

Soins de la santé

Assistance familiale et sociale aux
personnes à domiciles (DEP-5045)

Assistance aux bénéficiaires en
établissement de santé (DEP-5081)

Secteur
de formation

19

Santé

Complément de l'étude préliminaire
produite en 1996

Version 2004

Décroche
tes **rêves**

Québec 

Soins de la santé

Assistance familiale et sociale aux
personnes à domicile (DEP-5045)

Assistance aux bénéficiaires en
établissements de santé (DEP-5081)

Secteur
de formation

19

Santé

Complément de l'étude préliminaire
produite en 1996

Version 2004

Formation professionnelle et technique
et formation continue

Direction générale des programmes
et du développement

© Gouvernement du Québec
Ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport, 2005-04-00902
ISBN 2-550-43693-8

Dépôt légal – Bibliothèque nationale du Québec, 2005

ÉQUIPE DE PRODUCTION

Coordination

Jean-Pierre Fons
Responsable de la formation sectorielle
Ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport

Recherche et rédaction

Clarys Picard
Enseignante
Commission scolaire des Premières-Seigneuries

Diane Mastrianni
Conseillère en élaboration de programmes

Éditique

Sous la responsabilité de la Direction générale des programmes et du développement du ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport

Révision linguistique

Sous la supervision de la Direction des communications du ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport

REMERCIEMENTS

Nous tenons à remercier, pour leur participation aux rencontres tenues avec le ministère de l'Éducation, les personnes-ressources de :

- l'Office des professions du Québec (OPQ);
- l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ);
- l'Ordre des infirmières et infirmiers auxiliaires du Québec (OIIAQ);
- l'Ordre professionnel des inhalothérapeutes du Québec (OPIQ);
- l'Association des centres locaux de services communautaires (CLSC) et des centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD);
- l'Association des hôpitaux du Québec (AHQ);
- et celles du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS).

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION	1
1 LES MÉTIERS	3
1.1 L'exercice professionnel et l'environnement de travail	3
1.1.1 La pratique actuelle des métiers	3
1.1.2 Les clientèles	7
1.1.3 Les modifications de la pratique	7
1.1.4 Le chevauchement des tâches	9
1.1.5 Les tendances prévisibles	9
1.2 La Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé	10
1.2.1 Une présentation générale de la Loi	10
1.2.2 Les soins d'assistance aux activités de la vie quotidienne	11
1.2.3 La distribution et l'administration des médicaments	12
1.2.4 Les responsabilités des établissements et des non professionnels au regard des articles 39.7 et 39.8	13
1.2.5 La réglementation	14
1.2.6 Les effets de la nouvelle loi sur l'exercice des métiers à l'étude : éléments de prospective	14
2 LE MARCHÉ DU TRAVAIL	17
2.1 Le portrait de la situation de l'emploi	17
2.1.1 Le nombre d'emplois par mission d'établissement	17
2.1.2 Les caractéristiques démographiques	18
2.1.3 Les conditions de travail dans le réseau	19
2.1.4 La demande future de main-d'œuvre	20
3 L'OFFRE DE FORMATION	23
3.1 La formation professionnelle existante	23
3.1.1 Les programmes d'études	23
3.1.2 L'évolution de l'effectif scolaire	26
3.1.3 Le placement des personnes diplômées	27
3.1.4 La satisfaction des employeurs	28
3.2 Des suggestions concernant la formation	29
3.2.1 Les préposés aux bénéficiaires en établissement de santé	29
3.2.2 Les auxiliaires familiales et sociales aux personnes à domicile	30
3.2.3 Les exigences des employeurs au moment de l'embauche	32
4 DES CONSTATS GÉNÉRAUX	33
4.1 Les métiers	33
4.2 L'emploi	33
4.3 L'offre de formation	34
4.4 L'adéquation de la formation à l'emploi	34
BIBLIOGRAPHIE	37

LISTE DES TABLEAUX

TABEAU 1	Répartition des préposées et préposés aux bénéficiaires selon la mission d'établissement.....	23
TABEAU 2	Effectifs par mission d'établissement	23
TABEAU 3	Répartition des préposées et préposés aux bénéficiaires en emploi selon l'âge et le sexe.....	24
TABEAU 4	Répartition des auxiliaires familiales et sociales et des auxiliaires familiaux et sociaux à domicile selon l'âge et le sexe.....	24
TABEAU 5	Répartition des préposées et préposés aux bénéficiaires en emploi selon le statut..	25
TABEAU 6	Répartition des auxiliaires familiales et sociales et des auxiliaires familiaux et sociaux à domicile en emploi selon le statut	25
TABEAU 7	Estimation des besoins de recrutement (Préposées et préposés aux bénéficiaires en établissement de santé).....	26
TABEAU 8	Projections des besoins de recrutement (Assistance familiale et sociale aux personnes à domicile)	26
TABEAU 9	Synthèse du programme ABES.....	28
TABEAU 10	Synthèse du programme AFES.....	29
TABEAU 11	Nombre de personnes inscrites et diplômées selon l'âge et le sexe (Préposées et préposés aux bénéficiaires en établissement de santé).....	29
TABEAU 12	Nombre de personnes inscrites et diplômées selon l'âge et le sexe (Assistance familiale et sociale aux personnes à domicile)	30
TABEAU 13	Placement des personnes diplômées (ABES).....	31
TABEAU 14	Placement des personnes diplômées (AFES).....	32

INTRODUCTION

Le contexte

L'entrée en vigueur, en janvier 2003, de la *Loi modifiant le Code des professions* et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé ainsi que la nécessité d'une mise à jour de certaines données de l'étude préliminaire de 1996 portant sur les soins infirmiers sont à l'origine du présent document. Sa production se situe dans une perspective d'actualisation des programmes d'études professionnelles *Assistance familiale et sociale aux personnes à domicile* et *Assistance aux bénéficiaires en établissement de santé*.

Les objectifs

La présente étude vise à :

- tracer, dans ses grandes lignes, le portrait de l'exercice actuel et futur des préposées et préposés aux bénéficiaires en établissement de santé et celui des auxiliaires familiales et sociales et des auxiliaires familiaux et sociaux à domicile et celui de l'emploi;
- cerner les effets potentiels ou avérés de la *Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé* sur l'exercice des métiers à l'étude;
- décrire l'offre de formation existante;
- rendre compte des besoins exprimés pour la formation des futurs diplômées et diplômés des programmes d'études professionnelles concernés.

La méthodologie

La production de l'étude s'appuie sur la lecture et l'analyse de documents traitant principalement des métiers en cause, de l'emploi et de la formation donnée dans le réseau de l'éducation. Elle se fonde également sur des consultations menées auprès de différents partenaires du ministère de l'Éducation dans ce dossier. Ainsi, des rencontres de travail ont eut lieu avec des personnes-ressources de :

- l'Office des professions du Québec (OPQ);
- l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ), de l'Ordre des infirmières et des infirmiers auxiliaires du Québec (OIIAQ) et de l'Ordre professionnel des inhalothérapeutes du Québec (OPIQ);
- et celles d'organismes du réseau de la santé : l'Association des hôpitaux du Québec (AHQ), l'Association des CLSC et des CHSLD du Québec (ACCQ) et le CLSC de Verdun, l'Association des établissements privés conventionnés (AEPC) et la Régie régionale des Laurentides.

Le document

Le document proposé comprend quatre chapitres. Le premier chapitre aborde diverses facettes de la pratique professionnelle des préposées et des préposés aux bénéficiaires en établissement de santé et celle des auxiliaires familiales et sociales et des auxiliaires familiaux et sociaux à domicile. Le deuxième présente un sommaire de la situation de l'emploi pour ces métiers. Le chapitre 3 porte, d'une part, sur l'offre de formation existante et, d'autre part, sur les besoins de formation exprimés par les partenaires du réseau de la santé. Le dernier chapitre dresse une synthèse des constatations faites par l'équipe de production.

1 LES MÉTIERS

1.1 L'exercice professionnel et l'environnement de travail

1.1.1 La pratique actuelle des métiers

Préposées et préposés aux bénéficiaires en établissement de santé

De façon générale, on s'entend pour dire que le rôle de la préposée ou du préposé est de voir à l'hygiène et au bien-être, à l'occupation et à la surveillance des bénéficiaires. Elle ou il voit au confort et aux besoins des bénéficiaires et les aide dans leurs déplacements. Elle ou il donne aux bénéficiaires les soins de base et peut à l'occasion faire l'installation de certains appareils. Elle ou il renseigne les responsables ou les autres membres de l'équipe soignante sur le comportement et les changements de comportement des bénéficiaires.

Selon les descriptions de tâches fournies par des établissements de santé, le travail des préposées et des préposés aux bénéficiaires consiste à :

- Répondre aux besoins généraux des usagères et des usagers
 - Participer, avec les autres membres de l'équipe, à l'élaboration et à l'évaluation des objectifs et des interventions thérapeutiques visant la satisfaction des besoins des bénéficiaires.
 - Stimuler et appuyer l'implication de l'usagère ou de l'utilisateur, de la famille ou des personnes significatives dans les soins.
 - Faciliter la communication de l'usagère ou de l'utilisateur avec sa famille ou toute autre personne significative.
 - Assurer à l'usagère ou à l'utilisateur le soutien ou l'assistance partielle ou totale pour :
 - les activités de la vie quotidienne (soins d'hygiène personnelle, habillement et alimentation, hydratation, élimination et mobilisation);
 - l'entretien de son espace, de ses vêtements et de ses effets personnels.
 - Accompagner les usagères et les utilisateurs dans les services connexes.
 - Utiliser les moyens mis à leur disposition pour stimuler ou maintenir l'autonomie des bénéficiaires.
 - Collaborer aux interventions thérapeutiques dans le respect des responsabilités qui leur sont confiées.
 - Assister, sur demande, les autres membres de l'équipe lors de leur intervention auprès d'une usagère ou d'un utilisateur.
- Assurer le confort et le bien-être des usagères et des utilisateurs
 - S'assurer, avec les autres membres de l'équipe, de la qualité de l'environnement dans lequel les bénéficiaires évoluent (aération, température, propreté, calme, respect des espaces sans fumée, bon état du mobilier).
 - Donner suite aux demandes des bénéficiaires relatives à l'amélioration de leur qualité de vie.

- Surveiller les usagères et les usagers
 - Collaborer à l'application de mesures visant une amélioration de la sécurité des bénéficiaires.
 - En tout temps, assurer une surveillance adéquate des bénéficiaires.
 - Informer l'infirmière ou l'infirmier de toute situation à risque.
 - Assurer la sécurité de la clientèle et la sécurité des lieux.
 - Apporter une aide immédiate dans toute situation où la sécurité et la vie d'une usagère ou d'un usager sont menacées (fugue, chute, blessure, étouffement, incendie ou autre).
- Occuper les usagères et les usagers
 - S'impliquer dans l'identification des besoins des bénéficiaires relatifs aux activités occupationnelles, aux activités de loisir ou autres.
 - Stimuler et appuyer la participation des bénéficiaires aux activités.
 - Entreprendre et animer des activités récréatives.
 - Donner suite, en utilisant le moyen le plus approprié, aux demandes d'une usagère ou d'un usager relatives à une activité occupationnelle, à une activité de loisir ou autre.
- Renseigner la personne responsable et les autres membres de l'équipe soignante sur le comportement et les changements de comportement des bénéficiaires
 - Communiquer sans délai au personnel infirmier toute information pertinente à l'état de santé et au comportement observé chez une usagère ou un usager.
 - Participer aux rencontres d'équipe visant la planification et le suivi des soins à donner aux bénéficiaires.
- Autres responsabilités
 - Prendre part à l'accueil et à l'intégration des clientes et des clients.
 - Assurer l'entretien et le rangement du matériel et de l'équipement.
 - Rédiger, vérifier et ranger les commandes pour la cuisine et la lingerie.

Les préposés aux bénéficiaires travaillent au sein d'équipes soignantes composées d'une assistante infirmière chef ou d'un assistant infirmier chef qui coordonne, dirige et contrôle les activités de l'équipe, d'une infirmière ou d'un infirmier auxiliaire et d'une ou d'un préposé. La supervision de leur travail appartient à une assistante infirmière chef ou à un assistant infirmier chef. Habituellement, les directives de travail s'adressant aux préposés proviennent de la direction des programmes et des soins infirmiers et leur mise en application relève d'une ou d'un chef d'unité.

Le rôle de la préposée ou du préposé dans l'équipe de travail consiste à seconder les autres membres de l'équipe, entre autres dans l'identification des besoins des usagères et des usagers et de la réponse à y donner ainsi que dans la collecte et l'échange d'information avec la personne responsable. Les préposés aux bénéficiaires travaillent dans un environnement où l'équipe soignante est toujours présente; en tout temps, une aide est disponible.

Auxiliaires familiales et sociales et auxiliaires familiaux et sociaux à domicile

L'Association des auxiliaires familiales et sociales et des auxiliaires familiaux et sociaux définit de la manière suivante les rôles et les tâches de ses membres.

L'auxiliaire familiale et sociale et l'auxiliaire familial et social sont des personnes qualifiées qui, à domicile et en collaboration avec une équipe multidisciplinaire, interviennent auprès de l'utilisatrice ou de l'utilisateur de services.

Par son intervention, elle ou il vise à maintenir ou à développer un fonctionnement optimal dans des situations problématiques.

Elle ou il contribue ainsi à prévenir l'éclatement et l'épuisement du milieu familial et à maintenir à domicile des personnes âgées, des personnes en phase terminale, des personnes présentant des problèmes de santé mentale, des déficits cognitifs ou des maladies chroniques, des personnes handicapées, des personnes en convalescence et des familles en difficulté.

Par sa formation et son implication dans la vie quotidienne des utilisatrices et des utilisateurs de services, elle ou il est habilité à remplir divers rôles liés aux actions suivantes :

- Observation
 - observer les habitudes de vie et le comportement de l'usagère et de l'utilisateur;
 - observer l'état de la personne et son environnement;
 - sensibiliser les intervenantes et intervenants de l'équipe interdisciplinaire à la situation de l'usagère ou de l'utilisateur.
- Participation au plan d'intervention
 - sensibiliser les membres de l'équipe à la réalité quotidienne vécue par les personnes à domicile et leur fournir une information pertinente.
- Agente ou agent de liaison et de socialisation
 - informer l'usagère ou l'utilisateur sur les ressources susceptibles de l'aider dans la satisfaction de ses besoins;
 - faciliter son intégration aux activités individuelles ou communautaires du milieu;
 - l'assister dans ses démarches de socialisation et d'intégration.
- Soutien
 - porter une attention particulière à l'expression des sentiments de l'usagère ou de l'utilisateur et de ceux de sa famille;
 - accompagner la personne dans certains déplacements à l'extérieur du domicile (visite médicale, achat de biens nécessaires, visite à la banque, etc.);
 - faciliter l'adaptation de la personne à des situations difficiles en établissant une relation de confiance;
 - assister l'usagère ou l'utilisateur au cours de sa maladie ou dans son cheminement vers la mort;
 - offrir des moments de répit aux aidantes et aidants naturels.

- Éducation
 - amener l'usagère ou l'usager à adopter de saines habitudes de vie (hygiène, alimentation, sécurité, etc.);
 - conseiller la personne dans l'organisation concrète du foyer ou du milieu de vie;
 - élaborer de nouvelles techniques visant à préserver l'autonomie de l'usagère ou de l'usager;
 - développer et renforcer les habiletés parentales afin de favoriser une bonne relation familiale.
- Suppléance
 - pallier aux incapacités de l'usagère ou de l'usager dans la réalisation d'activités comme : les soins d'hygiène et de confort, les achats nécessaires au fonctionnement quotidien, la préparation de repas à l'avance (spécialement chez les usagères et usagers en perte d'autonomie devant respecter une diète spéciale), l'entretien ménager léger et la lessive, la planification des affaires courantes (correspondance, soutien civique, etc.);
 - faire la garde d'enfants ou celle de l'utilisatrice ou l'utilisateur de services.

Les autres sources documentaires consultées s'accordent sensiblement pour fournir la description de tâches suivante. Le travail des auxiliaires familiales et sociales et des auxiliaires familiaux et sociaux consiste à :

- établir un lien significatif entre les clientèles et l'équipe multidisciplinaire;
- assumer un rôle d'observation et d'écoute;
- dispenser des soins d'hygiène et de confort;
- voir quotidiennement aux besoins essentiels de base des personnes à domicile;
- suppléer à des incapacités permanentes ou temporaires;
- assurer un soutien physique et souvent moral;
- assumer un rôle d'éducation aux familles et de soutien au rôle parental.

Bien que la situation puisse varier d'un milieu de travail à l'autre, on peut dire que la contribution des auxiliaires travaillant à domicile au sein des équipes de travail est reconnue.

Dans les centres locaux de services communautaires, les services offerts à la clientèle sont dispensés par des équipes interdisciplinaires qui se composent habituellement d'une infirmière ou d'un infirmier, d'une auxiliaire familiale et sociale ou d'un auxiliaire familial et social, d'une ou d'un ergothérapeute, d'une ou d'un physiothérapeute, d'une travailleuse sociale ou d'un travailleur social et d'un médecin. La collecte et l'échange d'information avec les professionnelles ou professionnels concernant les situations rencontrées à domicile sont des composantes majeures de leur rôle dans l'équipe interdisciplinaire. L'apport de suggestions quant aux moyens à utiliser en vue d'atteindre les objectifs du plan d'intervention fait aussi partie de leur contribution.

Les auxiliaires reçoivent leurs directives de travail d'une intervenante ou d'un intervenant pivot. Pour une large part, leur travail découle du plan d'intervention destiné à la personne soignée. C'est à la personne responsable du programme de soutien à domicile qu'il revient de superviser leur travail et de leur apporter le soutien psychologique requis.

Sur le plan de l'autonomie du travail, les exigences auxquelles doivent satisfaire les auxiliaires sont élevées. Elles ou ils travaillent seules au domicile de la cliente ou du client. Elles ou ils doivent faire preuve de perspicacité et de débrouillardise, agir avec discernement, travailler avec les moyens du bord et s'adapter continuellement aux gens et aux situations changeantes. Par l'apport, au sein de l'équipe interdisciplinaire, des observations effectuées dans le milieu de vie de la cliente ou du client, elles et ils contribuent de façon significative au suivi de la clientèle et à son maintien en milieu de vie. En situation d'urgence ou en situation de crise, elles ou ils doivent intervenir rapidement et de façon adéquate.

1.1.2 Les clientèles

Selon les personnes-ressources rencontrées, les ajustements apportés au travail des préposées et préposés en établissement de santé et des auxiliaires travaillant à domicile résultent du fait que les clientèles, tant en hébergement qu'à domicile, présentent des problématiques de plus en plus complexes sur le plan médical et social. Une enquête, menée en 2003 par l'Association des CLSC et des CHSLD, expose certaines caractéristiques marquantes des clientèles :

- 31 p. 100 des personnes souffrent de déficiences physiques importantes;
- 38,6 p. 100 des personnes présentent des déficits cognitifs;
- 10 p. 100 des personnes présentent des déficiences intellectuelles ou des problèmes de santé mentale;
- 20,6 p. 100 des personnes requièrent des soins palliatifs;
- 13 p. 100 des personnes manifestent des comportements perturbateurs.

On observe une augmentation des problèmes liés à la pauvreté, à la négligence, à la violence et à la toxicomanie. Selon l'Association des CLSC et des CHSLD, être soignant et intervenant auprès d'une telle variété de clientèles devient un défi à relever au quotidien.

1.1.3 Les modifications de la pratique

Préposées et préposés aux bénéficiaires en établissement de santé

D'après les consultations menées auprès de personnes-ressources du réseau de la santé, les tâches des préposées et préposés ont peu changé depuis 1990. Par contre, certaines tâches sont effectuées plus souvent, avec plus d'intensité et exigent plus de temps. On constate :

- une augmentation de la fréquence et de la durée des activités d'hygiène et de confort. Par exemple, les soins liés à l'habillement pour une personne présentant une forme de démence exigent plus de temps;
- une augmentation de la fréquence et de l'intensité des activités liées à la mobilisation des personnes soignées;
- une augmentation de la fréquence, de la durée et de la complexité des activités d'aide à l'alimentation (par exemple, les personnes souffrant de dysphagie et d'apraxie buccofaciale demandent une attention particulière);
- une augmentation du temps consacré à la surveillance des personnes soignées. On signale beaucoup plus de cas d'errance, de fugues, de confusion et de comportements perturbateurs chez les personnes soignées;
- une collaboration soutenue au maintien de la sécurité des lieux;
- des exigences plus grandes relativement à l'observation de la clientèle;
- une collaboration plus étroite avec l'équipe soignante.

Auxiliaires familiales et sociales et auxiliaires familiaux et sociaux à domicile

Depuis quelques années, on constate que le rôle des auxiliaires s'est élargi, que leurs responsabilités se sont accrues et que leur travail exige beaucoup d'autonomie. Plusieurs facteurs ont contribué à cette situation. Il s'agit :

- d'une hausse du nombre de personnes recevant des services à domicile et de la complexité des problèmes de santé;
- de la gestion par des organismes communautaires de programmes de soutien à domicile. Ces organismes sont dans l'obligation de bâtir des projets de maintien à domicile et de proposer des rencontres ou des activités sociales, des repas communautaires, la popote roulante, des visites à domicile, etc.;
- de la demande croissante faite à la communauté de partager les responsabilités du soutien des clientèles présentant des difficultés physiques ou psychologiques (bénévolat, visites d'amitié, accompagnements, téléphone de suivi, gardiennage, etc.);
- de la création, par le ministère de la Santé et des Services sociaux, d'entreprises d'économie sociale offrant surtout des services d'entretien ménager léger et lourd, mais également le gardiennage, les soins d'hygiène ainsi que le service de repas.
- du maintien du chèque emploi service. Cette mesure cible les activités de la vie quotidienne et domestique et s'adresse principalement aux personnes présentant des handicaps physiques sévères;
- des restrictions budgétaires touchant les CLSC.

Qu'il s'agisse des entreprises d'économie sociale et du chèque emploi service, la référence directe aux clientèles est effectuée par les CLSC. Ainsi, les auxiliaires familiales et sociales ou les auxiliaires familiaux et sociaux s'occupent de moins en moins ou pas du tout de l'entretien ménager pour se consacrer davantage aux clientèles plus vulnérables (soins palliatifs, conditions de santé instables, isolement, risques sociaux non compensés par le réseau familial, etc.).

Le rapport d'analyse de situation de travail produit en 1990 indique que la dispensation des soins d'hygiène et de confort à la clientèle occupe la moitié du temps de travail de l'auxiliaire. En 2003, l'Association des CLSC et des CHSLD évalue que ces soins alliés à la distribution de médicaments occupent jusqu'à 80 p. 100 de leur temps de travail. La complexité et la diversité des problèmes de santé des personnes à domicile font en sorte que la prestation des soins d'hygiène et de confort est plus difficile et prend plus de temps. On constate une augmentation des demandes de services pour des interventions à caractère « plus médical », ce qui fait que ces types d'interventions occupent de plus en plus de place.

Le nombre de clientes et de clients assignés à une ou un auxiliaire s'est accru de façon significative au cours des dernières années; il est fréquent que l'auxiliaire visite sept ou huit personnes dans une même journée. Elle ou il dispose donc de moins de temps pour entrer en relation et converser avec la clientèle; il en résulte un amoindrissement de la dimension « plus sociale » de son rôle. Par ailleurs, elle ou il peut encore fournir un accompagnement pour des rendez-vous médicaux, des démarches bancaires ou autres, selon le profil de la cliente ou du client. Enfin, les auxiliaires sont maintenant appelés à travailler le jour, le soir et la fin de semaine.

1.1.4 Le chevauchement des tâches

L'étude préliminaire de 1996 met en évidence les tâches communes aux infirmières et infirmiers auxiliaires et aux préposés aux bénéficiaires, à savoir les soins de base, c'est-à-dire les soins d'hygiène et de confort, et les activités liées au déplacement et à la sécurité des malades. Plus l'état de santé de la personne est stable, plus on tend à confier ces soins de la vie courante à une personne préposée aux bénéficiaires. Ainsi, en soins de longue durée, ces tâches sont fréquemment accomplies par des préposés aux bénéficiaires. Lorsque l'état de santé du patient est précaire, c'est alors l'infirmière ou l'infirmier auxiliaire qui doit intervenir.

Les mêmes tâches allient le travail de l'infirmière ou de l'infirmier auxiliaire à celui des auxiliaires familiales et sociales et des auxiliaires familiaux et sociaux: les soins de base et les activités liées au déplacement et à la sécurité des bénéficiaires. Il en résulte que les préposés aux bénéficiaires et les auxiliaires familiales ou les auxiliaires familiaux ont en commun les soins d'assistance et de confort rattachés aux activités de la vie quotidienne : hygiène, alimentation et hydratation, élimination, mobilisation, habillement, etc. À la lumière de l'information recueillie lors de nos consultations, il semble que d'autres tâches communes pourraient s'ajouter à celles déjà mentionnées. Ce sont principalement les tâches associées :

- au maintien et au développement de l'autonomie de la clientèle;
- à la prévention des infections;
- à la collecte et à l'échange d'information avec l'équipe soignante ainsi qu'avec la clientèle et les proches;
- à la sécurité des personnes et des lieux;
- à la surveillance des personnes présentant de la confusion, des comportements perturbateurs, de l'agressivité, etc.
- aux interventions en situation de crise;
- aux interventions en situation d'urgence.

Cette situation peut varier en fonction du milieu de travail.

1.1.5 Les tendances prévisibles

Selon les personnes consultées, diverses tendances se dégagent à court et à moyen terme pour l'exercice des métiers de préposée et de préposé aux bénéficiaires et d'auxiliaire familiale et sociale et d'auxiliaire familial et social.

Préposées et préposés aux bénéficiaires en établissement de santé

Le rôle des préposés, actuellement centré principalement sur l'application de techniques, s'élargira pour inclure l'accompagnement des personnes. Cela exigera de la part des préposés d'avoir les bonnes attitudes, c'est-à-dire de l'empathie, de la tolérance, du respect et une excellente capacité d'écoute.

D'autres changements sont à prévoir. Il s'agit :

- du développement d'habiletés relationnelles et du sens des responsabilités;
- de l'adaptation des soins à la clientèle;
- de l'adaptation des situations de soins et d'assistance en fonction d'une approche « milieu de vie »;
- de l'adaptation de l'approche auprès des personnes en fonction des problématiques et de la clientèle.

Auxiliaires familiales et sociales et auxiliaires familiaux et sociaux à domicile

Pour les auxiliaires, les changements prévus sont les suivants :

- une intégration plus grande à l'équipe interdisciplinaire afin qu'elles ou ils puissent partager leur point de vue quant à l'atteinte des objectifs visés pour la clientèle;
- une meilleure adaptation des soins aux besoins de la clientèle;
- une adaptation de l'approche utilisée auprès des clientes ou des clients en fonction des diverses problématiques;
- l'inscription de notes au dossier;
- la mise en place de mesures de remplacement des contentions;
- pour le gardiennage, les programmes de stimulation et des activités occupationnelles adaptées aux personnes présentant des déficits cognitifs;
- la prestation des soins invasifs d'assistance dans les activités de la vie quotidienne selon les protocoles établis par les établissements de santé;
- l'administration de médicaments selon les protocoles établis par les établissements de santé.

1.2 La Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé

1.2.1 Une présentation générale de la Loi

La Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé apporte une nouvelle description des champs de pratique pour onze professions, lesquelles interviennent dans l'un ou l'autre des établissements du réseau de la santé. Il s'agit des diététistes, ergothérapeutes, infirmières et infirmiers, infirmières et infirmiers auxiliaires, inhalothérapeutes, médecins, orthophonistes et audiologistes, pharmaciens, physiothérapeutes, technologues en radiologie, technologues médicaux.

Par cette loi, le législateur détermine des clauses d'exception permettant à des non-professionnels d'exercer, selon certaines conditions, des activités réservées à des professionnels, c'est-à-dire à des personnes faisant partie d'un ordre professionnel. Dans la Loi, le législateur ne désigne pas nommément les non-professionnels à qui les établissements de santé visés pourraient accorder l'exercice de certaines activités réservées. On indique seulement que les non-professionnels sont des personnes qui travaillent (moyennant rémunération) dans une ressource intermédiaire ou une ressource de type familial ou dans le cadre d'un programme de soutien à domicile offert par un CLSC. C'est donc en tant que non-professionnels que les préposés aux bénéficiaires en établissement de santé, mais surtout les auxiliaires familiales et sociales à domicile, pourraient se voir confier certaines activités normalement réservées à des professionnels de la santé. Notons que pour l'Association des CLSC et des CHSLD, les non-professionnels concernés de près par les clauses d'exception inscrites dans la Loi sont les auxiliaires familiales et sociales à domicile et les préposés aux bénéficiaires travaillant dans les milieux désignés dans la Loi.

Pour les établissements de santé visés par la Loi, le recours à ces clauses d'exception constitue une décision relative à la gestion de ses ressources, en vue de l'organisation des soins. Il appartient donc à l'établissement de décider si certaines activités seront ou ne seront pas exécutées par les non-professionnels à son service. Avant de permettre à un non-professionnel d'effectuer les activités visées par la Loi, les dispensateurs de services (établissements) doivent faire l'évaluation de l'état de santé et des besoins de la personne, et ce, dans le but d'assurer la protection du public.

Trois articles de la Loi traitent des activités réservées pouvant être effectuées par des non-professionnels de la santé. Ils indiquent également les contextes et les milieux dans lesquels la réalisation des activités est permise. Il s'agit des articles 39.7, 39.8, et 39.9.

Dans les prochaines pages, on trouvera, à la suite du texte intégral de chacun des articles, des explications fournies par l'Office des professions du Québec, l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, l'Ordre des infirmières et infirmiers auxiliaires du Québec, l'Ordre professionnel des inhalothérapeutes du Québec et l'Association des CLSC et des CHSLD du Québec.

1.2.2 Les soins d'assistance aux activités de la vie quotidienne

Article 39.7 « Les soins invasifs d'assistance aux activités de la vie quotidienne qui sont requis sur une base durable et nécessaires au maintien de la santé ne constituent pas une activité professionnelle réservée à un membre d'un ordre, lorsqu'ils sont fournis par une personne agissant dans le cadre des activités d'une ressource intermédiaire ou de type familial visée à la Loi sur les services de santé et les services sociaux (chapitre S-4.20) ou dans le cadre d'un programme de soutien à domicile fourni par un établissement qui exploite un centre local de services communautaires. »

Quelques précisions

Les « soins invasifs » d'assistance aux activités de la vie quotidienne (AVQ) sont des soins allant au-delà des barrières physiologiques ou dans une ouverture artificielle du corps humain. L'expression « sur une base durable et nécessaires au maintien de la santé » indique qu'ils pourront être prodigués par des non-professionnels seulement lorsque l'état de santé des personnes auxquelles ils sont destinés est stable et qu'elles ne peuvent elles-mêmes se donner les soins en raison d'une perte d'autonomie. Les soins invasifs d'assistance ne peuvent être confiés à des non-professionnels lorsque l'état de santé d'une personne est aiguë ou instable, entre autres s'ils s'inscrivent dans le cadre d'un traitement, d'un suivi postopératoire ou d'une convalescence.

Les activités de la vie quotidienne

Cet article de la Loi vise à permettre à des non-professionnels de dispenser certains soins d'assistance aux activités de la vie quotidienne liés à l'alimentation et à l'élimination, dans des situations chroniques affectant, par exemple, des personnes âgées en perte d'autonomie, des personnes handicapées ou des personnes présentant des problèmes de santé mentale sévères.

Les types de soins d'assistance

Selon l'article 39.7, des activités de soins en rapport direct avec l'assistance aux activités de la vie quotidienne, auparavant réservées exclusivement aux professionnels de la santé, peuvent être exécutées par des non-professionnels. Il peut s'agir de :

- l'administration d'un gavage par voie nasogastrique ou par gastrostomie : connecter la tubulure, alimenter selon le rythme prévu et irriguer le tube;
- l'exécution d'une stimulation anale, d'un toucher rectal et d'un curage rectal;
- la mise en place d'un cathétérisme cathéter vésical intermittent;
- l'entretien d'une colostomie: soins d'hygiène, changement de sac;
- l'entretien des systèmes de drainage de l'urine et des stomies urinaires;
- l'installation d'un sac collecteur d'urine de nuit et de jour;
- l'installation d'un condom urinaire;
- l'exécution des soins d'hygiène du cordon ombilical;
- le changement de pansement sec et de pellicule transparente;
- la pose de bas antiemboliques.

Des soins invasifs d'assistance aux activités de la vie quotidienne liés au système respiratoire pourraient éventuellement être autorisés à condition qu'ils soient requis « sur une base durable et nécessaires au maintien de la santé ». Pour le moment, les ordres professionnels tiennent à rappeler que les non-professionnels ne peuvent prodiguer ces types de soins.

Les milieux

Cet article s'adresse à des petits groupes d'usagères et d'usagers en « milieux de vie » c'est-à-dire dans une ressource intermédiaire ou dans une ressource de type familial, ou dans le cadre d'un programme de soutien à domicile offert par un CLSC.

Les centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) ainsi que les autres centres exploités par des établissements publics qui représentent des « milieux de soins » ne sont pas visés par cette exclusion. Dans ces établissements, les soins invasifs d'assistance aux activités de la vie quotidienne continueront d'être dispensés par des professionnels habilités.

Enfin, en ce qui concerne les résidences privées, des travaux auxquels participent le ministère de la Santé et des Services sociaux, l'Office des professions du Québec, l'Association des CLSC et des CHSLD du Québec et l'Association des résidences pour retraités et retraitées du Québec sont en cours afin d'établir les responsabilités des parties impliquées dans la prestation des soins.

1.2.3 La distribution et l'administration des médicaments

Article 39.8 « Malgré toute disposition inconciliable, une personne agissant dans le cadre des activités d'une ressource intermédiaire ou de type familial visée à l'article 39.7 ou dans le cadre d'un programme de soutien à domicile fourni par un établissement qui exploite un centre local de services communautaires, dans une école ou dans un autre milieu de vie substitut temporaire pour les enfants peut administrer des médicaments prescrits et prêts à être administrés, par voie orale, topique, transdermique, ophtalmique, otique, rectale ou par inhalation ainsi que de l'insuline par voie sous-cutanée »

Cet article de la Loi permet à des non-professionnels d'administrer des médicaments prescrits (déjà préparés par un professionnel) dans certains milieux ciblés par la Loi. En outre, il s'avère essentiel que l'intervention auprès des enfants, à cet égard, lorsqu'ils se trouvent dans des milieux de vie substituts temporaires, soit également assurée. Ainsi, on indique que des médicaments peuvent être administrés par des non-professionnels en milieu scolaire et dans tout autre milieu de vie substitut temporaire pour enfants comme une garderie, un camp de jour ou une colonie de vacances.

La distribution d'un médicament

Puisqu'elle ne constitue pas une activité réservée, la distribution d'un médicament peut être exécutée par toute personne, professionnelle ou non. Elle implique la simple remise d'un médicament déjà prescrit et préparé par un professionnel habilité à le faire, à une personne qui se l'administre elle-même. Comme la distribution d'un médicament implique chez la personne un degré d'autonomie suffisant pour qu'elle puisse se l'administrer elle-même, la décision de confier la distribution d'un médicament à un non-professionnel exige que l'établissement procède à une évaluation préalable de la capacité de la personne à le faire.

L'administration d'un médicament

L'administration d'un médicament comporte un certain contrôle et une aide à la prise de médication. Les médicaments qu'un non-professionnel peut administrer dans le cadre de cette exception ne peuvent l'être que selon les voies d'administration prévues par la Loi. Les médicaments doivent être prescrits et déjà préparés par un professionnel habilité à le faire et se présenter sous une forme prête à être administrée (dosette, unidose, insuline déjà préparée). Au préalable, une décision clinique aura été prise par un professionnel habilité à le faire quant au moment et aux circonstances où le médicament peut être administré.

Les voies d'administration

Il peut s'agir de l'administration de médicaments :

- par voie orale;
- par voie topique : crème, onguent, bain médicamenteux et lotion;
- par voie transdermique : timbre de nitro, timbre hormonal et timbre analgésique;
- par voie ophtalmique ou otique : onguent et gouttes;
- par inhalation : pompe et gouttes nasales;
- par voie sous-cutanée : insuline seulement;
- par voie rectale : suppositoire et lavement Fleet.

1.2.4 Les responsabilités des établissements et des non-professionnels au regard des articles 39.7 et 39.8

Selon l'Association des CLSC et des CHSLD, l'OIIQ et l'OIIAQ, l'établissement de santé doit :

- offrir un encadrement suffisant pour assurer la protection du public lorsque des soins sont dispensés par un non-professionnel dans une ressource intermédiaire ou dans une ressource de type familial ou dans le cadre d'un programme de soutien à domicile fourni par un CLSC;
- faire une évaluation préalable de la condition et des besoins de la personne. L'établissement devra s'assurer que l'évaluation est faite par un professionnel habilité, le plus souvent une infirmière ou un infirmier, qui verra à établir un plan d'intervention;
- fournir les ressources professionnelles et non professionnelles nécessaires pour répondre aux besoins de la clientèle ou, si celle-ci ne peut pas le faire elle-même, s'assurer que les soins sont dispensés par une personne qualifiée. L'encadrement offert par l'établissement doit comporter un suivi professionnel, entre autres par une réévaluation périodique des besoins de la personne, de la qualité des services dispensés et de la capacité des intervenantes et intervenants, et par une mise à niveau de leurs connaissances, au besoin.

Enfin, selon les mêmes sources, les responsabilités d'un non-professionnel sont :

- de s'assurer qu'il possède la formation et les qualifications requises pour exercer les activités réservées;
- d'exécuter pour la première fois le soin en présence d'une infirmière ou d'un infirmier;
- de dispenser les soins de façon sécuritaire, avec toute la prudence et la diligence requises dans les circonstances;
- de s'abstenir d'aller au-delà de ses capacités;
- au besoin, de faire appel à un professionnel habilité pour évaluer la situation et administrer les soins appropriés.

1.2.5 La réglementation

Article 39.9 « *L'Office peut déterminer, par règlement, des lieux, des cas ou des contextes dans lesquels une personne peut exercer les activités décrites aux articles 39.7 et 39.8 ainsi que les conditions et modalités suivant lesquelles elle peut les exercer. À cette fin, l'Office doit prendre en compte la disponibilité des professionnels pouvant agir dans ces lieux, cas ou contextes ainsi que l'encadrement offert par un centre exploité par un établissement.* »

« *L'Office doit, avant d'adopter un règlement en vertu du premier aliéna, consulter le ministre de la Santé et des Services sociaux et les ordres professionnels intéressés.* »

Selon cet article, un pouvoir est attribué à l'Office des professions du Québec d'autoriser, dans d'autres lieux, contextes ou situations, l'application des clauses d'exception permettant à des non-professionnels d'exercer les activités visées aux articles 39.7 et 39.8. Ce pouvoir réglementaire ne permet pas l'ajout de nouvelles activités réservées, mais plutôt l'ajustement de la prestation des activités ciblées aux besoins susceptibles d'émerger dans l'avenir et ce, dans des conditions qui assurent la protection du public.

1.2.6 Les effets de la nouvelle Loi sur l'exercice des métiers à l'étude : éléments de prospective

Bien que l'on conçoive aisément que des ajustements restent à déterminer ou à mettre en œuvre au cours des prochains mois, il est possible de formuler des constats généraux quant à la situation actuelle.

Préposée et préposé aux bénéficiaires en établissement de santé

Plusieurs établissements ne prévoient aucun changement par rapport aux tâches des préposés eu égard à la nouvelle loi. D'autres sont en réorganisation et l'état actuel de leur réflexion ne permet pas de dire si la nouvelle loi apportera ou non des modifications aux tâches des préposés. Par ailleurs, certains établissements examinent la possibilité de confier éventuellement aux préposés la distribution des médicaments aux clientes et aux clients aptes à les prendre eux-mêmes. Actuellement, ce n'est qu'une hypothèse qui doit être analysée à l'occasion d'une révision de l'organisation du travail.

Auxiliaire familiale et sociale et auxiliaire familial et social à domicile

L'Association des CLSC et des CHSLD définit de façon précise l'incidence de la nouvelle Loi sur l'exercice du métier d'auxiliaire familiale et sociale à domicile. Les effets de la Loi sont liés directement aux soins invasifs d'assistance aux activités de la vie quotidienne.

Alimentation

- Administrer un gavage par voie nasogastrique ou par gastrostomie.
- Connecter la tubulure et alimenter selon le rythme prévu.
- Irriguer le tube.

Élimination intestinale

- Procéder à une stimulation anale.
- Procéder à un toucher rectal.
- Procéder à un curage rectal.
- Prodiguier des soins d'hygiène dans le cas d'une colostomie.

Élimination vésicale

- Effectuer un cathétérisme intermittent.
- Vider et entretenir les systèmes de drainage.
- Installer un condom urinaire.

Respiration

- Débrancher et rebrancher un respirateur volumétrique.
- Donner des soins à une personne trachéostomisée : nettoyer la canule interne, nettoyer le pourtour de la stomie, changer le pansement, changer les cordons, gonfler le ballonnet lors de la succion et du gavage, aspirer les sécrétions trachéo-bronchiques.
- Administrer de l'oxygène par masque ou par lunette nasale.

Changement de pansement sec et de pellicules transparentes

Installation de bas antiemboliques

Administration des médicaments prescrits et prêts à être administrés

- Par voie orale : assistance, distribution, administration et surveillance.
- Par voie topique : crème, onguent, lotion, bain médicamenteux.
- Par voie transdermique : timbre de nitro, timbre analgésique.
- Par voie ophtalmique ou otique : onguent et gouttes.
- Par inhalation : pompe et gouttes nasales.
- Par voie sous-cutanée : insuline seulement.
- Par voie rectale : suppositoires et lavement Fleet.

2 LE MARCHÉ DU TRAVAIL

Dans les pages qui suivent, on trouve une description générale de la situation de l'emploi des préposées et préposés aux bénéficiaires et des auxiliaires familiales et sociales et familiaux et sociaux au Québec. Considérant que la grande majorité d'entre eux travaillent dans le réseau public, nous avons privilégié les données du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). En outre, les données concernant le réseau privé ne sont pas disponibles.

2.1 Le portrait de la situation de l'emploi

2.1.1 Le nombre d'emplois par mission d'établissement

Préposées et préposés aux bénéficiaires en établissement de santé

Tableau 1
Répartition des préposées et préposés aux bénéficiaires
selon la mission d'établissement
(31 mars 2001)

Mission	Nombre de préposés	%
CHSGS	12 040	34,2
CHSLD	10 813	30,7
CLSC	5 848	16,6
PRLD	3 864	10,9
CHPSY	1 201	3,4
CR	1 167	3,3
PRCR	92	0,3
CJ	91	0,3
PR CH	99	0,3
Total	35 215	100,0

SOURCE : MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, Direction générale des politiques de main-d'œuvre. *Planification de la main-d'œuvre en soins infirmiers*, Service de la planification et du développement de la main-d'œuvre, septembre 2002.

On remarque que les Centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés (CHSGS) et les centres de longue durée emploient 26 717 préposées et préposés aux bénéficiaires, soit 75,8 p. 100 de l'ensemble du personnel d'assistance.

Auxiliaires familiales et sociales et auxiliaires familiaux et sociaux à domicile

Tableau 2
Effectifs par mission d'établissement

Mission	Nombre d'auxiliaires	%
CLSC	3 028	81,2
CHSGS	217	5,8
CHSLD	191	5,1
CJ	157	4,2
CR	108	3,0
CHPSY	27	0,7
Total	3 728	100,0

SOURCE : MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, Direction générale des politiques de main-d'œuvre. *Planification de la main-d'œuvre en soins infirmiers*, Service de la planification et du développement de la main-d'œuvre, septembre 2002.

C'est dans les CLSC que l'on trouve la très grande majorité des effectifs, soit 81 p. 100 de la main-d'œuvre.

2.1.2 Les caractéristiques démographiques

Préposées et préposés aux bénéficiaires en établissement de santé

Tableau 3
Répartition des préposées et préposés aux bénéficiaires en emploi selon l'âge et le sexe

Âge	Nombre	Homme	Femme	%
20 et 24	3 487	502	2985	9,9
25 et 29	2 958	640	2 318	8,4
30 et 34	3 422	970	2 452	9,7
35 et 39	5 150	1 577	3 573	14,6
40 et 44	6 021	1 804	4 217	17,1
45 et 49	5 627	1 413	4 214	16,0
50 et 54	4 626	917	3 709	13,1
55 et 59	2 652	409	2 243	7,5
60 et 64	624	91	533	1,8
65 et 69	38	5	33	0,1
70 et +	8	0	8	0,0
Inconnu	602	72	530	1,7
Total	35 215	8 400	26 815	100,0

SOURCE : MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, Direction générale des politiques de main-d'œuvre. *Planification de la main-d'œuvre en soins infirmiers*, Service de la planification et du développement de la main-d'œuvre, septembre 2002.

Les préposés âgés de 50 ans et plus représentent 22,5 p. 100 du personnel en exercice. La main-d'œuvre est en majorité féminine; elle compte 76,1 p. 100 de femmes et 23,9 p. 100 d'hommes.

Auxiliaires familiales et sociales et auxiliaires familiaux et sociaux à domicile

Tableau 4
Répartition des auxiliaires familiales et sociales et des auxiliaires familiaux et sociaux selon l'âge et le sexe

Âge	Nombre	Homme	Femme	%
20	166	14	152	4,5
25	268	42	226	7,2
30	246	44	202	6,6
35	447	92	355	12,0
40	677	136	541	18,2
45	699	127	572	18,8
50	615	87	528	16,5
55	446	33	413	12,0
60	141	13	128	3,8
65	6	2	4	0,1
70	2	0	2	0,0
Inconnu	15	2	13	0,4
Total	3 728	592	3 136	100,0

SOURCE : MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, Direction générale des politiques de main-d'œuvre. *Planification de la main-d'œuvre en soins infirmiers*, Service de la planification et du développement de la main-d'œuvre, septembre 2002.

Les auxiliaires familiales et sociales de 50 ans et plus constituent 32,4 p. 100 de la main-d'œuvre. Les femmes occupent 84 p. 100 des emplois.

2.1.3 Les conditions de travail dans le réseau

Préposées et préposés aux bénéficiaires en établissement de santé

Tableau 5
Répartition des préposées et des préposés aux bénéficiaires en emploi selon le statut

Statut	En emploi	%	ETC	%
Temps complet régulier (TCR)	9 018	26,4	8 583	38,7
Temps partiel régulier (TPR)	12 444	36,4	8 094	36,5
Temps partiel occasionnel (TPO)	12 705	37,2	5 484	24,7
Total	34 167	100,0	22 161	100,0

SOURCE : MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, Direction générale des politiques de main-d'œuvre. *Planification de la main-d'œuvre en soins infirmiers*, Service de la planification et du développement de la main-d'œuvre, septembre 2002.

Seulement une préposée ou un préposé aux bénéficiaires sur quatre (26,4 p. 100) travaille à temps plein. De plus, 73,6 p. 100 des équivalents temps complet (ETC) sont complétés par des emplois à temps partiel.

Depuis le 1^{er} janvier 2002, le salaire hebdomadaire (36,25 heures) d'une préposée ou d'un préposé aux bénéficiaires en début de carrière s'élève à 505,69 \$. Il est de 554,99 \$ une fois atteint l'échelon salarial supérieur.

Auxiliaires familiales et sociales et auxiliaires familiaux et sociaux à domicile

Tableau 6
Répartition des auxiliaires familiales et sociales et des auxiliaires familiaux et sociaux en emploi selon le statut

Statut	En emploi	%	ETC	%
Temps complet régulier (TCR)	1 711	45,9	1 592	59,5
Temps partiel régulier (TPR)	561	15,0	371	13,8
Temps partiel occasionnel (TPO)	1 456	39,1	716	26,7
Total	3 728	100,0	2 679	100,0

SOURCE : MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, Direction générale des politiques de main-d'œuvre. *Planification de la main-d'œuvre en soins infirmiers*, Service de la planification et du développement de la main-d'œuvre, septembre 2002.

Une proportion de 45,9 p. 100 des auxiliaires travaille à temps plein. De plus, 54,1 p. 100 des équivalents temps complet (ETC) sont complétés par des emplois à temps partiel.

À l'embauche, et depuis le 1^{er} janvier 2002, les auxiliaires gagnent 488,25 \$ pour une semaine de travail de 35 heures. Une fois atteint l'échelon salarial le plus élevé, leur salaire est de 535,85 \$ par semaine.

2.1.4 La demande future de main-d'œuvre

Préposées et préposés aux bénéficiaires en établissement de santé

Tableau 7
Estimation des besoins de recrutement
(du 1^{er} avril au 31 mars de chaque année)

Période	Recrutement nécessaire
2003-2004	1 946
2004-2005	2 076
2005-2006	2 178
2006-2007	2 274
2007-2008	2 334
2008-2009	2 416
2009-2010	2 508
2010-2011	2 744
2011-2012	2 788
2012-2013	2 847
2013-2014	2 879
2014-2015	2 882
2015-2016	2 900
2016-2017	2 922
2017-2018	2 939
Total	38 633

SOURCE : MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, Direction générale des politiques de main-d'œuvre. *Planification de la main-d'œuvre en soins infirmiers*, Service de la planification et du développement de la main-d'œuvre, septembre 2002.

De 2003 à 2018, on prévoit une hausse constante des besoins en main-d'œuvre pour les préposés aux bénéficiaires. La demande la plus forte se situera au cours des cinq prochaines années.

Assistance familiale et sociale à domicile

Tableau 8
Projections des besoins de recrutement

Année	Recrutement nécessaire
2003	266
2004	284
2005	285
2006	295
2007	309
2008	322
2009	344
2010	342
2011	346
2012	350
2013	353
2014	354
2015	357
2016	363
Total	4 570

SOURCE : MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, Direction générale des politiques de main-d'œuvre. *Planification de la main-d'œuvre des infirmières auxiliaires. Auxiliaires familiales*, Annexe 6, p. 139.

On prévoit également une augmentation constante des besoins en main-d'œuvre pour les auxiliaires travaillant à domicile.

3 L'OFFRE DE FORMATION

3.1 La formation professionnelle existante

3.1.1 Les programmes d'études

L'élaboration des programmes d'études *Assistance aux bénéficiaires en établissement de santé (ABES 5081)* et *Assistance familiale et sociale aux personnes à domicile (AFES 5045)* a été faite en s'appuyant sur les résultats des ateliers d'analyse de la situation de travail tenus en 1990 pour chacun des métiers à l'étude. L'implantation des programmes dans les commissions scolaires s'est effectuée en septembre 1993 pour le programme ABES et en septembre 1994 pour le programme AFES. Depuis 1995-1996, le programme ABES est offert dans 25 commissions scolaires. Quant au programme AFES, il est offert dans 22 commissions scolaires. En 2003-2004, 27 commissions scolaires dispensent le programme ABES et 24, le programme AFES.

Préposées et préposés aux bénéficiaires en établissement de santé

Le programme d'études professionnelles *Assistance aux bénéficiaires en établissement de santé (ABES)* comporte 14 compétences d'une durée totale de 630 heures.

Les buts du programme d'études sont de favoriser :

- une connaissance du marché du travail et du rôle des préposés aux bénéficiaires;
- le développement d'attitudes axées sur :
 - un souci constant des besoins des usagers et usagers et la vigilance,
 - l'initiative,
 - la discipline et le goût du travail bien fait,
 - le sens des responsabilités,
 - le respect des consignes, des procédures et des protocoles établis,
 - l'adaptation aux changements et aux situations nouvelles,
 - la pratique de l'autoévaluation;
- le développement d'habiletés liées :
 - aux techniques de travail;
 - à la communication et à l'établissement de relations de confiance;
 - aux principes d'hygiène, d'asepsie et de la mécanique corporelle;
 - à la santé et à la sécurité au travail;
 - à l'adaptation à des situations imprévues et contraignantes.

Le tableau qui suit présente une synthèse du programme d'études *Assistance aux bénéficiaires en établissement de santé*.

Tableau 9
Synthèse du programme ABES

	Énoncés de compétences	Durée
1	Situation par rapport au métier et à la démarche de formation	30 heures
2	Notions d'hygiène et d'asepsie	30 heures
3	Notions sur le développement de la personne	45 heures
4	Communication et travail d'équipe	45 heures
5	Notions sur les maladies les plus courantes	60 heures
6	Principes et techniques de déplacement sécuritaire des bénéficiaires	45 heures
7	Règles de l'éthique professionnelle	15 heures
8	Principes et techniques de soins et d'entretien	75 heures
9	Santé et sécurité au travail	30 heures
10	Prestation de soins en centre d'hébergement et de soins de longue durée	105 heures
11	Premiers soins	30 heures
12	Planification de sa démarche de recherche d'un emploi	15 heures
13	Prestation de soins en milieu psychiatrique	60 heures
14	Prestation de soins en centre hospitalier de soins généraux et spécialisés	75 heures

SOURCE : MINISTÈRE DE L'ÉDUCATION, Direction générale de la formation professionnelle.
Assistance aux bénéficiaires en établissement de santé. Programme d'études. Québec, 1993.

Assistance familiale et sociale aux personnes à domicile

Le programme d'études professionnelles *Assistance familiale et sociale aux personnes à domicile (AFES)* comporte 19 compétences d'une durée totale de 960 heures.

Les buts du programme d'études sont de favoriser :

- une connaissance du rôle de l'auxiliaire familiale et sociale;
- le développement d'attitudes axées sur :
 - un souci constant des besoins des usagères et usagers et la vigilance,
 - l'initiative,
 - la discipline dans le travail,
 - le sens des responsabilités,
 - l'adaptation aux changements et aux situations nouvelles,
 - les règles de l'éthique professionnelle
 - la pratique de l'autoévaluation;

- le développement d'habiletés liées :
 - à la communication, au travail en équipe et à l'établissement de relations de confiance,
 - à l'intervention auprès des diverses clientèles (développement de la personne, maladies et déficiences, dynamique familiale, problèmes sociaux et ressources d'aide),
 - aux méthodes de soins (hygiène, confort, alimentation) et aux premiers soins,
 - à l'entretien domestique et à l'administration des affaires courantes,
 - aux principes d'hygiène, d'asepsie et à la mécanique corporelle,
 - à la santé et à la sécurité au travail.

Tableau 10
Synthèse du programme AFES

	Énoncés de compétences	Durée
1	Situation par rapport au métier et à la démarche de formation	30 heures
2	Notions sur le développement de la personne	60 heures
3	Communication et travail d'équipe	75 heures
4	Notions d'hygiène et de microbiologie	30 heures
5	Exécution des tâches d'entretien domestique courant	30 heures
6	Notions sur les maladies et les déficiences les plus courantes	45 heures
7	Principes et techniques de déplacement sécuritaire des personnes	60 heures
8	Exécution des tâches liées aux soins d'hygiène et de confort	60 heures
9	Éthique professionnelle	30 heures
10	Santé et sécurité au travail	30 heures
11	Exécution des tâches liées à l'alimentation	30 heures
12	Participation à la prestation de soins et de services à la clientèle	75 heures
13	Notions de dynamique familiale	45 heures
14	Problèmes sociaux et ressources d'aide	60 heures
15	Établissement d'une relation de confiance avec une personne à domicile	75 heures
16	Premiers soins	30 heures
17	Exécution de tâches liées à l'administration des affaires courantes	45 heures
18	Planification de la recherche d'un emploi	15 heures
19	Prestation de soins et de services à domicile	120 heures

SOURCE : MINISTÈRE DE L'ÉDUCATION, Direction générale de la formation professionnelle.
Assistance familiale et sociale aux personnes à domicile. Programme d'études, Québec, 1994.

3.1.2 L'évolution de l'effectif scolaire

Préposées et préposés aux bénéficiaires en établissement de santé

Tableau 11
Nombre de personnes inscrites et diplômées selon l'âge et le sexe

ANNÉE SCOLAIRE	1995/ 1996	1996/ 1997	1997/ 1998	1998/ 1999	1999/ 2000	2000/ 2001	2001/ 2002	2002/ 2003
Nombre d'élèves	922	646	675	751	1 110	1 390	1 896	1 855
Féminin	758	545	587	670	940	1 207	1 643	1 572
Masculin	164	101	88	81	170	183	253	283
< 20 ans	251 (27,2 %)	189 (29,2 %)	173 (25,6 %)	158 (21 %)	194 (17,4 %)	252 (18,1 %)	313 (16,5 %)	259 (13,9 %)
> 20 ans	671 (72,8 %)	457 (70,8 %)	502 (74,4 %)	593 (79 %)	916 (82,6 %)	1 138 (81,9 %)	1 583 (83,5 %)	1 596 (86,1 %)
Diplômées/diplômés (%)	598 (64,8 %)	505 (78,1 %)	516 (76,4 %)	620 (82,5 %)	745 (67,1 %)	1 023 (73,5 %)	1 323 (69,7 %)	1 606 (86,5 %)

SOURCE : MINISTÈRE DE L'ÉDUCATION, Direction de la gestion des systèmes de collecte, *Rapport sur le programme 5081/5581*, 2003.

On remarque une forte augmentation du nombre d'inscriptions en formation à compter de l'année scolaire 1999-2000. À l'origine de cette augmentation, on trouve une hausse marquée de la demande d'auxiliaires familiales et sociales dans le réseau de la santé qui justifie la décision du ministère de l'Éducation de lever le contingentement de la formation.

Assistance familiale et sociale aux personnes à domicile

Tableau 12
Nombre de personnes inscrites et diplômées selon l'âge et le sexe

ANNÉE SCOLAIRE	1995/ 1996	1996/ 1997	1997/ 1998	1998/ 1999	1999/ 2000	2000/ 2001	2001/ 2002	2002/ 2003
Nombre d'élèves	552	514	554	486	950	794	726	687
Féminin	474	460	510	451	862	695	651	616
Masculin	78	54	44	35	88	99	75	71
< 20 ans	86 (16,1 %)	132 (25,6 %)	142 (25,6 %)	104 (21,3 %)	135 (14,2 %)	95 (11,9 %)	87 (11,9 %)	94 (13,6 %)
> 20 ans	463 (83,9 %)	382 (74,4 %)	412 (74,4 %)	382 (78,7 %)	815 (85,8 %)	699 (88,1 %)	639 (88,1 %)	593 (86,4 %)
Diplômées/diplômés (%)	330 (59,7 %)	397 (77,2 %)	389 (70,2 %)	452 (93 %)	598 (62,9 %)	535 (67,3 %)	546 (75,2 %)	558 (81,2 %)

SOURCE : MINISTÈRE DE L'ÉDUCATION, Direction de la gestion des systèmes de collecte, *Rapport sur le programme 5045/5545*, 2003.

On observe une forte augmentation des inscriptions à la formation pour l'année scolaire 1999-2000. Par contre, dès l'année suivante le nombre d'inscriptions diminue.

Enfin, de 1996 à 2003, on note des variations importantes du taux d'obtention des diplômes pour les deux programmes d'études. Pour le programme *Assistance aux bénéficiaires en établissement de santé*, le taux de délivrance des diplômes varie de 64,8 p. 100 à 86,5 p. 100. Pour le programme *Assistance familiale et sociale aux personnes à domicile*, il fluctue entre 59,7 p. 100 et 81,2 p. 100.

3.1.3 Le placement des personnes diplômées

Préposées et préposés aux bénéficiaires en établissement de santé

Tableau 13
Placement des personnes diplômées (ABES)

ABES	Diplômés 1994-1995 Situation en 1996	Diplômés 1995-1996 Situation en 1997	Diplômés 1996-1997 Situation en 1998	Diplômés 1997-1998 Situation en 1999	Diplômés 1998-1999 Situation en 2000	Diplômés 1999-2000 Situation en 2001	Diplômés 2000-2001 Situation en 2002
En emploi (%)	59,7	68,6	81,8	88,5	83,0	83,2	84,6
À la recherche d'un emploi (%)	23,6	22,1	10,2	5,6	6,8	6,4	5,5
Aux études (%)	8,6	5,8	3,8	3,9	5,7	7,8	5,7
Personnes inactives (%)	8,1	3,4	4,3	2,0	4,6	2,6	4,1
À temps plein (%)	45,4	52,8	55,1	55,2	58,0	56,1	56,4
Lié à la formation (%)	58,5	61,1	83,9	85,1	89,6	89,7	85,8
Taux de chômage (%)	28,3	24,4	11,1	6,0	7,5	7,2	6,1

SOURCE : MINISTÈRE DE L'ÉDUCATION, *Relance au secondaire en formation professionnelle. Données sur l'intégration sur le marché du travail de 1996 à 2002 de personnes diplômées*. 2003.

Si l'on examine la situation de l'emploi des personnes diplômées du programme *Assistance aux bénéficiaires en établissement de santé* depuis 1996, on observe un accroissement constant du taux de placement qui passe de 59,7 p. 100 en 1996 à 84,5 p. 100 en 2002, ce qui représente une augmentation totale de 24,9 p. 100 sur une période de sept ans. On note une augmentation marquée du taux de placement jusqu'en 1999, lequel se maintient par la suite aux alentours de 83 p. 100. Le taux de placement le plus élevé, soit 88,5 p. 100 a été atteint en 1999.

De plus, en 2002 :

- 85,8 p. 100 des personnes diplômées exercent un emploi directement lié à la formation reçue comparativement à 58,5 p. 100 en 1996;
- 56,4 p. 100 des diplômées et diplômés exercent un emploi à temps plein comparativement à 45,4 p. 100 en 1996. Il n'est donc pas étonnant de constater une baisse de 22,2 p. 100 du taux de chômage pour cette catégorie d'emploi.

Assistance familiale et sociale aux personnes à domicile

Tableau 14
Placement des personnes diplômées (AFES)

AFES	Diplômés 1994-1995 Situation en 1996	Diplômés 1995-1996 Situation en 1997	Diplômés 1996-1997 Situation en 1998	Diplômés 1997-1998 Situation en 1999	Diplômés 1998-1999 Situation en 2000	Diplômés 1999-2000 Situation en 2001	Diplômés 2000-2001 Situation en 2002
En emploi (%)	55,1	68,8	78,0	86,7	84,4	84,6	83,2
À la recherche d'un emploi (%)	26,1	20,6	12,4	4,9	6,7	6,1	7,5
Aux études (%)	11,6	3,5	3,4	3,8	5,5	4,9	4,1
Personnes inactives (%)	7,2	7,1	6,2	4,6	3,4	4,4	5,2
À temps plein (%)	52,9	53,6	55,4	56,3	62,3	62,2	64,1
Lié à la formation (%)	75,0	72,1	78,4	85,6	86,6	81,2	86,4
Taux de chômage (%)	32,1	23,0	13,8	5,4	7,4	6,7	8,3

SOURCE : MINISTÈRE DE L'ÉDUCATION. Direction générale des programmes et du développement. *Relance au secondaire en formation professionnelle. Données sur l'intégration sur le marché du travail de 1996 à 2002 de personnes diplômées*, 2003.

Si l'on examine la situation de l'emploi des personnes diplômées du programme *Assistance familiale et sociale aux personnes à domicile* depuis 1996, on observe une augmentation constante du taux de placement qui passe de 55,1 p. 100 en 1996 à 83,2 p. 100 en 2002, ce qui représente une augmentation de 28,1 p. 100 sur une période de sept ans. Ce taux atteint un sommet de 86,7 p. 100 en 1999 pour, par la suite, se maintenir aux alentours de 83 p. 100.

De plus, en 2002 :

- 86,4 p. 100 des diplômées et diplômés exercent un emploi directement lié à la formation reçue comparativement à 75 p. 100 en 1996;
- 64,1 p. 100 des diplômées et diplômés exercent un emploi à plein temps plein comparativement à 52,9 p. 100 en 1996. Il n'est donc pas étonnant de constater une baisse de 23,8 p. 100 du taux de chômage pour cette catégorie d'emploi.

3.1.4 La satisfaction des employeurs

Des employeurs se montrent satisfaits des compétences des diplômées et diplômés au moment de l'embauche. D'autres observent une inadéquation entre la formation des préposés aux bénéficiaires et les besoins de la clientèle. On souligne que les lacunes identifiées chez les diplômées et diplômés en soins d'assistance concernent les savoir-être (attitudes) et non les savoir-faire; les habiletés relationnelles feraient défaut. Parmi les problèmes identifiés, on note également un manque de maturité et de jugement ainsi qu'une difficulté à organiser leur travail et à établir des priorités.

Accès à la formation dans les commissions scolaires

Certains établissements du réseau de la santé s'interrogent sur le potentiel des candidates et des candidats admis en formation. Ces personnes ont-elles vraiment choisi d'exercer ce type d'emploi? Quels motifs les ont incitées à s'inscrire en formation? Où en sont les commissions scolaires en ce qui a trait à la sélection des candidates et des candidats?

Des recommandations portant sur les critères d'accès à la formation ont été formulées. En voici l'essentiel.

- Faire une sélection des candidates et des candidats intéressés par la formation en fonction d'un profil prédéfini.
- Assurer l'accès à la formation dans toutes les régions du Québec et en nombre suffisant pour combler les besoins en main-d'œuvre des établissements de santé.
- Exiger une 5^e secondaire comme condition d'accès à la formation. Toutes les intervenantes et les intervenants rencontrés ne partagent pas ce point de vue.

Il arrive que des établissements doivent embaucher du personnel ne possédant aucune formation spécialisée et former cette main-d'œuvre en cours d'emploi, tout en disposant de budgets limités. D'autres établissements se voient dans l'obligation d'engager des personnes ayant suivi des formations de très courte durée (45 heures par exemple) non reconnues par le ministère de l'Éducation. À cet effet, des intervenantes et intervenants suggèrent de constituer un groupe de travail composé de représentantes et de représentants du ministère de l'Éducation, du ministère de la Santé et des Services sociaux, des associations d'établissements et d'Emploi Québec. Le mandat de ce comité consisterait à clarifier la situation des formations privées et à proposer des solutions permettant d'obtenir une formation de qualité et accessible à travers le Québec.

3.2 Des suggestions concernant la formation

Voici un résumé des suggestions des partenaires du domaine de la santé. Les éléments suivants ont été mentionnés par un ou plusieurs établissements ou organismes consultés. Les éléments inscrits en italique concernent des matières déjà enseignées dans les programmes d'études offerts actuellement par les commissions scolaires autorisées.

3.2.1 Les préposées et les préposés aux bénéficiaires en établissement de santé

L'organisation du travail

- *La communication et le travail d'équipe*

La clientèle : les problématiques

- Les clientèles hébergées en soins de longue durée : déficits cognitifs, soins palliatifs, problèmes de santé mentale, déficience intellectuelle, déficience physique, troubles de comportement, etc.
- *Les pathologies affectant les personnes en établissement de santé : insuffisance rénale, insuffisance cardiaque, diabète, maladie pulmonaire occlusive chronique, etc.*
- Les effets de la maladie sur le comportement des personnes atteintes, les attitudes et les capacités résiduelles.

Les clientèles : l'intervention directe

- L'approche en milieu de vie.
- Les approches à adopter en présence des mourants et des personnes en phase préterminale ou terminale de vie.
- Les approches cliniques d'assistance, dans le respect du potentiel résiduel des personnes sur le plan physique et cognitif.
- Les soins d'hygiène et de confort pour les différentes clientèles : par exemple, l'approche développée par Gineste et Marescotti.
- Les méthodes d'alimentation adaptées aux clientèles : les altérations associées aux déficits cognitifs, aux déficiences physiques ou intellectuelles, etc.
- *Les techniques de déplacement sécuritaire des bénéficiaires. L'utilisation de l'équipement servant à mobiliser les personnes : leviers sur rails, lève-personnes manuels et électriques, civières d'hygiène et bains thérapeutiques (soins d'hygiène).*
- *L'utilisation judicieuse et sécuritaire des contentions physiques.*
- Les méthodes d'intervention non violentes en situation de crise.
- La communication verbale et non verbale avec les intervenants et les clientèles qui ne sont plus en mesure de parler ou de comprendre le langage verbal.
- *La prévention des infections.*
- Les mesures et la démarche à appliquer eu égard à la complexité de la réalité clinique.

Les attitudes

- *Les règles de l'éthique professionnelle et les comportements professionnels.*

On souhaite une amélioration de la capacité des diplômées et diplômés à appliquer les connaissances acquises en formation dans leur milieu de soins. Des éléments plus théoriques comme l'approche auprès des personnes âgées et de la clientèle en santé mentale semblent poser des difficultés au moment de l'application pratique.

On devrait adapter la formation aux milieux de soins et aux établissements de santé et tenir une séance de validation avec ces milieux, en partenariat avec les établissements locaux. Il conviendrait de revoir en profondeur le programme d'études (choix et contenu des cours) en fonction des clientèles en hébergement de longue durée ou en fin de vie.

3.2.2 Les auxiliaires familiales et sociales et les auxiliaires familiaux et sociaux à domicile

Les suggestions présentées ici émanent de l'Association des CLSC et des CHSLD. Elles ont été regroupées en fonction de diverses composantes de l'exercice du métier.

Le réseau de la santé

- ◦ *Le réseau de la santé.*
- ◦ *Les aspects juridiques liés à l'exercice du métier.*
- ◦ La politique de Soutien à domicile.
- ◦ *La mission des CLSC ainsi que les programmes offerts.*

L'organisation du travail

- *Les méthodes de planification du travail, de gestion du temps et de gestion du stress.*
- *Le travail en équipe.*
- *Les interventions spécifiques aux auxiliaires familiales et sociales.*
- *Les rôles et responsabilités des autres membres de l'équipe multidisciplinaire.*
- Les outils de travail utilisés dans les CLSC : plan d'intervention, plan de services individualisé, grille clientèle, grille d'observation élaborée par des ergothérapeutes, etc.
- La rédaction de notes au dossier (informatique) notamment en ce qui concerne un changement de comportement de la cliente ou du client.

La clientèle : les problématiques

- *Les maladies (les altérations) et les précautions qui en découlent.*
- Les effets secondaires de certains médicaments.
- Les activités prévues par la nouvelle loi ainsi que certains soins non invasifs d'assistance.
- Les communautés culturelles.
- *Les rôles parentaux.*
- L'assistance dans la préparation des repas pour les personnes ayant une diète spéciale.
- *La dynamique familiale et les problématiques telles que la négligence, les abus, l'isolement, les personnalités limites, etc.*

La clientèle : l'intervention directe

- *Les techniques d'observation du milieu de vie, du comportement des personnes, des changements de comportement, etc.*
- *La communication verbale, non verbale et écrite, l'écoute active.*
- Les approches à adopter en fonction des caractéristiques des clientèles (déficits cognitifs, problèmes de santé mentale, soins palliatifs, dysphagie et apraxie buccofaciale, comportement perturbateur, déficience physique et intellectuelle, etc.).
- L'approche en milieu de vie.
- L'approche Gineste et Marescotti.
- *L'enseignement à la clientèle, pour les tâches d'entretien ménager et la lessive.*
- *Les méthodes d'intervention en situation d'urgence et en situation de crise.*
- *La prévention des infections.*
- L'entretien du matériel médical qui se trouve à domicile.
- *Pour le gardiennage, les programmes de stimulation et les activités occupationnelles adaptées à des personnes présentant des déficits cognitifs.*
- *Des éléments de santé et sécurité pour les personnes dans leur milieu de vie (capacité physique et mentale) et pour l'auxiliaire familiale et sociale.*

Les attitudes

- *L'autonomie dans le travail, la débrouillardise et l'initiative.*
- *Le respect des personnes, l'empathie et la sollicitude.*
- *Le respect de ses limites sur le plan professionnel et personnel.*
- *L'adaptation aux gens et aux situations.*
- *L'éthique professionnelle.*

3.2.3 Les exigences des employeurs au moment de l'embauche

Pour certains employeurs du réseau de la santé, les éléments apparaissant en 3.2.1 et 3.2.2 sont requis de la part des personnes qui s'orientent vers l'un ou l'autre des métiers en soins d'assistance. À leur avis, tout le monde n'a pas le potentiel, les qualités et la personnalité pour se diriger vers les métiers de préposée et préposé aux bénéficiaires et d'auxiliaire. Ces employeurs souhaitent que le milieu de l'éducation s'ajuste aux besoins du milieu du travail et assure une formation initiale solide et adaptée aux exigences de la réalité sociale.

En gardant à l'esprit la préoccupation constante d'un maintien de la qualité des soins et des services offerts à la clientèle, les employeurs désirent que le personnel en soins d'assistance puisse répondre, dès l'entrée sur le marché du travail, aux besoins des clientèles dans l'ensemble du réseau de la santé et des services sociaux.

À titre d'exemple, voici la liste des éléments considérés au moment d'une rencontre de recrutement. Cette liste nous a été fournie par un établissement de santé.

- Motivations appropriées
- Connaissance des clientèles avec lesquelles elle ou il devra intervenir
- Respect des personnes
- Pouvoir s'adapter et agir adéquatement
- Pouvoir travailler en équipe
- *Pouvoir travailler avec ces clientèles*
- *Pouvoir établir des relations interpersonnelles positives*
- *Être en mesure de communiquer et d'interagir avec ces clientèles*
- *Capacité à analyser et à évaluer*
- *Capacité à organiser et à animer*
- *Avoir le sens des responsabilités*

4 CONSTATS GÉNÉRAUX

4.1 Les métiers

Le travail de la préposée ou du préposé aux bénéficiaires en établissement de santé s'est peu modifié au cours des dernières années. On constate néanmoins un accroissement de la fréquence, de l'intensité et de la durée d'exécution des soins d'hygiène et de confort et des activités liées à la mobilisation et à l'alimentation. On s'attend notamment à une plus grande collaboration des préposés avec l'équipe soignante, à une contribution au maintien de la sécurité des lieux, à l'observation et à la surveillance des usagers et des usagères. On prévoit que leur rôle, centré principalement sur l'application de techniques, s'élargira pour inclure l'accompagnement des personnes. Enfin, les exigences sont et demeureront très élevées en ce qui concerne les attitudes à adopter avec la clientèle.

Le rôle des auxiliaires travaillant à domicile a subi de profondes modifications. Les clientèles à desservir présentent des problématiques de santé de plus en plus complexes et les problèmes sociaux s'aggravent. Les auxiliaires doivent faire preuve d'autonomie et pouvoir faire face seuls à des situations difficiles nécessitant un bon jugement. En outre, on prévoit une plus grande intégration des auxiliaires familiales et sociales et des auxiliaires familiaux et sociaux aux équipes multidisciplinaires, une adaptation des approches utilisées et des soins offerts aux besoins des clientèles et l'ajout d'activités liées à l'application de la *Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé*.

Bien que faisant tous les deux partie de ce qu'il convient d'appeler le personnel d'assistance, les auxiliaires et les préposés exercent, pour l'heure, des métiers distincts. Une part significative des tâches inhérentes à la pratique de chacun des métiers en plus des milieux et des contextes de travail sont différents. Par contre, les auxiliaires et les préposés ont certaines tâches en commun; ils côtoient les mêmes clientèles et partagent un même bagage de connaissances.

4.2 L'emploi

Les établissements du réseau public de santé emploient actuellement 35 215 préposés aux bénéficiaires. La majorité des emplois se trouve dans les CHSGS et dans les CHSLD. Pour l'année 2003, les besoins des établissements de santé se chiffrent à 1 946 préposés. En juin dernier, 1 606 diplômées et diplômés du programme *Assistance aux bénéficiaires en établissement de santé* faisaient leur entrée sur le marché du travail. On peut donc conclure que, pour le moment, il existe un certain équilibre entre les besoins du réseau et le nombre de diplômées et diplômés de la formation professionnelle. Par ailleurs, d'ici l'année 2016, les besoins en main-d'œuvre du ministère de la Santé et des Services sociaux pour ce type d'emploi seront en augmentation constante. On prévoit un taux de croissance de l'ordre de 51 p. 100 des besoins en main-d'œuvre pour ce type d'emploi.

Le nombre d'auxiliaires familiales et sociales travaillant pour le ministère de la Santé et des Services sociaux est aujourd'hui de 3 728. Pour l'année 2003, les besoins du réseau de la santé s'élèvent à 266 auxiliaires. En juin 2003, 558 personnes ont obtenu leur diplôme d'études professionnelles en *Assistance familiale et sociale aux personnes à domicile*. Pour l'année en cours, on constate que le nombre de diplômées et diplômés dépasse les besoins en main-d'œuvre du réseau. D'ici l'année 2016, le ministère de la Santé et des Services sociaux prévoit une croissance de l'ordre de 36,5 p. 100 des besoins en main-d'œuvre pour ce type d'emploi.

4.3 L'offre de formation

Les programmes d'études *Assistance aux bénéficiaires en établissement de santé* et *Assistance familiale et sociale aux personnes à domicile* sont offerts dans les commissions scolaires depuis 1993 et 1994. Aucun ajustement n'a été apporté aux programmes depuis leur mise en application. Des sujets comme le virage ambulatoire, la complexité des problèmes de santé physique, les soins palliatifs, les problèmes de santé mentale, les troubles de comportement, les déficiences intellectuelles et les déficits cognitifs sont peu ou pas abordés actuellement dans les programmes d'études. Cette situation explique en grande partie la nature et l'importance des suggestions formulées par les intervenantes et intervenants du réseau de la santé eu égard à la formation. Par ailleurs, la plupart des personnes rencontrées se disent satisfaites des compétences portant sur les procédés de soins liés à l'hygiène, au confort et à la mobilisation.

4.4 L'adéquation de la formation à l'emploi

L'offre et la demande

Le nombre de commissions scolaires qui offrent le programme *Assistance aux bénéficiaires en établissement de santé* et le nombre de diplômées et diplômés suffisent à combler la quasi-totalité des besoins en main-d'œuvre des établissements, y inclus les besoins de recrutement actuels et futurs.

Le ministère de la Santé et des Services sociaux prévoit des besoins de recrutement constants pour les auxiliaires familiales et sociales et les auxiliaires familiaux et sociaux. Le nombre de commissions scolaires ainsi que le nombre de personnes diplômées du programme *Assistance familiale et sociale aux personnes à domicile* indiquent que les besoins en main-d'œuvre sont largement satisfaits par l'offre de formation actuelle.

Les compétences requises à l'embauche

Les exigences des intervenantes et intervenants du réseau de la santé en ce qui concerne les compétences requises des diplômées et diplômés des programmes d'études sont très élevées. À certains égards, on peut même dire qu'elles sont hors de portée pour des diplômées et diplômés préparés à exercer leur métier selon les exigences à l'entrée sur le marché du travail. Il est primordial d'établir les compétences ainsi que le niveau de performance que l'on peut, de façon réaliste, atteindre en formation initiale.

Les programmes d'études

Malgré le nombre et l'importance des suggestions apportées par les partenaires du réseau de la santé, nous croyons qu'il n'y a pas lieu d'augmenter la durée de formation de l'un ou l'autre programme. Une analyse rigoureuse des besoins, l'établissement de priorités et un examen critique des programmes actuels devraient garantir la qualité de l'offre de formation.

L'hypothèse voulant qu'il existe un ensemble de compétences communes aux deux métiers nous semble fondée. La confirmation d'une telle hypothèse nécessitera toutefois que l'on possède une information précise, complète et détaillée de l'exercice actuel et futur des métiers en cause. La tenue d'ateliers d'analyse de la situation de travail, selon la formule habituelle ou modifiée, nous semble incontournable.

Enfin, à la suite de la mise à jour des programmes, on devra procéder à un suivi à l'implantation auprès des commissions scolaires et fournir le soutien nécessaire pour assurer la qualité et la comparabilité de la formation à l'échelle provinciale et augmenter le taux de délivrance des diplômes.

Les formations de courte durée

Les intervenantes et intervenants du ministère de la Santé et des Services sociaux convient le ministère de l'Éducation à réfléchir à différents moyens de contrer ou de baliser clairement les formations de courte durée offertes aux personnes désireuses de travailler comme préposées aux bénéficiaires ou auxiliaires familiales et sociales.

BIBLIOGRAPHIE

ASSOCIATION DES CLSC ET DES CHSLD DU QUÉBEC, *Avis sur les activités de soins à confier aux auxiliaires familiales et sociales des CLSC et des centres de santé*. Mars 2001.

ASSOCIATION DES CLSC ET DES CHSLD DU QUÉBEC, *L'utilisateur et sa famille : au cœur de nos préoccupations. Les besoins futurs en soins infirmiers et en soins d'assistance : adaptation de la main-d'œuvre*. Février 2000.

ASSOCIATION DES HÔPITAUX DU QUÉBEC, *Identification des compétences requises par les infirmières et le personnel d'assistance en fonction des besoins des clientèles du réseau de la santé et des services sociaux*. Mars 1999.

ORDRE PROFESSIONNEL DES INFIRMIÈRES ET INFIRMIERS DU QUÉBEC, *Guide d'application de la Loi sur les infirmières et les infirmiers et de la Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé*. Avril 2003.

OFFICE DES PROFESSIONS DU QUÉBEC, *Cahier explicatif de la Loi 90*, 2003.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, DIRECTION GÉNÉRALE DES POLITIQUES DE LA MAIN-D'ŒUVRE. *Planification de la main-d'œuvre en soins infirmiers*, Service de la planification et du développement de la main-d'œuvre, septembre 2002.

MINISTÈRE DE L'ÉDUCATION, DIRECTION DE LA FORMATION PROFESSIONNELLE ET TECHNIQUE. *Assistance aux bénéficiaires en établissement de santé, Rapport d'analyse de situation de travail*, Québec 1990, 27 p.

MINISTÈRE DE L'ÉDUCATION, DIRECTION DE LA FORMATION PROFESSIONNELLE ET TECHNIQUE. *Assistance familiale et sociale aux personnes à domicile, Rapport d'analyse de situation de travail*, Québec 1990, 25 p.

MINISTÈRE DE L'ÉDUCATION, DIRECTION DE LA FORMATION PROFESSIONNELLE ET TECHNIQUE. *Étude préliminaire, Soins de la santé*, 1996.

MINISTÈRE DE L'ÉDUCATION, *Guide des études professionnelles et techniques au secondaire et au collégial*, Québec 2002-2003.

MINISTÈRE DE L'ÉDUCATION, *Relance au secondaire en formation professionnelle. Données sur l'intégration sur le marché du travail de 1996 à 2002 de personnes diplômées*, Direction générale des programmes et du développement, 2003.

