*, Rapport de recherche soumis au Conseil québécois de la recherche sociale (CQRS), août 2000, 27 p.

18. Sun Life du Canada, participant au colloque de l'Association des infirmières et infirmiers en santé du travail du Québec : *Les dépressions : Impacts sur le milieu de travail*, Montréal, Automne 1999.



□ **Standard Life****1.1.2.4 Niveau international**

Sur le plan international, les données de l'Organisation mondiale de la santé démontrent que depuis 1993 les troubles de l'humeur se situent au premier rang des incapacités alors qu'en fonction de la mortalité et de la morbidité, ces troubles sont passés du dixième rang en 1993 au sixième rang en 1997. Les problèmes liés aux troubles de l'humeur (une des catégories des troubles mentaux) sont également en croissance sur le plan international.

► SOMMAIRE

La croissance du ratio des absences et des coûts en assurance salaire atteint respectivement 24 % et 26 % entre 1993-1994 et 1999-2000. D'après une estimation pour l'année 2000-2001, la croissance des absences pourrait atteindre 30 %.

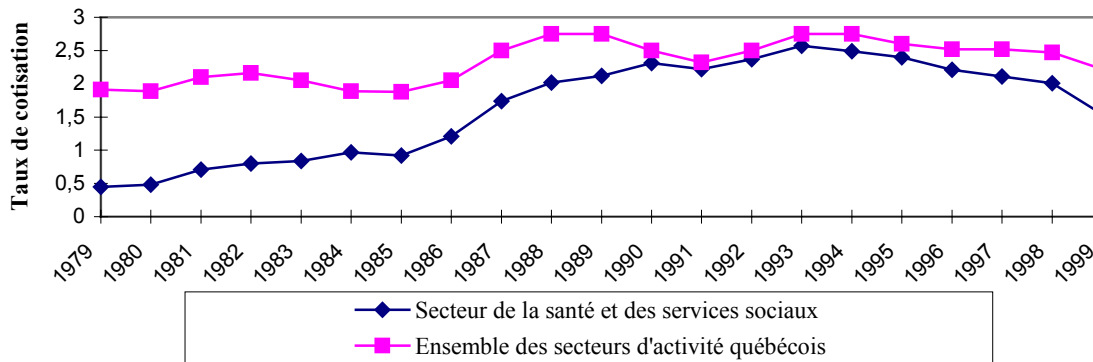
Les données disponibles semblent démontrer l'existence d'une problématique importante en ce qui a trait aux troubles mentaux, et ce, tant chez les personnes salariées du réseau de la santé et des services sociaux que chez les employés d'autres entreprises de services au Québec. Il en est de même pour certains assureurs privés pour lesquels les réclamations pour invalidité reliées aux troubles mentaux sont en hausse depuis le début des années 1990.

Devant cette situation fort préoccupante, il est important d'agir dès maintenant afin de préciser la situation auprès des intervenants et partenaires du réseau de la santé et des service sociaux et d'identifier des pistes de solution afin de contenir sinon d'en réduire l'ampleur.

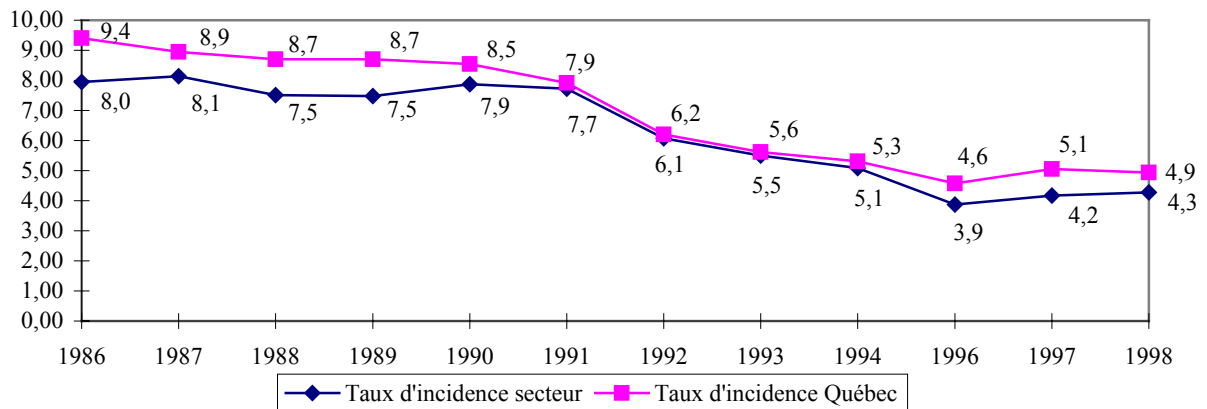
1.2 SANTÉ ET SÉCURITÉ DU TRAVAIL

Au milieu des années 1980, la situation de la santé et de la sécurité du travail s'est grandement détériorée dans le réseau de la santé et des services sociaux, au point où les taux de cotisation et les taux d'incidence du réseau ont rejoint la moyenne québécoise (graphiques 1 et 2).

Graphique 1^{19, 20}
Évolution du taux moyen de cotisation de 1979 à 1999



Graphique 2^{21, 22}
Variation du taux d'incidence des accidents



19. Rapport annuel 2000 de l'ASSTSAS.

20. Les données incluent également les garderies, les services ambulanciers et les pratiques de médecine.

21. Voir note 19.

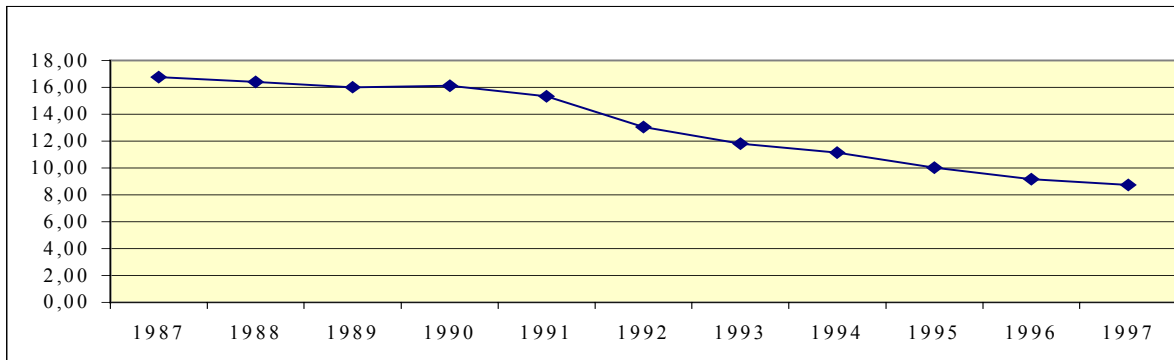
22. Voir note 20.

Depuis le début des années 1990, le dossier de la santé et de la sécurité a fait l'objet d'une attention particulière du Ministère, des établissements et de l'ensemble des partenaires. Cette prise en charge, doublée d'incitatifs financiers issus tant de la Commission de la santé et de la sécurité du travail que du Ministère, a entraîné un redressement important de la situation, comme le démontrent les graphiques plus bas.

En effet, de 1990 à 1997, nous observons :

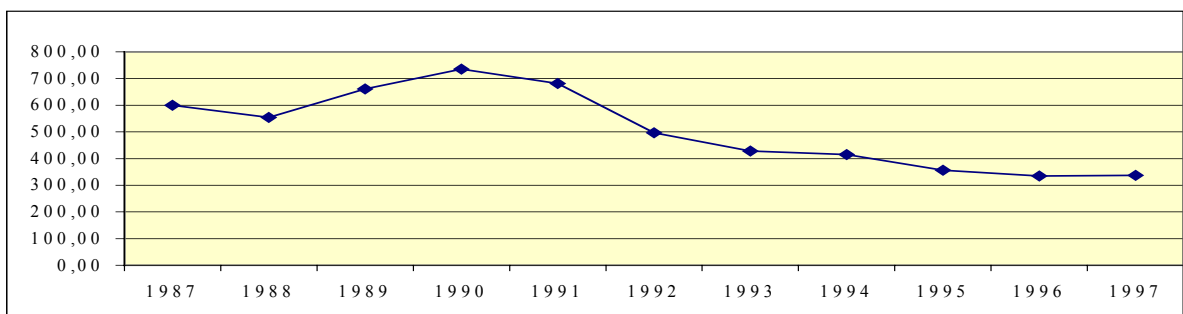
- une diminution du taux de fréquence de l'ordre de 46 % (graphique 3).

Graphique 3²³
Évolution du taux de fréquence des lésions professionnelles



- une réduction de la gravité de 54 % (graphique 4).

Graphique 4²⁴
Évolution du taux de gravité des lésions professionnelles

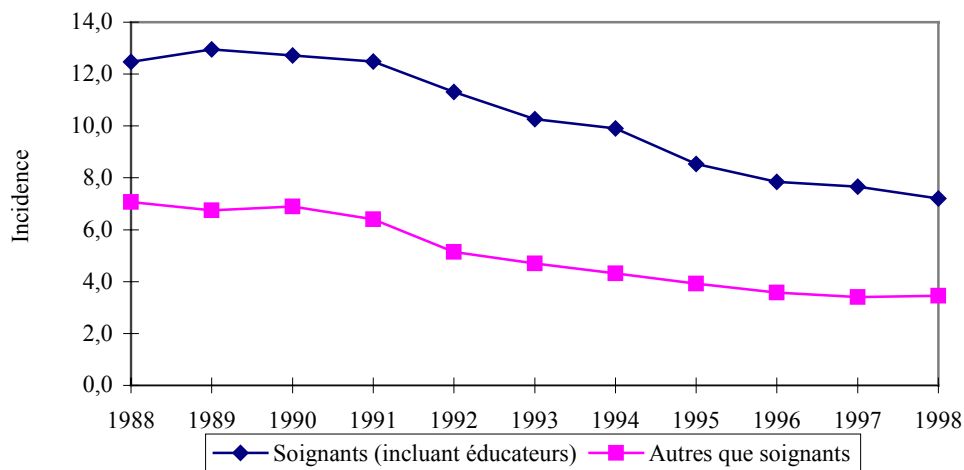


23. Rapports annuels et annexes statistiques de la CSST, 1987 à 1997.

24. Voir note 23.

- Historiquement, le dos constitue le siège de lésion le plus fréquemment touché lors d'accidents du travail ou de maladies professionnelles. Des efforts importants ont été faits à ce sujet, générant ainsi une réduction des lésions de plus de 57 % de 1990 à 1998. Malgré cette importante diminution, ce siège de lésion représente encore 50 % de toutes les lésions professionnelles du réseau de la santé.
- Le personnel soignant est également plus touché par les lésions professionnelles que le personnel non soignant (graphique 5).

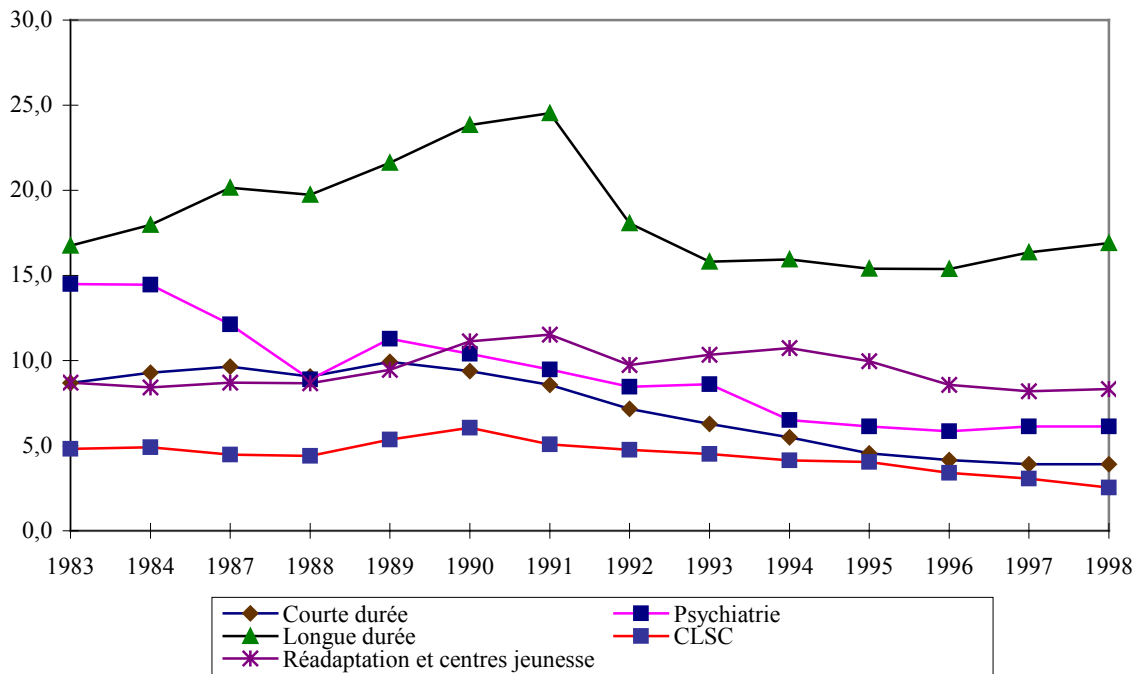
Graphique 5²⁶ :
Incidence des lésions professionnelles selon le titre d'emploi



26. Voir note 19.

- Les établissements avec une mission de soins de longue durée (CHSLD) présentent le taux d'incidence le plus élevé du réseau (graphique 6)

Graphique 6²⁷



27. Voir note 19.

D SOMMAIRE

Les diminutions importantes de la fréquence et de la gravité ne se reflètent pas dans les cotisations versées à la CSST. En effet, certains mécanismes de la tarification de la CSST empêchent le réseau de bénéficier de baisses plus importantes traduisant leurs efforts de gestion et de prévention. Par exemple, le taux fixe, inclus dans la cotisation de ce régime, n'a cessé d'augmenter depuis 1990. Ce dernier n'est aucunement lié à la performance d'un employeur ; il s'agit de montants appliqués uniformément à l'ensemble des employeurs, et ce, peu importe le risque ou la nature de l'activité économique.

Malgré cette excellente performance, certains établissements du réseau constatent localement une augmentation des lésions et des coûts en santé et sécurité. Les partenaires devront être vigilants face à cette possible croissance, compte tenu particulièrement du mode de tarification, lequel n'établit les coûts réels d'une lésion qu'après quatre ans.

La majorité des participants aux travaux du comité ont également souligné un certain essoufflement des ressources affectées à ce dossier en plus d'une diminution du bassin de candidats expérimentés à la gestion de ce régime.

Note : Il nous est impossible d'établir un parallèle avec les données d'assurance salaire. Les sources d'information étant différentes — CSST et fichiers de paie —, les données extraites ne peuvent se comparer.

1.3 RETRAIT PRÉVENTIF DE LA TRAVAILLEUSE ENCEINTE OU QUI ALLAITE

Le programme du Retrait préventif de la travailleuse enceinte ou qui allaite (RPTEA) existe au Québec depuis 1981. Ce programme a comme objectif d'éliminer pour la travailleuse enceinte ou qui allaite et son enfant tout danger associé aux conditions de travail en relation avec l'état de grossesse ou d'allaitement.

Alors que l'objectif premier du programme est d'éliminer les dangers pour la travailleuse et son enfant et de favoriser son maintien en emploi, il est généralement perçu par les travailleuses comme un prolongement de congé de maternité. Depuis vingt ans maintenant de nombreux débats ont eu lieu sur la notion de « danger » et sur l'affectation sécuritaire au travail. Les normes définissant le « danger » en ce domaine étant souvent imprécises et faisant encore l'objet de recherches, les décisions présentent souvent un manque d'uniformité d'une région à l'autre, parfois dans la même région et, plus encore, d'un cas à l'autre. Enfin, les orientations de la Commission d'appel en matière de lésions professionnelles et, plus récemment, de la Commission des lésions professionnelles, ont fréquemment fait montre d'un certain manque de cohérence à cet égard.

En considérant ces facteurs associés à d'autres de nature organisationnelle, il est devenu de plus en plus difficile pour les employeurs du réseau de maintenir au travail les travailleuses enceintes ou qui allaitent.

Les prévisions budgétaires pour ce programme se chiffraient à environ 8 millions de dollars au début des années 1980. Actuellement, c'est de plus de 113 millions de dollars qu'il faut parler. Le réseau de la santé, qui contribue au moyen de ses cotisations à 10 % de ce montant, utilise 33 % de ce budget, soit 37 millions de dollars.

Tableau 9²⁸
Évolution des demandes de RPTEA (1995 à 1999)

Année	Nombre de demandes			Débours totaux pour les jours indemnisés	
	Infirmières		Ensemble des effectifs du réseau	Infirmières (\$)	Ensemble des effectifs (\$)
	CH	Ensemble des établissements			
1995	1 183	1 497	5 097	9 573 970	31 074 839
1996	1 113	1 435	4 882	9 302 876	30 585 766
1997	1 013	1 348	4 545	9 602 387	28 865 344
1998	929	1 270	4 627	8 964 465	30 087 575
1999	1 020	1 357	5 011	9 373 741	32 936 766

28. Données fournies par la CSST.

Les données recueillies révèlent que pour l'ensemble du réseau de la santé et des services sociaux :

- Le nombre de demandes de retrait préventif de la travailleuse enceinte ou qui allaite acceptées est d'environ 5 000 par année ;
- Le nombre de jours indemnisés est d'environ 600 000 par année, toutes catégories de personnel confondues, soit environ 1 644 employées équivalent à temps complet²⁹ ;
- 1 300 demandes de retrait préventif proviennent des infirmières, pour environ 170 000 jours indemnisés, soit l'équivalent de 466 employées équivalent à temps complet.

Ces données sont suffisamment éloquentes pour susciter, dans un milieu où le manque de personnel est décrié, particulièrement du côté du personnel infirmier, une réflexion afin d'évaluer dans quelle mesure il serait possible de réaffecter ces travailleuses tout en protégeant leur santé et leur sécurité ainsi que celles de l'enfant.

Dans la foulée du *Rapport du forum national sur la planification de la main-d'œuvre infirmière*³⁰, le réseau et tous ses partenaires auraient intérêt à mettre en place un comité de travail afin d'évaluer dans quelle mesure la réorganisation des soins infirmiers recommandée dans ce rapport pourrait tenir compte de la réaffectation de la travailleuse enceinte.

1.4 INVENTAIRE DES ACTIVITÉS EN MATIÈRE DE GESTION DE LA PRÉSENCE AU TRAVAIL

Un comité de travail a été formé afin de procéder à l'inventaire des activités en matière de gestion de la présence au travail dans le réseau de la santé et des services sociaux. L'objectif de cette démarche était de déterminer les stratégies gagnantes de gestion et d'analyser la possibilité de transfert des moyens vers les autres établissements du réseau.

Afin de procéder à la collecte de l'information, un mini-sondage a été transmis aux intervenants suivants :

- Régies régionales de la santé et des services sociaux;
- Associations d'établissements;
- Établissements (direction des ressources humaines ou administratives).

29. Selon les procédés de la CSST, chaque jour de calendrier équivaut à un jour d'indemnisation. C'est pourquoi le calcul des équivalents temps complet s'est fait sur une base de 365 jours.

30. MSSS, mars 2001.

Le comité a recueilli 47 réponses au sondage; les répondants se répartissent comme suit :

- 7 des régions régionales de la santé et des services sociaux;
- 3 des associations d'établissements;
- 37 des établissements.

En regroupant les réponses au mini-sondage, nous constatons que les interventions se situent à deux niveaux, soit : des interventions globales à l'égard de la gestion de la présence au travail et des interventions plus localisées en fonction d'une problématique particulière.

Nous retenons des réponses reçues que :

- La très grande majorité des répondants ont une préoccupation particulière pour l'augmentation des invalidités pour troubles mentaux;
- Plusieurs projets reliés à la santé mentale sont en cours d'implantation mais aucun n'est suffisamment avancé pour qu'on puisse prévoir des résultats quantitatifs;
- Certaines recherches en santé mentale sont en cours avec des établissements universitaires;
- Six régions ou groupes d'établissements ont procédé à des mises en commun de l'expertise en gestion des invalidités; une seule de ces démarches était suffisamment avancée pour permettre une évaluation quantitative et positive du regroupement;
- La disponibilité d'outils de soutien à la gestion tels que des guides de gestion, des politiques, des procédures, des colloques, des ateliers de formation et d'information n'est pas négligeable;
- Certains établissements ont mis en place des activités de suivi médical avec des médecins spécialistes à l'interne dans les services de santé des établissements.

Compte tenu du manque de maturité de l'ensemble des activités mises en place, il est difficile de procéder en ce moment à une évaluation quantitative des processus et activités privilégiés par le réseau de la santé. Par contre, il est généralement reconnu que la disponibilité d'outils de gestion et de formation sur le sujet augmente les chances de succès des interventions.

Chapitre 2

CONSTATS

2.1 LES RESSOURCES HUMAINES

En 1998-1999, le réseau de la santé et des services sociaux est privé de plus de 10 500 personnes salariées en équivalent temps complet, ce qui représente près de 7,5 % des ressources totales du réseau (142 000 employés à temps complet).

À titre indicatif, nous avons calculé, à partir des jours perdus, que pour chacun des régimes d'indemnisation et d'invalidité le nombre de personnes salariées en équivalent temps complet représente en :

➤ assurance salaire	7 600 ETC
➤ lésions professionnelles	1 245 ETC
➤ retrait préventif de la travailleuse enceinte ou qui allaite	1 644 ETC

2.1 LES COÛTS

Les dépenses directes d'indemnisation et de cotisation reliées à l'assurance salaire ainsi qu'à la santé et à la sécurité du travail sont de l'ordre de 330 millions de dollars annuellement, ce qui représente 4 % de la masse salariale des personnes salariées visées par ces régimes (9 milliards de dollars au total).

L'analyse de la situation des régimes d'invalidité en assurance salaire nous permet de confirmer une augmentation du ratio des invalidités de l'ordre de 24 % et d'environ 26 % pour les coûts d'indemnisation. Pour l'année 1999-2000, plus de 200 millions de dollars ont été utilisés pour compenser les invalidités en assurance salaire. Une nouvelle augmentation du ratio de l'ordre de 5 % est prévisible pour l'année 2000-2001.

Quant aux lésions professionnelles, le réseau a présenté une diminution très significative de la fréquence, de la gravité et des coûts imputés. Cette baisse ne s'est pas reflétée entièrement en diminution de la cotisation. Selon une estimation, les employeurs du réseau cotiseraient pour environ 130 millions de dollars annuellement.

2.3 LES INDICATEURS DE GESTION

La première étape d'analyse de la situation nous a permis, grâce à un indicateur de performance normalisé, de tracer un portrait relativement précis de la situation de chacun des établissements au regard de l'assurance salaire. Cependant, afin d'assurer le suivi et d'évaluer les effets des actions entreprises en vue de l'atteinte d'objectifs quantifiables, il est essentiel de parfaire les banques d'informations.

En effet, nous ne possédons aucune donnée précise concernant la nature, les causes et la durée des invalidités. Il s'avère prioritaire de recueillir ces données afin de concevoir des indicateurs de gestion complets, lesquels serviront d'assise pour déterminer les éléments positifs et négatifs de la gestion des invalidités.

Il est apparu évident que les établissements et le réseau doivent se doter d'un système de gestion efficace et sécurisé afin de leur permettre de monitorer en continu le niveau de présence au travail des personnes salariées et d'intervenir rapidement devant l'apparition de nouvelles problématiques.

Chapitre 3

ÉLABORATION D'UN PLAN D'ACTION RÉGIONAL ET LOCAL

Une fois réalisé le premier objectif du comité provincial qui était d'établir le portrait de la situation grâce à une analyse de la problématique et à la mise au point d'un indicateur de gestion, le comité devait élaborer un plan d'action. C'est à partir de cinq axes d'intervention que le comité propose à chacun des établissements, des régies régionales et au ministère de la Santé et des Services sociaux d'établir son propre plan d'action.

3.1 CONSENSUS

Les membres du comité de travail ont exprimé leurs préoccupations tout au long du déroulement des travaux. Certains consensus en sont ressortis :

1. La nécessité d'accorder la priorité au dossier de la présence au travail dans son ensemble;
2. L'implication du Ministère pour soutenir le réseau dans la mise en œuvre d'un plan d'action régional et local;
3. Les difficultés de communication pour les gestionnaires des régimes avec les médecins traitants;
4. L'importance d'axer la recherche de solutions sur une vision globale du problème, et de ne pas se limiter à la gestion médico-administrative ;
5. L'importance de favoriser le prompt retour au travail et le maintien au travail;
6. L'importance d'agir auprès des personnes salariées qui sont toujours au travail.

Enfin, même si le mandat ne concernait au départ que les régimes d'assurance salaire, les membres du comité se sont penchés particulièrement sur des actions touchant les régimes d'invalidité et le maintien en emploi. Il est important de souligner que pour atteindre les objectifs visés, il est indispensable de favoriser un arrimage et une concertation des actions dans tous les volets du plan d'action, incluant l'organisation du travail.

3.2 CAUSES HYPOTHÉTIQUES DE L'AUGMENTATION DES INVALIDITÉS

Les membres du comité se sont également penchés sur les causes hypothétiques de l'augmentation des invalidités en assurance salaire. En l'absence de données précises sur le sujet, les participants ont émis leur opinion en fonction de leur propre connaissance de leur milieu de travail. Quoique n'ayant aucune base statistique ou scientifique, cet exercice nous a permis de constater que la perception des membres du comité sur les causes des invalidités est relativement conciliable avec les principes reconnus en la matière.

La littérature fait état d'un ensemble de facteurs pour expliquer les absences au travail. Les membres du comité ont regroupé chacune des causes hypothétiques sous quatre vocables :

- Causes de nature sociale;
- Causes reliées à la nature même des maladies;
- Causes reliées au réseau de la santé;
- Causes reliées à l'établissement (locales).

Cette grille de causes potentielles a servi de départ dans la détermination des axes d'intervention pour le plan d'action.

HYPOTHÈSES LOCALES

- Dossier de la présence au travail n'est pas reconnu comme prioritaire
- Manque parfois de cohérence organisationnelle, manque d'uniformité de la gestion administrative
- Manque d'expérience, de spécialisation des ressources affectées à la gestion du dossier de la présence au travail
- Difficulté de recrutement pour du personnel spécialisé
- Bas niveau d'encadrement
- Alourdissement des tâches du personnel
- Interventions syndicales auprès de la direction ou du CA à l'encontre des efforts de gestion
- En région plus particulièrement, le lien entre le médecin traitant et l'employeur est souvent problématique
- Proximité entre les gestionnaires et le personnel (en régions éloignées)
- Frais d'arbitrage assumés par les employeurs
- Utilisation des différents régimes à des fins pour lesquelles ils ne sont pas prévus
- Violence au travail
- Équipements insuffisants, désuets, inadéquats, défectueux

HYPOTHÈSES RELIÉES À LA NATURE DES MALADIES

- Vieillessement du personnel
- Gravité des maladies (augmentation des cancers, des maladies cardiaques, etc.)
- Émergence de nouveaux diagnostics (sida, maladies mentales, etc.)
- Complexité des maladies



HYPOTHÈSES DE NATURE SOCIALE

- Disparition des réseaux de solidarité
- Éclatement de la famille
- Éclatement des valeurs sociales
- Disparition de l'État providence
- Émergence de lois sociales appliquées de façon très large et libérale
- Conciliation travail et famille
- Exigences face à un certain niveau de vie (double emploi, habitudes de consommation, etc.)
- Explosion des diagnostics de maladie mentale
- Explosion des diagnostics avec des pronostics sombres (cancers, maladies cardiaques, etc.)
- Augmentation de la violence au travail

HYPOTHÈSES RELIÉES AU RÉSEAU

- Dossier de la présence au travail n'est pas reconnu comme prioritaire
- Reconfiguration du réseau et instabilité persistante (ex : départs à la retraite, difficulté de recrutement pour du personnel spécialisé)
- Portrait négatif du réseau (médias, etc.)
- Précarité d'emploi (par exemple : en 1999-2000 les TPO représentaient 29,5 % du personnel)
- Moyenne d'âge élevée du personnel du réseau (41,2 en 1999-2000)
- Manque d'uniformité de la gestion administrative d'un établissement à l'autre et d'une région à l'autre
- Démotivation du personnel, absence de reconnaissance
- Segmentation des tâches
- Diverses dispositions des conventions collectives :
 - qui semblent encourager plus l'absence au travail que la présence
 - qui semblent être des entraves à la gestion de la présence au travail
 - qui semblent rendre difficiles les réinsertions rapides au travail
- Très nombreux avantages à l'absence au travail
- Bas niveau d'encadrement
- Frais d'arbitrage assumés par les employeurs
- Détournement de l'objectif du programme de retrait préventif de la travailleuse enceinte ou qui allaite (RPTEA)
- Violence dans les milieux de travail
- Délais d'attente pour les traitements ou les examens
- Alourdissement de la clientèle et de la tâche
- Équipements désuets, inadéquats, défectueux, insuffisants

3.3 OBJECTIFS DE RÉDUCTION

Une fois l'analyse de la situation réalisée et les préoccupations des membres du comité bien campées, ces derniers ont établi des objectifs de résultats qu'ils estiment réalistes et réalisables. Ces objectifs, tout comme les axes d'intervention, s'attardent aux trois régimes d'indemnisation dont il est question dans le présent document, soit l'assurance salaire, la santé et sécurité du travail et le retrait préventif de la travailleuse enceinte ou qui allaite.

Les membres du comité croient fermement qu'il est important de traiter le dossier de la gestion de la présence au travail dans son ensemble afin d'obtenir des résultats durables. De plus, tous les intervenants en matière de gestion des invalidités connaissent maintenant la théorie des « vases communicants » entre les divers régimes d'indemnisation : si l'un bénéficie d'une prise en charge globale (prévention, réparation et financement) et que l'autre est laissé à lui-même, nous constaterons rapidement une augmentation des absences liées au régime ne bénéficiant pas d'une prise en charge globale.

Les membres du comité proposent un objectif provincial de réduction du ratio des heures en assurance salaire de l'ordre de 17 % sur trois ans. Chacun des établissements devra, en fonction de la situation qui lui est propre et en fonction de l'indicateur de gestion normalisé qui lui sera transmis, élaborer son plan d'action et ses objectifs de réduction, lesquels pourront certes différer des objectifs provinciaux.

En ce qui concerne la santé et de la sécurité du travail, les membres du comité souhaitent que le réseau maintienne le niveau actuel de performance puisqu'un objectif de réduction pourrait être difficilement atteint. Par contre, les établissements dont la performance laisse à désirer dans le volet santé et sécurité, devraient se fixer des objectifs d'amélioration.

Aucun objectif quantitatif n'a été fixé pour le programme de « Retrait préventif de la travailleuse enceinte ou qui allaite », l'évolution de ce programme étant liée à des interventions globales avec les partenaires tels que la Commission de la santé et de la sécurité du travail.

AXES D'INTERVENTION

Afin d'atteindre les objectifs déterminés, les plans d'action locaux, régionaux et national devraient à notre avis toucher chacun des axes d'intervention décrits dans les pages suivantes.

Les axes d'intervention, au nombre de cinq, touchent les aspects de :

- La priorité accordée à la gestion de la présence au travail au sein du Ministère, des régions régionales et des établissements;
- La mise au point d'indicateurs de gestion uniformes pour le réseau;
- L'organisation du travail;
- La gestion médico-administrative;
- La prévention et la promotion de la santé, incluant des actions spécifiques en santé mentale.

Nous avons associé aux axes d'interventions un ensemble d'activités et de moyens qu'il nous apparaît important de mettre en évidence, sans nier toutefois que d'autres pourraient également être ajoutés et s'avérer fort positifs dans la recherche des résultats escomptés.

AXES D'INTERVENTION POUR L'ÉLABORATION D'UN PLAN D'ACTION RÉGIONAL ET LOCAL



VOLET : VOLONTÉ RÉSEAU				
OBJECTIF :				
Accorder la priorité à la gestion de la présence au travail dans le réseau de la santé et des services sociaux				
ACTIVITÉS	MOYENS	RESSOURCES	ÉCHÉANCIER	DIFFICULTÉS
Affirmer la volonté du Ministère d'accorder la priorité à la gestion de la présence au travail	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Intégrer aux orientations ministérielles des ressources humaines l'aspect de la gestion de la présence au travail ➤ Établir une politique de gestion de la présence au travail ➤ Diffuser largement cette politique au sein des établissements et les inciter à la promouvoir à l'interne ➤ Adopter un plan de marketing énergique auprès de l'ensemble du réseau ➤ Intégrer aux ententes de gestion entre le MSSS et les régions régionales le volet « <i>gestion de la présence au travail</i> » aux addenda des ressources humaines ➤ Intégrer le volet de la gestion de la présence au travail au PDRH ➤ Instaurer, au besoin, des incitatifs à la gestion de la présence au travail 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ MSSS ✓ RRSSS ✓ Associations d'établissements ✓ Établissements 	Septembre 2001	

VOLET : INDICATEURS DE GESTION				
OBJECTIF :				
Pour les aspects de la gestion des invalidités et du programme de Retrait préventif de la travailleuse enceinte, obtenir des indicateurs de gestion uniformes, contemporains pour l'ensemble du réseau , portant aussi bien sur la santé physique que sur la santé mentale.				
ACTIVITÉS	MOYENS	RESSOURCES	ÉCHÉANCIER	DIFFICULTÉS
Suivre l'évolution de la situation à l'égard de l'invalidité de façon continue	<ul style="list-style-type: none"> - Implanter un système uniforme de collecte de données - Procéder à la collecte des données - Produire, de façon périodique, les indicateurs de gestion pertinents - Transmettre aux partenaires et aux établissements les indicateurs de gestion pertinents à leurs activités - Déterminer les éléments positifs et négatifs ressortant des différents indicateurs - Revoir périodiquement et adapter le plan d'action en gestion des invalidités et du maintien en emploi en fonction des indicateurs - Mandater un groupe de travail pour évaluer les impacts financiers des causes structurelles et systémiques reliées au réseau et aux organisations, et proposer des solutions s'il y a lieu 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ MSSS ✓ RRSSS ✓ Associations d'établissements ✓ Établissements 	2001 (continu)	<ul style="list-style-type: none"> - Compatibilité des logiciels existants dans certains établissements - Apport financier
Valider, préciser et identifier, par le biais d'une étude nationale auprès du personnel du réseau, les hypothèses de causes sociales	<ul style="list-style-type: none"> - Vérifier auprès de Santé Québec la possibilité d'utiliser l'outil développé par cet organisme - S'assurer d'un échantillonnage adéquat - Procéder à l'étude et à l'analyse des résultats 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ MSSS ✓ Santé Québec ✓ Syndicats 	2001-2003	

VOLET : ORGANISATION DU TRAVAIL				
OBJECTIFS :				
<ul style="list-style-type: none"> • Renforcer et améliorer chez le personnel du réseau de la santé et des services sociaux le sentiment d'appartenance au milieu de travail • Assurer une disponibilité suffisante de personnel compétent pour offrir des services de qualité à la population 				
ACTIVITÉS	MOYENS	RESSOURCES	ÉCHÉANCIER	DIFFICULTÉS
Repenser l'ensemble de l'organisation du travail en tenant compte de l'aspect de la présence au travail	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Favoriser la présence au travail dans l'organisation du travail du réseau, entre autres dans les contrats collectifs de travail et dans la planification de la main-d'œuvre ➤ Favoriser le maintien en emploi (assignations temporaires, RPTEA, prompt retour au travail) ➤ Mettre en place des forums avec les partenaires syndicaux afin de désamorcer les résistances et de contrer les préjugés ➤ Stabiliser les équipes de travail ➤ Responsabiliser l'ensemble du personnel et le faire participer aux décisions ➤ Favoriser la coordination et la concertation par des échanges, des discussions, des communications interéquipes ➤ Encourager les initiatives locales 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ MSSS ✓ RRSSS ✓ Associations d'établissements ✓ Établissements ✓ Syndicats 		<p>NOTE : Les membres du comité de travail considèrent qu'un milieu de travail où il fait bon œuvrer et auquel le personnel dédie son appartenance est la pierre angulaire de la gestion de la présence au travail. Cependant, le comité est conscient que le volet de l'organisation du travail touche un ensemble d'éléments beaucoup plus large que la seule présence au travail. Ces éléments débordent le cadre strict de la gestion de la présence au travail. Les « activités » et les « moyens » suggérés devraient être soupesés à la lumière des autres actions en cours d'évaluation et d'implantation par d'autres groupes de travail. Par contre, une concertation des activités entre les différents programmes et comités pourrait s'avérer des plus positives.</p>
Revaloriser l'ensemble du personnel du réseau	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Proposer des mécanismes de reconnaissance de la contribution du personnel, mécanismes axés sur le développement des compétences individuelles et d'équipe ➤ Revoir l'encadrement des équipes et du personnel (modalités, soutien, taux...) 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ MSSS ✓ RRSSS ✓ Associations d'établissements ✓ Établissements ✓ Syndicats 		

VOLET : ORGANISATION DU TRAVAIL				
OBJECTIFS :				
<ul style="list-style-type: none"> • Recréer au sein du réseau de la santé et des services sociaux le sentiment d'appartenance au milieu de travail • Faire en sorte qu'un personnel suffisant et compétent soit disponible pour assurer un service de qualité à la population 				
ACTIVITÉS	MOYENS	RESSOURCES	ÉCHÉANCIER	DIFFICULTÉS
Renforcer ou mettre en place des mécanismes de formation, d'attraction et de rétention de la main-d'œuvre	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Arrimer les programmes de formation académique avec les besoins du réseau ➤ S'assurer du choix judicieux des ressources ➤ Redorer l'image du réseau auprès du public par les différents médias afin d'encourager la venue de nouvelles ressources ➤ Favoriser le transfert d'expertise ➤ Échanger avec les partenaires syndicaux sur des objectifs communs favorisant le développement des plans de carrière du personnel (attribution de poste, parrainage, mobilité, décloisonnement de tâches...) 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ MSSS ✓ RRSSS ✓ MEQ ✓ Emploi Québec ✓ Associations d'établissements ✓ Établissements ✓ Syndicats 		Voir la note de la page précédente.

VOLET : PRÉVENTION ET PROMOTION DE LA SANTÉ				
OBJECTIFS :				
<ul style="list-style-type: none"> • Intégrer la santé et la sécurité au travail dans les activités quotidiennes • Prévenir les absences pour invalidité • Prévenir et dépister chez le personnel du réseau les problèmes de santé mentale • Favoriser la gestion du maintien en emploi ou du prompt retour au travail 				
ACTIVITÉS	MOYENS	RESSOURCES	ÉCHÉANCIER	DIFFICULTÉS
Étendre à l'ensemble du personnel les activités de promotion de la santé en fonction des données sociodémographiques et de santé publique	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Favoriser les activités physiques ➤ Mettre en place des activités de sensibilisation, de formation et d'information sur des thèmes tels que : tabagisme, stress, hypertension, drogues, alcool, adolescence, vie de couple,... 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ MSSS ✓ RRSSS ✓ Associations d'établissements ✓ Établissements ✓ Syndicats 	2001 (continu)	
Encourager financièrement l'acquisition d'équipements favorisant l'utilisation de méthodes de travail sécuritaires	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Évaluer les mécanismes existants et au besoin mettre en place des mécanismes de soutien financier aux établissements pour ce type d'acquisition ➤ Dans le cadre des projets de rénovation et de construction, inciter les établissements à utiliser les services de l'ASSTSAS 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ MSSS ✓ RRSSS ✓ Syndicats ✓ ASSTSAS 	2001 (continu)	

VOLET : PRÉVENTION ET PROMOTION DE LA SANTÉ				
OBJECTIFS :				
<ul style="list-style-type: none"> • Intégrer la santé et la sécurité au travail dans les activités quotidiennes • Prévenir les absences pour invalidité • Prévenir et dépister chez le personnel du réseau les problèmes de santé mentale • Favoriser la gestion du maintien en emploi ou du prompt retour au travail 				
ACTIVITÉS	MOYENS	RESSOURCES	ÉCHÉANCIER	DIFFICULTÉS
Outiller les gestionnaires pour faire face aux problèmes de santé mentale de leur personnel	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Sessions d'information et de sensibilisation en relation avec les problématiques soulevées dans les hypothèses de causes sociales ➤ Sessions de formation ➤ Évaluer les programmes d'aide aux employés (PAE) existants : nombre, mandats, modalités, coûts... ➤ Encourager le maintien et la mise en place des PAE ou autres programmes de santé mentale 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ MSSS ✓ RRSSS ✓ Associations d'établissements ✓ Établissements ✓ Syndicats ✓ Maisons d'enseignement 	En cours (continu)	
Soutenir les établissements au regard des problématiques de violence au travail	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Arrimer les recommandations de ce groupe de travail avec les efforts actuellement déployés par le groupe de travail parrainé par le MSSS <p>S'assurer de la disponibilité d'une politique en matière de violence au travail et d'une large diffusion de cette dernière</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ MSSS ✓ RRSSS ✓ Associations d'établissements ✓ Établissements ✓ Syndicats ✓ ASSTSAS 	En cours (2001)	
Favoriser la prise en charge de la santé et de la sécurité par les gestionnaires et les travailleurs	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Formation sur le rôle du gestionnaire en matière de santé et de sécurité au travail ➤ Formation du gestionnaire en matière de résolution de conflit ➤ Formation aux travailleurs (PDSB, OMEGA...) 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ MSSS ✓ RRSSS ✓ Associations d'établissements ✓ Établissements ✓ Syndicats ✓ ASSTSAS 	2001-2003	

VOLET : PRÉVENTION ET PROMOTION DE LA SANTÉ

OBJECTIFS :

- Intégrer la santé et la sécurité au travail dans les activités quotidiennes
- Prévenir les absences pour invalidité
- Prévenir et dépister chez le personnel du réseau les problèmes de santé mentale
- Favoriser la gestion du maintien en emploi ou du prompt retour au travail

ACTIVITÉS	MOYENS	RESSOURCES	ÉCHÉANCIER	DIFFICULTÉS
Encourager divers programmes de maintien en emploi	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Identifier les problématiques décourageant les efforts de maintien en emploi ➤ Trouver avec les partenaires des solutions pour corriger les problématiques identifiées ➤ Mettre en place des mécanismes permettant aux établissements d'accentuer leurs efforts en cette matière ➤ Particulièrement en matière de retrait préventif de la travailleuse enceinte, mettre en place un groupe de travail dont le mandat serait d'évaluer les hypothèses quant aux incitatifs pour encourager les réaffectations au travail 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ MSSS ✓ RRSSS ✓ Associations d'établissements ✓ Établissements ✓ Syndicats ✓ CSST 	2001-2002	

VOLET : GESTION MÉDICO-ADMINISTRATIVE				
OBJECTIF :				
S'assurer d'une gestion transparente, rigoureuse, équitable et cohérente des régimes d'invalidité				
ACTIVITÉS	MOYENS	RESSOURCES	ÉCHÉANCIER	DIFFICULTÉS
<p>Évaluer la gestion des invalidités sur les aspects suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Diagnostic organisationnel, en incluant l'évaluation des ressources consenties en matière de gestion de la présence au travail • Politiques, procédures • Suivi médico-administratif • Promotion de la santé, incluant la prévention 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Mettre au point un mécanisme d'évaluation de la gestion des invalidités basé sur l'analyse des dossiers de gestion ➤ S'intéresser prioritairement aux régions, aux sous-régions ou aux regroupements d'établissements moins performantes ➤ Cibler les problématiques de gestion dans chacun des établissements ➤ Soutenir les établissements dans l'élaboration d'un plan d'action pour améliorer leur situation au regard de la gestion ➤ Informer les partenaires syndicaux de la démarche et obtenir, si possible, leur coopération ➤ S'assurer du suivi des plans d'action et de leur mise en place, et apporter les modifications s'il y a lieu ➤ Évaluer périodiquement les résultats obtenus 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ MSSS ✓ RRSSS ✓ Associations d'établissements ✓ Établissements 	Fin 2001 et en continu	Financement de la phase d'analyse et de suivi

Première partie
Chapitre 3 • Élaboration d'un plan d'action régional et local

VOLET : GESTION MÉDICO-ADMINISTRATIVE				
OBJECTIF :				
S'assurer d'une gestion transparente, rigoureuse, équitable et cohérente des régimes d'invalidité				
ACTIVITÉS	MOYENS	RESSOURCES	ÉCHÉANCIER	DIFFICULTÉS
Avoir les connaissances requises pour gérer les invalidités	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Outiller les organisations (guides, fiches, procédures, procédés) ➤ S'assurer d'une relève (spécialistes) suffisante en gestion de la présence au travail ➤ Rendre disponible une formation spécialisée de base (programmes courts) ➤ Rendre disponibles des ateliers de formation continue ➤ Favoriser le transfert d'expertise à l'intérieur du réseau ➤ Favoriser des activités de soutien interétablissements (<i>coaching</i>) ➤ Coordonner les activités afin de maximiser les apports financiers 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Associations d'employeurs ✓ Ministère de l'Éducation ✓ Maisons d'enseignement ✓ MSSS 		
S'assurer d'une disponibilité suffisante des services d'experts qualifiés	Favoriser la mise en place de services d'experts-conseils (mise en commun de ressources, par exemple)	<ul style="list-style-type: none"> ✓ MSSS ✓ Associations d'employeurs 		

VOLET : GESTION MÉDICO-ADMINISTRATIVE				
OBJECTIF :				
S'assurer d'une gestion transparente, rigoureuse, équitable et cohérente des régimes d'invalidité				
ACTIVITÉS	MOYENS	RESSOURCES	ÉCHÉANCIER	DIFFICULTÉS
Mettre en place les mécanismes favorisant l'efficacité du processus d'arbitrage médical	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Fournir aux médecins arbitres de la formation sur leur rôle et leur mandat ➤ Mettre en place un comité pour : <ul style="list-style-type: none"> – Évaluer l'application du processus en place – Concevoir des indicateurs afin d'évaluer la qualité des décisions – Concevoir des indicateurs de résultats et évaluer les résultats à l'aide des indicateurs – Fournir aux établissements un outil de gestion 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ SGSSS ✓ Associations d'employeurs 		
Soutenir les actions ayant des impacts importants au niveau du réseau ou des régions	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Mettre en place un fonds d'aide à la représentation devant les tribunaux administratifs 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ MSSS ✓ Régies régionales ✓ Associations d'établissements 		
S'assurer d'un suivi efficace pour les cas de santé mentale	<ul style="list-style-type: none"> ➤ En collaboration avec le Collège des médecins, établir un protocole d'évaluation, de suivi et de traitement pour les cas de santé mentale 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ MSSS 		

VOLET : GESTION MÉDICO-ADMINISTRATIVE				
OBJECTIF :				
S'assurer d'une gestion transparente, rigoureuse, équitable et cohérente des régimes d'invalidité				
ACTIVITÉS	MOYENS	RESSOURCES	ÉCHÉANCIER	DIFFICULTÉS
Évaluer régulièrement les impacts des diverses initiatives locales sur l'évolution des absences	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Établir avec les établissements concernés des modes d'évaluation ➤ Mettre au point un outil d'évaluation ➤ Recueillir les données ➤ Évaluer les résultats ➤ Diffuser les résultats ➤ Adapter à d'autres établissements les pratiques qui auront des effets positifs sur le degré d'absence au travail 			

CONCLUSION

Bon an mal an, l'absentéisme imputable à des maladies, des accidents de travail ou des retraits préventifs de la travailleuse enceinte ou qui allaite prive le réseau de la santé et des services sociaux d'environ 10 500 postes en équivalent à temps complet.

Depuis 1993, on assiste à une augmentation d'environ 24 % du ratio des invalidités en assurance salaire. La tendance 2000-2001 laisse prévoir une hausse additionnelle de près de 5 %. En outre, les absences dues à des troubles mentaux ont crû également au cours des dernières années. Ce courant n'est pas exclusif au réseau de la santé et des services sociaux. En effet, on peut faire le même constat dans toutes les sphères d'activités économiques et sociales.

Dans le réseau, les causes de cette augmentation sont diverses : celles d'ordre social, celles reliées à la nature même des maladies, au réseau de la santé et à l'établissement. Dans la recherche de solutions à la problématique, les membres du comité ont dégagé cinq axes d'intervention qui guideront l'élaboration de plans d'action à l'échelle locale, régionale et nationale. Ces axes sont les suivants : la priorité accordée à la gestion de la présence au travail à tous les niveaux de l'organisation du réseau de la santé; la mise au point d'indicateurs de gestion uniformes; l'organisation du travail; la gestion médico-administrative; la prévention et la promotion de la santé avec des activités particulières dans le domaine de la santé mentale.

Conscients de l'interférence entre le régime de l'assurance salaire et celui de la santé et sécurité du travail, les membres du comité proposent, relativement à l'assurance salaire, un objectif de réduction de 17 % du ratio des heures en invalidité à l'échelle provinciale, sur trois ans. Concernant le régime de la santé et sécurité du travail, les résultats positifs associés à l'effort de gestion consenti par le réseau au cours de la dernière décennie militent en faveur du maintien du niveau actuel de performance sans objectif provincial de réduction.

MEMBRES DU COMITÉ PROVINCIAL D'ASSURANCE SALAIRE

Beaubien, Yves.....	RRSSS de la Mauricie et du Centre-du-Québec (région 04)
Beaulieu, Jean-Claude	Direction générale du financement, du suivi budgétaire et des technologies de l'information (MSSS)
Bonneau, Jocelyne.....	Service régional de l'Estrie (région 05) et Centre universitaire de santé de l'Estrie (CUSE)
Chartrand, Francine	Centre hospitalier Cité de la santé de Laval
Deslauriers, Carole	Association des établissements privés conventionnés
Gauthier, Diane	Centre de réadaptation Gabrielle-Major
Gauthier, Roxanne.....	Hôpital Charles-Lemoyne
Gingras, Pierre.....	Direction générale des politiques de main-d'œuvre (MSSS)
Laflamme, Carmel.....	Programme santé et sécurité du travail-Réseau (MSSS)
Laflamme, Jean-Pierre.....	CLSC Le Partage des Eaux
Landry, Mona	Association des CLSC et des CHSLD du Québec
Laroche, Christine	Centre hospitalier Baie-des-Chaleurs
Malenfant, Valois	RRSSS de Québec (région 03)
Martin, Pierre	Les Centres jeunesse de la Mauricie et du Centre-du-Québec
Otis, Jean-Claude.....	Complexe hospitalier de la Sagamie
Parent, Hélène	Bureau de santé et de sécurité du travail de l'Outaouais (BSSTO)
Paulhus, Suzanne.....	Hôpital Rivière-des-Prairies
Perrault, Manon.....	CHSLD de la MRC de Champlain
Robert, Marie	CHSLD de la MRC d'Arthabaska
Robitaille, Yves	Centre de réadaptation Estrie
Rouleau, Christiane	RRSSS Montréal-Centre (région 06)
Simard, Gilles.....	RRSSS Saguenay—Lac-Saint-Jean (région 02)
Simoneau, Hervé	Association des hôpitaux du Québec
St-Onge, Yves	Les Centres jeunesse de Montréal
Verreault, Lise	RRSSS du Bas-Saint-Laurent (région 01)

BIBLIOGRAPHIE

BIGAOUETTE, M., ASSTSAS. *Et la santé, comment ça va ? Les facteurs déterminants de la santé*, Montréal, 1998.

BOURBONNAIS, R., M. Comeau, G. Dion et M. Vézina. *Impact de l'environnement psychosocial de travail sur la santé mentale des infirmières en centres hospitaliers au Québec*, Sainte-Foy, Département d'ergothérapie, Faculté de médecine et Équipe de recherche Impacts sociaux et psychologiques du travail, Université Laval, 1996, 79 pages.

BOURBONNAIS, R., M. Comeau, C. Viens, D. Laliberté, R. Malenfant, C. Brisson, et M. Vézina. *La transformation du réseau de la santé : mesure des caractéristiques du travail et de la santé des infirmières de l'agglomération de Québec*, Équipe de recherche RIPOST, Université Laval, et Direction de la santé publique du Québec, 1998, 75 pages.

COMITÉ CONSULTATIF FÉDÉRAL-PROVINCIAL-TERRITORIAL SUR LA SANTÉ DE LA POPULATION. *Rapport sur la santé des Canadiens et des Canadiennes*, ministère des Approvisionnement et Services Canada, 1996, 113 pages.

GROUPE DE RECHERCHE « STRESS ET SANTÉ AU TRAVAIL » ET INSTITUT DE RECHERCHE EN SANTÉ ET EN SÉCURITÉ DU TRAVAIL (IRSST). *Le stress en salle d'urgence et aux soins intensifs : le passage à l'acte*, 1999.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Plan stratégique 2001-2004*, Québec, avril 2001.

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ. *Rapport sur la Santé dans le Monde 1999*, Genève, OMS, 131 pages.

PÉPIN, Richard, Jacqueline Dionne-Proulx et Michel B. Côté. *Stress en milieu infirmier*, mai 1992, 54 pages.

STATISTIQUE CANADA. *Données statistiques 1996-1997*

Deuxième partie

PLAN D'ACTION MINISTÉRIEL À L'ÉGARD DE LA GESTION DE LA PRÉSENCE AU TRAVAIL

AVANT-PROPOS

Le Ministère a élaboré son plan d'action en matière de gestion de la présence au travail à partir des constats établis aux chapitres précédents et des recommandations du comité provincial d'assurance salaire. Ce plan d'action tient compte de chacun des axes d'intervention proposés par le comité provincial.

Chapitre 1

OBJECTIFS

Le Ministère est convaincu que l'application de ce plan d'action permettra une réduction des coûts et des heures en assurance salaire en plus de maintenir et même d'améliorer la situation à l'égard de la santé et de la sécurité du travail. Nous croyons qu'il est raisonnable d'envisager, d'ici le 30 septembre 2004, un retour au ratio de 1998-1999 en ce qui a trait aux heures en assurance salaire versus les heures travaillées. Avec cette réduction, une somme d'environ **32 millions de dollars** pourrait être dégagée pour ces trois années afin d'augmenter la disponibilité de services à la population.

Il est possible de répartir cette réduction de la manière suivante, en prenant comme point de départ le ratio de 2000-2001.

- An 1 : Réduction de 4 % du ratio d'invalidité
 - An 2 : Réduction de 8 % du ratio d'invalidité
 - An 3 : Réduction de 5 % du ratio d'invalidité
- TOTAL :** Réduction de 17 % du ratio d'invalidité (donc retour au ratio de 1998-1999)

Chapitre 2

RESPONSABILITÉS

La mise en œuvre d'un tel plan d'action nécessite l'intervention de ressources spécialisées en la matière. Le Ministère a déjà en place une équipe de professionnels dans le domaine : la Direction générale des politiques de main-d'œuvre, par l'entremise du Programme SST-Réseau, assurera l'implantation, la coordination et le suivi de ce plan d'action.

Pour mener à bien son mandat, cette équipe pourra s'associer en plus des partenaires des autres directions générales du Ministère et en fonction des différentes activités, des partenaires tels que les régies régionales de la santé et des services sociaux, les associations d'employeurs ou encore des personnes-ressources des établissements du réseau reconnues par leurs pairs pour leur expertise.

Chapitre 3

RESSOURCES

La mise en œuvre de ce plan d'action requiert des sources de financement, que ce soit pour les ressources humaines, le développement de projets particuliers ou les volets de formation, de sensibilisation et l'équipement.

Compte tenu des restrictions financières imposées à l'ensemble du réseau de la santé et des services sociaux tout comme à l'ensemble de l'appareil gouvernemental depuis quelques années, la marge de manœuvre des établissements pour le financement de projets particuliers est limitée. C'est pourquoi il nous apparaît justifié d'investir des sommes d'argent ; ces dépenses seront compensées par les économies réalisées par la réduction des coûts de l'assurance salaire et des autres régimes d'indemnisation.

Pour la première année, le Ministère investira 670 000 \$ pour la mise en œuvre du plan d'action. Les investissements pour la seconde et la troisième année du plan d'action seront évalués en fonction des résultats obtenus dans la première année d'implantation.

Les investissements liés aux équipements pour la prévention en santé et sécurité du travail seront définis dans les prochains mois.

Nous vous présentons ci-dessous les volets du plan d'action ministériel. Vous trouverez plus loin le synopsis de ce plan d'action.

Chapitre 4

VOLETS DU PLAN D'ACTION

VOLET 1 : SENSIBILISATION À L'ENSEMBLE DU RÉSEAU ET DES PARTENAIRES

À l'automne 2001, le ministère fera parvenir à l'ensemble des établissements du réseau de la santé et des services sociaux le rapport du comité provincial d'assurance salaire, assorti de l'annexe statistique en fonction des indicateurs normalisés retenus par le groupe de travail pour l'année 2000-2001.

Des rencontres d'information auront lieu avec les associations représentatives des personnes salariées du réseau et les associations médicales dont les membres agissent comme médecins traitants ou consultants auprès des salariés, afin de les informer de la démarche et des enjeux majeurs de ce dossier.

Des rencontres d'information se tiendront avec chacun des établissements afin de présenter l'historique de la situation à l'égard de l'assurance salaire ainsi que celle de la santé et de la sécurité du travail dans le réseau. Ce sera également l'occasion de fournir les explications sur les variables retenues afin d'établir les indices normalisés et les résultats attendus.

Le calendrier des rencontres sera réalisé en accordant la priorité aux régions, sous-régions ou établissements présentant les écarts les plus importants entre les résultats observés et les résultats attendus.

Enfin, chacun des établissements rencontrés devra établir un plan d'action local en se basant sur les axes de travail retenus par le comité national. En plus des objectifs propres à l'établissement, le plan d'action déterminera les échéanciers, les activités et les personnes responsables de chacune des activités. Des efforts devront être consentis afin de soutenir les établissements dans la mise en œuvre de leur plan d'action.

Ces contacts seront suivis d'une rencontre annuelle avec les ressources concernées des établissements afin que tous soient informés de l'évolution du dossier.

Afin de concrétiser cette volonté ministérielle face à la gestion de la présence au travail, une politique ministérielle en matière de gestion de la présence au travail devra être élaborée, puis diffusée dans l'ensemble du réseau. Compte tenu des délais impartis pour l'approbation d'une telle politique, la diffusion pourra être envisagée à l'hiver 2002.

VOLET 2 : CONSTRUCTION D'UNE BASE DE DONNÉES NATIONALE ET MISE AU POINT D'INDICATEURS DE GESTION UNIFORMES ET CONTEMPORAINS PROPRES À LA DÉTERMINATION DES PROBLÉMATIQUES ET À L'ACCESSIBILITÉ D'UN PORTRAIT-RÉSEAU

L'évaluation des données actuellement disponibles au Ministère révèle d'importantes lacunes, notamment en ce qui a trait à l'absence de données contemporaines concernant les différents régimes d'invalidité. De plus, aucune donnée-réseau n'est disponible en lien quant à la nature et à la durée des invalidités.

Certains établissements du réseau de la santé et des services sociaux disposent de données intéressantes leur permettant de cerner leur problématique particulière. Par contre, toute comparaison entre les établissements est habituellement impossible puisque les indicateurs de gestion diffèrent d'un établissement à l'autre.

Cependant, un consensus se dégage au sein du comité de travail : il est urgent, tant sur une base locale que régionale ou nationale, de mettre en place un outil de collecte de données uniformes et d'obtenir, par le fait même, une base de données nationale de laquelle les indicateurs de gestion pertinents pourront être extraits.

Le Ministère demandera aux établissements les données nécessaires sous forme informatique afin d'éviter les délais de production d'indicateurs ou de rapports de gestion. Pour ce faire, les établissements pourront procéder de l'une des façons suivantes :

- Acquérir et utiliser le logiciel PRASAT (mis au point par le Programme SST-Réseau);
- Uniformiser les données qu'ils possèdent sur une autre base informatique à l'aide des spécifications fournies par le Ministère;
- Remplir une grille de saisie fournie par le Ministère afin d'alimenter la base de données.

La seconde étape sera de colliger ces données, de construire la base de données et, enfin, de produire trimestriellement les rapports de gestion. Ces rapports seront accessibles aux établissements, aux régies régionales, aux associations d'employeurs et à l'ASSTSAS afin de permettre à chacun d'eux d'exercer les mandats qui leur sont dévolus et ainsi éviter des demandes d'information multiples vers les établissements.

Enfin, une évaluation comparative avec les données de Santé Québec de l'étude « *Et la santé, comment ça va ?* » pourrait être réalisée afin de permettre de situer plus précisément l'état de santé psychologique du personnel du réseau de la santé et des services sociaux par rapport à la population du Québec.

VOLET 3 : SUIVI, PARTICIPATION, COLLABORATION AUX TRAVAUX PORTANT SUR L'ORGANISATION DU TRAVAIL

L'un des axes d'intervention soulignés dans le plan d'action du comité de travail porte sur l'organisation du travail. Un milieu de travail où il fait bon œuvrer et auquel le personnel dédie son appartenance est la pierre angulaire de la gestion de la présence au travail. Cependant, nous sommes conscients que le volet de l'organisation du travail touche un ensemble d'éléments beaucoup plus large que la seule présence au travail. Ces éléments débordent en effet le cadre strict de la gestion de la présence au travail.

Plusieurs directions et comités du Ministère interviennent à différents niveaux dans des dossiers ayant un impact plus ou moins direct sur la gestion de la présence au travail. Afin de favoriser la concertation des activités, il est de toute première importance que le Ministère s'assure de l'existence d'une passerelle de suivi entre ces différents groupes de travail. Cette communication favoriserait davantage la coordination des choix exercés et permettrait de limiter le plus possible la duplication des interventions et, possiblement, d'augmenter l'efficacité des actions posées.

VOLET 4 : PROMOTION DE LA SANTÉ ET PRÉVENTION DES LÉSIONS PROFESSIONNELLES

Le réseau n'a plus le choix : tous les intervenants, soit le MSSS, les régies et les établissements doivent accorder la priorité à la gestion de la présence au travail. Tous doivent y consentir des efforts financiers. Plusieurs programmes de financement existent afin de permettre aux établissements du réseau d'offrir des activités de formation ou d'acquérir de l'équipement.

Afin de s'assurer de maximiser l'utilisation des ressources disponibles, un comité de travail restreint sera mis en place. Ce comité aura comme mandat de recevoir et d'analyser les projets reliés à la promotion de la santé et à la prévention des lésions professionnelles, puis de recommander leur acceptation ou leur rejet, en fonction des critères suivants :

- les résultats attendus en matière de gestion de la présence au travail;
- la possibilité d'étendre le projet à l'ensemble du réseau;
- les coûts du projet;
- la durabilité.

Le comité sera formé d'au maximum six membres, soit trois représentants de différentes associations d'employeurs, deux représentants des établissements et un membre coopté désigné par le comité en fonction de la particularité du projet présenté.

1. Organisation physique du milieu de travail et équipement de prévention en santé et sécurité du travail

Le réseau de la santé et des services sociaux peut compter sur une association sectorielle paritaire en santé et sécurité du travail, l'ASSTSAS. Cette association dont le conseil d'administration est formé de représentants des employeurs et des travailleurs a comme mandat de travailler à la prévention des lésions professionnelles dans le réseau. Sa compétence et son expertise de pointe sont reconnues en matière de prévention des lésions musculo-squelettiques et d'organisation physique du travail.

Le Ministère encourage les établissements du réseau à utiliser les ressources de cette association afin de prévenir les lésions professionnelles, particulièrement sur les aspects suivants :

- projets de construction ou de rénovation;
- achat d'équipement;
- aménagement des lieux de travail;
- information et formation, par exemple à l'égard du déplacement sécuritaire des bénéficiaires ou de la prévention des agressions en milieu de travail.

Le Ministère, de son côté, assurera un lien étroit de communication avec l'Association afin d'être à l'affût des nouveaux développements dans le domaine de la santé et de la sécurité et également de connaître les besoins des établissements ainsi que l'évolution de la situation en ce qui concerne la prévention des lésions professionnelles.

2. Problématique reliée aux troubles mentaux

En complément de l'énoncé des lignes directrices en santé mentale contenues dans le volet 5, le comité aura également comme mandat d'évaluer les projets présentés et d'examiner les pistes de solution et les résultats attendus.

VOLET 5 : ÉVALUATION, SOUTIEN ET TRANSFERT D'EXPERTISE À LA GESTION MÉDICO-ADMINISTRATIVE DANS LES DOMAINES DE LA GESTION DES INVALIDITÉS

1. Évaluation, soutien-conseil et transfert d'expertise

En fonction des écarts entre les résultats attendus et les résultats observés, il y a lieu de prévoir des mécanismes d'évaluation des modes de gestion médico-administrative des établissements, régions ou sous-régions ciblés.

Cette étape d'évaluation entraînera dans les établissements où des lacunes sont observées, une démarche de soutien-conseil aux gestionnaires désignés pour la gestion de la présence au travail. Le Ministère rendra ces activités accessibles aux établissements et ces derniers les utiliseront sur une base volontaire. Cependant, le Ministère interviendra énergiquement auprès des établissements présentant des écarts significatifs entre les résultats attendus et les résultats observés afin de les inciter à participer à la démarche.

De plus, afin de parfaire l'autonomie des établissements en matière de gestion médico-administrative, des activités de transfert d'expertise leur seront proposées. Ces activités regroupent des échanges et de la supervision avec un conseiller expert en gestion directe des dossiers d'invalidité.

2. Actualisation et rehaussement des compétences

Les gestionnaires responsables de la gestion des régimes d'invalidité bénéficieront également de moyens afin de leur permettre d'actualiser et de rehausser leurs compétences. Il pourrait s'agir, par exemple, de colloques et de rencontres d'information et de formation.

Une problématique majeure a été reconnue par le comité de travail en ce qui a trait aux invalidités dues à des problèmes de troubles mentaux, lesquelles constituent approximativement, nous le rappelons, 40 % des indemnités en assurance salaire. Il semble que plusieurs difficultés résultent des interrelations entre les médecins traitants et les employeurs.

Un comité de travail composé de représentants des associations professionnelles concernées par le diagnostic et le traitement des personnes salariées présentant une altération de leur condition psychologique, et de représentants des employeurs et des salariés sera formé. Ce comité aura comme mandat de définir la problématique et de proposer des pistes de solution, dont possiblement l'établissement de lignes directrices pour le dépistage, le traitement et le prompt retour au travail de ces personnes.

Compte tenu des limites des activités décrites plus haut et du manque de ressources spécialisées en la matière, nous proposons que soit analysée, avec le concours du ministère de l'Éducation, la faisabilité de la mise sur pied d'un programme de formation, comme une attestation d'études collégiales en gestion des invalidités, en tenant compte des aspects financiers d'un tel projet.

SYNOPSIS DU PLAN D'ACTION MINISTÉRIEL



□ SENSIBILISATION

Objectifs

- A. Accorder la priorité à la gestion de la présence au travail dans le réseau de la santé et des services sociaux.
- B. Affirmer la volonté du Ministère d'accorder la priorité à la gestion de la présence au travail.
- C. Sensibiliser l'ensemble des partenaires à l'importance d'une prise en charge du dossier.
- D. Obtenir l'engagement des établissements ciblés à redresser la situation.

Activités

1. Rencontre avec le comité provincial d'assurance salaire : présentation du plan d'action ministériel, objectifs et investissements.
2. Diffusion du rapport du comité provincial aux établissements, aux RRSSS et aux associations d'employeurs.
3. Rencontres avec les représentants syndicaux et représentants des corporations professionnelles.
4. Rencontres par groupes d'établissements (DG, DSA, DRH, DF) en fonction des priorités établies à la suite de l'analyse de l'indicateur de performance normalisé :
 - présentation du plan d'action ministériel;
 - demande de préparation d'un plan d'action local;
 - analyse et suivi du plan action.
5. Établissement d'un plan de communication auprès de l'ensemble du réseau :
 - thèmes mensuels avec affiches et dépliants.
6. Élaboration d'une politique ministérielle.

Intervenants

- MSSS
- RSSS
- Établissements et associations d'employeurs

Échéancier

- | | |
|--------|------------------------------|
| 1 et 2 | Juin à septembre 2001 |
| 3 | Novembre 2001 à février 2002 |
| 4 | Septembre à octobre 2001 |
| 5 | En continu |
| 6 | Février 2002 |

□ INDICATEURS DE GESTION

Objectifs

- A. Suivre l'évolution de la situation sur l'invalidité de façon continue.
- B. Déterminer les éléments positifs et négatifs ressortant des différents indicateurs.
- C. Identifier les problématiques naissantes et les solutions potentielles.
- D. Rendre compte des dépenses affectées aux régimes d'indemnisation.
- E. Établir et valider, au moyen d'une étude nationale auprès du personnel du réseau, les hypothèses de causes sociales.

Activités

1. Mise au point des indicateurs de gestion.
2. S'assurer de la disponibilité d'un outil de collecte de données pour tous les établissements (trois choix) :
 - PRASAT;
 - Interface avec autres logiciels;
 - Chiffrier Excel.
3. Construction de la base de données.
4. Transmission trimestrielle aux partenaires et aux établissements des indicateurs de gestion pertinents à leurs activités.
5. Évaluation de la possibilité de procéder à une étude des causes des invalidités en santé mentale avec l'Institut de la statistique du Québec, sur le modèle de « *Santé Québec* ».

Intervenants

- MSSS
- RRSSS
- Établissements et associations d'employeurs
- Institut de la statistique du Québec

Échéancier

- | | |
|-------|---------------|
| 1 à 3 | Mai 2002 |
| 4 | Août 2002 |
| 5 | Novembre 2002 |

□ ORGANISATION DU TRAVAIL

Objectifs

- A. S'assurer que les travaux sur l'organisation du travail s'harmonisent avec les préoccupations de la gestion de la présence au travail.
- B. Favoriser le maintien en emploi.

Activités

1. Inventorier l'ensemble des comités, travaux et activités auxquels le MSSS participe et qui ont trait à l'organisation du travail (PMO, violence au travail, qualité de vie au travail...).
 - Cibler les comités, travaux et les activités dont les mandats comportent des liens avec la gestion de la présence au travail;
 - Établir les liens avec les représentants du MSSS à ces comités;
 - Lorsque le sujet s'y prête, faire valoir les préoccupations en matière de gestion de la présence au travail.
2. Évaluer l'utilisation des différents programmes de maintien au travail dans le cadre des régimes d'indemnisation afin de s'assurer de leur utilisation maximale en tenant compte des besoins des personnes salariées et des besoins de l'organisation :
 - Assignation temporaire en SST;
 - Assignation temporaire en assurance salaire;
 - Retour progressif en assurance salaire;
 - Retrait préventif de la travailleuse enceinte ou qui allaite.
3. Identifier les problématiques décourageant les efforts de maintien en emploi :
 - Trouver avec les partenaires des solutions pour corriger les problématiques identifiées ;
 - Mettre en place des mécanismes encourageant les établissements à accentuer leurs efforts en cette matière.
4. Particulièrement en matière de retrait préventif de la travailleuse enceinte, mettre en place un groupe de travail dont le mandat serait d'évaluer les hypothèses d'incitatifs pour encourager les réaffectations au travail.

Intervenants

1. MSSS
- 2, 3, 4, MSSS, RRSSS; établissements, associations d'employeurs, associations syndicales

Échéancier

En continu

□ PROMOTION DE LA SANTÉ ET PRÉVENTION DES LÉSIONS PROFESSIONNELLES**Objectifs**

- A. Intégrer la santé et la sécurité au travail dans les activités quotidiennes.
- B. Prévenir les absences pour invalidité.
- C. Prévenir et dépister chez le personnel du réseau les problèmes de santé mentale.
- D. Favoriser la gestion du maintien en emploi ou du prompt retour au travail.
- E. Soutenir les établissements dans les problématiques de violence au travail.

Activités

1. Inciter les établissements à utiliser les services de l'ASSTSAS dans le cadre des projets :
 - de rénovation ;
 - de construction.
2. Annuellement, allouer parmi les ressources financières prévues pour l'achat d'équipement les sommes destinées à l'acquisition de matériel pouvant diminuer les risques de lésions professionnelles de nature musculo-squelettique:
 - Groupe de travail sur l'analyse des besoins.
3. Encourager le maintien et la mise en place des PAE ou autres programmes de santé mentale :
 - Évaluer les programmes d'aide aux employés (PAE) existants : nombre, mandats, modalités, coûts...
4. S'assurer de la disponibilité d'une politique en matière de violence au travail et d'une large diffusion de cette dernière.
5. Arrimer les recommandations du comité provincial d'assurance salaire et celles des groupes de travail parrainés par le MSSS (PMO, qualité de vie au travail, violence au travail.).

Intervenants

- MSSS
- RRSSS
- Établissements et associations d'employeurs
- ASSTSAS
- Associations syndicales

Échéancier

En continu

□ **ÉVALUATION, SOUTIEN ET TRANSFERT D'EXPERTISE**

Objectifs

- A. S'assurer d'une gestion transparente, rigoureuse, équitable et cohérente des régimes d'invalidité.
- B. Avoir les connaissances requises pour gérer les invalidités.
- C. S'assurer d'une disponibilité suffisante des services d'experts qualifiés.

Activités

1. Évaluer la gestion des invalidités sur les aspects suivants :
 - Diagnostic organisationnel en incluant l'évaluation des ressources consenties en gestion de la présence au travail;
 - Politiques et procédures;
2. Soutenir les établissements dans :
 - La conception d'un plan d'action en s'assurant de l'intégration des « éléments à améliorer » retenus dans la phase d'évaluation;
 - L'évaluation périodique des résultats obtenus et l'adaptation du plan d'action aux résultats.
3. Jumeler des conseillers seniors aux ressources internes des établissements afin d'assurer le transfert d'expertise.
4. S'assurer d'une disponibilité suffisante d'activités de ressourcement et de formation destinées aux gestionnaires de la présence au travail.

Intervenants

- MSSS
- RRSSS
- Établissements et associations d'employeurs

Échéancier

Octobre 2001 à avril 2004

□ **ÉVALUATION, SUPPORT ET TRANSFERT D'EXPERTISE (suite)**

Objectifs

- A. S'assurer d'un suivi efficace pour les cas de santé mentale.
- B. Évaluer régulièrement les impacts des diverses initiatives locales sur l'évolution des absences.

Activités

1. Mettre en place un comité de travail avec les associations médicales et professionnelles, les établissements, les salariés :
 - Définir la problématique;
 - Identifier les pistes de solutions;
 - Lignes directrices pour le dépistage, le suivi et le prompt retour au travail.
2. Registre des projets locaux :
 - Mise à jour en annexant les résultats ;
 - Diffusion du registre aux partenaires du réseau.

Intervenants

- MSSS
- RRSSS
- Établissements et associations d'employeurs
- Syndicats
- Associations médicales

Échéancier

Octobre 2001 à avril 2004

ANNEXE
CALENDRIER D'IMPLANTATION



**Santé
et Services sociaux**

Québec



www.msss.gouv.qc.ca

01-514-04