

Programme de bourses offert dans le cadre du programme d'études professionnelles en santé assistance et soins infirmiers (SASI)

Modalités particulières 2026-2027

Présentation du programme

Ce programme de bourses d'études s'adresse aux étudiants inscrits au programme de formation menant au diplôme d'études professionnelles en santé, assistance et soins infirmiers (DEP SASI 5325) offert pour 2026-2027 qui désirent exercer la profession d'infirmière auxiliaire ou d'infirmier auxiliaire dans l'un des établissements du réseau de la santé et des services sociaux ou auprès des établissements privés conventionnés (EPC) et des établissements non privés conventionnés (EPNC).

Établissements visés

L'ensemble des établissements de Santé Québec ainsi que les établissements des régions 17 (Nunavik) et 18 (Terres-cries-de-la-Baie-James) sont visés par ce programme.

À l'obtention du DEP SASI, les diplômés pourront exercer d'abord à titre de candidats à l'exercice de la profession d'infirmière ou d'infirmier auxiliaire (CEPIA) et, à la suite de l'obtention du permis de pratique de l'Ordre des infirmières et infirmiers auxiliaires du Québec (OIIAQ), à titre d'infirmière auxiliaire ou d'infirmier auxiliaire.

Admissibilité

Tous les candidats souhaitant obtenir une bourse doivent :

- Détenir un statut de citoyen canadien ou de résident permanent et demeurer au Québec;
- Être inscrits et acceptés à temps complet au DEP SASI 5325 offert par un établissement d'enseignement reconnu par le gouvernement du Québec;
- Être retenus par un établissement visé à la suite du processus de sélection des candidatures et s'engager à y exercer à titre d'infirmière ou d'infirmier auxiliaire.

Exigences liées à la bourse

Le candidat qui obtient la bourse s'engage à :

- Travailler dans un établissement visé pour une période de deux (2) années;
- Offrir et respecter une disponibilité conforme aux dispositions locales des conventions collectives et adaptée aux besoins de l'établissement avec lequel il a signé une entente, et ce, dès la fin de ses études pour lesquelles il a obtenu la bourse.

Bourses attribuées

Pour l'année financière 2026-2027, **200 bourses d'un montant de 20 000 \$ chacune** seront offertes par le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) aux boursiers qui offriront une prestation de travail dans un établissement de Santé Québec.

Par ailleurs, **1 bourse d'un montant de 20 000 \$ chacune** sera également offerte par le MSSS au boursier qui offrira une prestation de travail dans un établissement des régions nordiques¹.

¹ « Régions nordiques » fait référence à la Régie régionale de la santé et des services sociaux du Nunavik (RRSSN-17) et les Terres-Cries-de-la-Baie-James (CCSSBJ-18)

IMPORTANT : Il est recommandé d'ouvrir et de compléter ce formulaire à l'aide d' Adobe Acrobat Reader afin d'assurer un fonctionnement optimal des champs automatisés.

– Veuillez remplir les sections 1 à 3, enregistrer le formulaire, puis le transmettre par courriel à l'établissement visé.

1. Renseignements de la personne candidate

Nom	Prénom(s)
Adresse	Ville
Code postal	Téléphone
Courriel personnel	Autre courriel

2. Déclaration de la personne candidate

Je soussigné(e), _____, déclare présenter une demande de bourse d'études offerte par le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). Je m'engage à compléter le programme de formation visé et à respecter l'ensemble des conditions prévues à la fiche descriptive du programme de bourse et au cadre de référence.

Programme d'études professionnelles en santé assistance et soins infirmiers (SASI) | 20 000 \$

Programme de bourses

Nom de l'établissement d'enseignement

Début de la formation (mois/année)	Fin prévue de la formation (mois/année)	Deux (2) années Durée de la période d'engagement
------------------------------------	---	--

Formation académique – Faire un choix

Formation académique pertinente complétée (**uniquement pour la bourse en psychothérapie – volet professionnel**)

Consentement à la collecte et au partage des renseignements personnels du candidat ou de la candidate – Les renseignements recueillis au moyen du présent formulaire sont collectés à des fins d'identification dans le cadre de la gestion du programme de bourses d'études du MSSS. L'obtention de votre consentement est une condition légale pour bénéficier du programme de bourses d'études.

Vous pouvez retirer ce consentement en tout temps. L'entité responsable de l'administration du programme de bourses procédera alors à la destruction de vos renseignements dans ses fichiers dans les meilleurs délais. De plus, le MSSS cessera de communiquer vos renseignements à ses partenaires et demandera à ces derniers une confirmation de la destruction sécuritaire de vos renseignements déjà communiqués. À défaut de consentement, vous ne pourrez pas bénéficier du programme de bourses d'études du MSSS.

J'autorise le MSSS, Santé Québec, les établissements du réseau de la santé et des services sociaux, le ministère de l'Éducation et les établissements d'enseignement reconnus par le gouvernement du Québec et tout ordre professionnel concerné ainsi que toute autre personne ou organisme impliqué dans le cadre du programme de bourses, à s'échanger les renseignements me concernant, lorsque leur communication est nécessaire à l'évaluation, à l'application ou au respect de cet engagement.

Changement d'adresse – Je m'engage à informer l'établissement du réseau de la santé et des services sociaux responsable du programme de bourses, dans un délai de 30 jours, de tout changement d'adresse de résidence, de tout abandon ou de toute suspension de ma formation, et ce, de la signature des présentes jusqu'à la fin de mon engagement.

"Je déclare avoir pris connaissance du Cadre de référence 2026-2027 des Programmes de bourses du MSSS, qui traite notamment des critères généraux d'admissibilité, des obligations et engagements des candidats, du versement des bourses, de récupération des montants versés et de règles fiscales, ainsi que de la fiche descriptive du programme de bourses".

3. Signature de la personne candidate

Je déclare que tous les renseignements fournis sont véridiques. En inscrivant mon nom ci-dessous, j'atteste avoir lu et accepté les déclarations ci-dessus. Cette inscription constitue mon approbation officielle.	Ville
Nom complet	Date (jour/mois/année)

SECTION RÉSERVÉE À L'ÉTABLISSEMENT

– Cette section doit être complétée après la signature de la personne candidate.

4. Renseignements et commentaires de l'établissement

Nom de l'établissement de santé

Si EPC ou EPNC – indiquer le nom

Commentaires et particularités

– Veuillez indiquer le nom du diplôme, l'établissement d'enseignement, la région, le titre d'emploi visé ainsi que, le cas échéant, le nombre d'heures requises.

5. Signature du représentant de l'établissement responsable de l'administration du programme de bourses

Ville

Nom(s) et prénom(s) en lettres moulées

Signature du représentant ou de la représentante

Date (jour/mois/année)