

planification de la main-d'œuvre



*dans le secteur des services
préhospitaliers d'urgence*

planification de la main-d'œuvre



*dans le secteur des services
préhospitaliers d'urgence*

Édition : **Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux**

Pour obtenir un exemplaire de ce document, faites parvenir votre commande par télécopieur : **(418) 644-4574**

par courriel : **communications@msss.gouv.qc.ca**

ou par la poste : **Ministère de la Santé et des Services sociaux
Direction des communications
1075, chemin Sainte-Foy, 16^e étage
Québec (Québec) G1S 2M1**

Ce 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, 2002
Bibliothèque nationale du Canada, 2002
ISBN 2-550-40022-4

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

© Gouvernement du Québec

TABLE DES MATIÈRES

FAITS SAILLANTS.....	5
INTRODUCTION.....	7
MANDAT DU GROUPE DE TRAVAIL	8
DÉMARCHE MÉTHODOLOGIQUE	8
COMPOSITION DU GROUPE DE TRAVAIL	10
CHAPITRE 1 – ÉTUDE DE CADRAGE	11
1.1 CADRE RÉGLEMENTAIRE.....	13
1.2 ORGANISATION DES SERVICES PRÉHOSPITALIERS D'URGENCE	15
1.3 RÔLE ET RESPONSABILITÉS DES TECHNICIENS AMBULANCIERS	18
1.4 ÉVOLUTION DE LA PROFESSION	19
1.5 FORMATION	22
1.6 BESOINS DE MAIN-D'ŒUVRE.....	28
1.7 CONVENTIONS COLLECTIVES.....	28
1.8 NOUVELLES PRESSIONS SUR LES BESOINS DE MAIN-D'ŒUVRE	29
1.9 CONCLUSION	29
CHAPITRE 2 – OFFRE DE MAIN-D'ŒUVRE	31
2.1 EFFECTIF EN EMPLOI	33
2.2 EFFECTIF DISPONIBLE	34
2.3 PÉNURIE INITIALE.....	34
2.4 BESOINS DE REMPLACEMENT.....	35
CHAPITRE 3 – PROJECTION DE L'ATTRITION	37
CHAPITRE 4 – ESTIMATION DES BESOINS DE MAIN-D'ŒUVRE ET DU RECRUTEMENT	41
4.1 INDICE D'ÉVOLUTION DES BESOINS.....	43
4.2 PERSPECTIVES DE DÉVELOPPEMENT	44
CHAPITRE 5 – COMPARAISON ENTRE LES BESOINS DE RECRUTEMENT ET LE NOMBRE DE NOUVEAUX DIPLÔMÉS.....	45
PLAN D'ACTION	49
ANNEXE 1 – DESCRIPTION DU SYSTÈME DE MONITORAGE	65
ANNEXE 2 – STATISTIQUES SUR LA FORMATION DE BASE DÉTENUE PAR DES TECHNICIENS AMBULANCIERS AU QUÉBEC.....	79

FAITS SAILLANTS

Les services préhospitaliers d'urgence constituent un secteur d'activité relativement jeune. Ce secteur est en constante évolution. Les tâches dévolues aux techniciens ambulanciers se sont enrichies au fil des ans, de même que les besoins de formation qui y sont associés. L'organisation des services s'est aussi transformée pour répondre, dans un délai raisonnable, à une population répartie sur un très vaste territoire.

Le programme actuel d'études collégiales en techniques ambulancières d'une durée de 840 heures, sanctionné par une attestation d'études collégiales (AEC), est remis en question par plusieurs intervenants qui préconisent plutôt un diplôme d'études collégiales (DEC). Une étude est présentement en cours au ministère de l'Éducation pour déterminer le niveau requis de formation.

Le Québec dispose d'un effectif de plus de 3 100 techniciens ambulanciers. Les travaux réalisés indiquent qu'il n'y a pas de pénurie de main-d'œuvre. Le secteur serait plutôt en situation d'équilibre, précaire dans certaines régions, et caractéristique d'un marché de plein emploi qui laisse peu de marge de manœuvre à certains employeurs, en particulier pour les remplacements temporaires.

Le plan d'action présenté dans le rapport comprend un ensemble de recommandations visant :

- à former une relève suffisante de techniciens ambulanciers pour répondre à des besoins de recrutement évalués annuellement à 220 candidats ;
- à assurer la pérennité du financement des programmes de formation ;
- à uniformiser les programmes de formation et les critères d'admission exigés par les établissements d'enseignement ;
- à assurer une formation répondant aux besoins et aux exigences du marché du travail ;
- à réduire la précarité de l'emploi, à maximiser la stabilité des équipes et à encourager une meilleure utilisation du personnel occasionnel ;
- à favoriser un meilleur maintien des effectifs dans la profession ;
- à mettre en place un mécanisme de suivi.

Le processus de planification de main-d'œuvre doit être continu afin que nous puissions mettre à jour les prévisions à l'aide des données les plus récentes, valider les hypothèses avancées, adapter les prévisions à l'évolution du secteur d'activité et corriger le plan d'action en conséquence.

Si de nouvelles orientations concernant les transports interétablissements non urgents, l'organisation du travail ou le niveau de la formation étaient retenues, elles devront être prises en considération dans le cadre du suivi car elles pourraient modifier plus ou moins significativement la valeur des divers paramètres ayant servi à réaliser la projection des besoins de recrutement.

MANDAT DU GROUPE DE TRAVAIL

Le mandat du Groupe de travail consiste à mettre en commun les expertises, les préoccupations et les informations reliées à la planification de l'effectif travaillant dans le secteur des services préhospitaliers d'urgence et à proposer un plan d'action s'appuyant sur une vision commune de la nature des problèmes et des solutions qu'ils commandent.

DÉMARCHE MÉTHODOLOGIQUE

Afin de réaliser le mandat, le Ministère a proposé une démarche méthodologique qu'il a mis au point pour l'ensemble des emplois cliniques du réseau de la santé et des services sociaux. La description détaillée de ce système est présentée à l'annexe 1. Les membres du Groupe de travail ont adhéré à cette démarche.

Afin d'établir le diagnostic quantitatif, le Groupe de travail est appelé essentiellement :

- à établir l'effectif en emploi ;
- à établir une projection des besoins de recrutement (attrition et évolution des besoins) ;
- à établir une projection des nouveaux diplômés disponibles pour l'emploi ;
- à évaluer l'écart entre ces deux projections ;
- à proposer les mesures requises pour atteindre l'équilibre entre l'offre et la demande de main-d'œuvre.

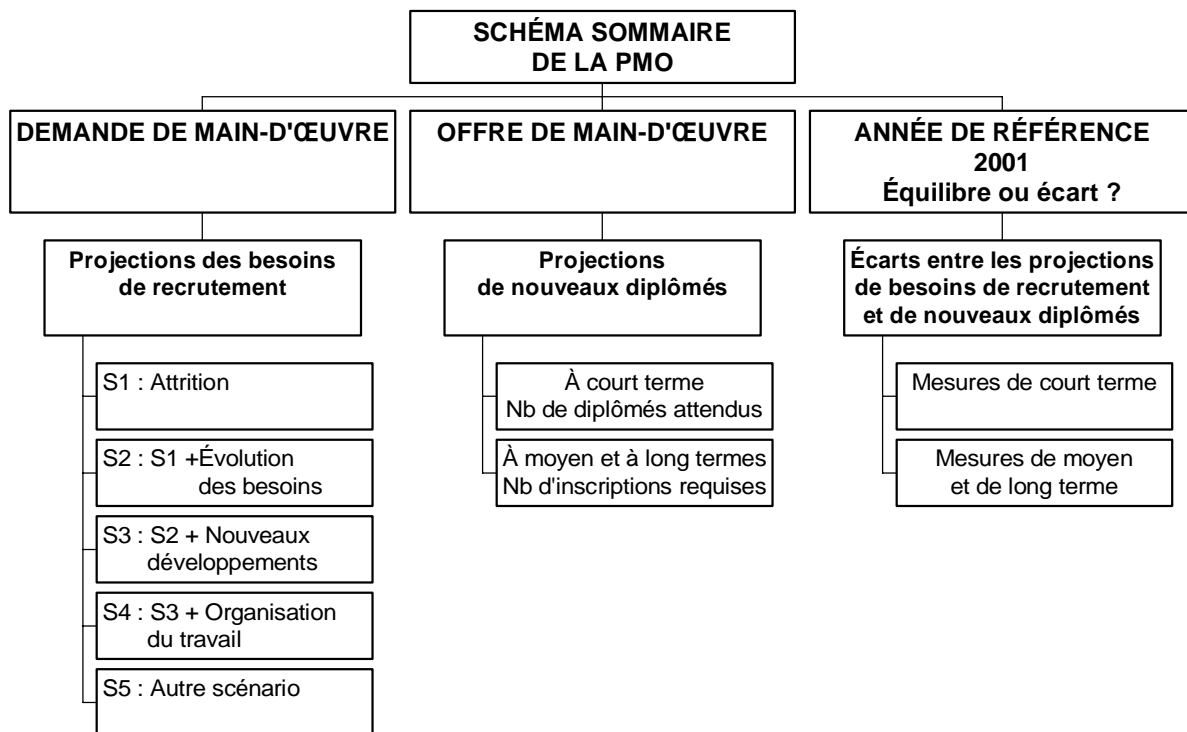
La projection des besoins de recrutement nécessite :

- de convenir de l'année de départ de la projection ;
- d'évaluer l'attrition des effectifs actuels pour cause de retraite, de décès et de cessation d'emploi ;
- de prévoir l'évolution des besoins de main-d'œuvre en considérant notamment les effets du vieillissement et de l'augmentation de la population ;
- de prévoir, si possible, les répercussions de l'organisation de travail sur les ressources et les compétences requises.

L'observation des écarts annuels entre les besoins de recrutement (remplacement des départs et croissance des services) et le nombre de diplômés attendus et disponibles donne la mesure des surplus et des déficits prévus.

Le deuxième volet du rapport, le plan d'action, résume les mesures qui devront être prises à court, moyen et long terme pour répondre aux besoins. Il indique les organismes responsables et leurs collaborateurs, le cas échéant, et donne un aperçu de l'échéancier de réalisation. Le plan d'action peut être ajusté à la lumière des diagnostics qui pourront être eux-mêmes reformulés à la suite de la mise à jour de nouveaux paramètres dans le cadre du processus dynamique de planification.

Le schéma suivant résume la démarche.



Le Groupe de travail est aussi appelé à établir le niveau de compétences requises pour exercer la profession de technicien ambulancier et à convenir de stratégies de développement, le cas échéant. Cet aspect qui permet de jeter un regard qualitatif sur la profession sera évalué par l'entremise du plan d'action établi en collaboration avec le ministère de l'Éducation.

COMPOSITION DU GROUPE DE TRAVAIL

Le Groupe de travail est constitué de représentants des syndicats concernés, des associations d'employeurs, des régies régionales, d'Emploi Québec, du ministère de l'Éducation et du ministère de la Santé et des Services sociaux.

GROUPE DE TRAVAIL SUR LA PLANIFICATION DE LA MAIN-D'ŒUVRE DANS LE SECTEUR DES SERVICES PRÉHOSPITALIERS D'URGENCE

Organismes	Représentants
Association des propriétaires ambulanciers régionaux (APAR)	Jean-Paul Guillemette
Association des services d'ambulance du Québec (ASAQ)	Denis Perrault
Corporation des services d'ambulance du Québec (CSAQ)	Gilles Ricard
Corporation d'Urgences-santé de la région de Montréal métropolitain (CU-S)	Pierre Gingras
Fédération de la santé et des services sociaux (FSSS-CSN)	Jeff Begley André Lavoie André Létourneau
Syndicat québécois des employés de service, section locale 298 (FTQ)	Raymond Boucher Mario Harvey
Travailleurs ambulanciers syndiqués de Beauce inc. (TASBI)	Claude Lachance Étienne Saint-Amand
Régies régionales de la santé et des services sociaux (RRSSS)	Jean-Marc Breton*
Emploi Québec	Yves Larocque
Ministère de l'Éducation (MEQ)	Jean-Pierre Fons
Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS)	Claire Bogiaris Denis Gagnon Brigitte Laflamme Daniel Lefrançois Gilles Saint-Georges

* A remplacé M. Louis Massé à compter de janvier 2002.

INTRODUCTION

En décembre 2000, le Comité national sur la révision des services préhospitaliers d'urgence, présidé par M. André Dicaire, remettait son rapport à la ministre de la Santé et des Services sociaux, Mme Pauline Marois. Ce rapport donnait suite au mandat confié, lequel consistait « *d'une part, à concevoir un système préhospitalier d'urgence s'appuyant sur un réseau de services efficace et efficient permettant d'offrir à la population du Québec des soins préhospitaliers de qualité au meilleur coût possible et, d'autre part, à proposer un plan de mise en œuvre¹* ».

Une des recommandations formulées dans le rapport portait sur la nécessité de réaliser un « *plan de main-d'œuvre national sous la responsabilité du ministère de la Santé et des Services sociaux, en collaboration avec le ministère de l'Éducation, et l'ensemble des partenaires impliqués dans le secteur préhospitalier d'urgence²* ».

La recommandation visait plus particulièrement la main-d'œuvre ambulancière, bien que le secteur des services préhospitaliers d'urgence fasse également appel à des répartiteurs et à des préposés aux appels.

Dans le but de donner suite à la recommandation du Comité national sur la révision des services préhospitaliers d'urgence, le ministère de la Santé et des Services sociaux a entrepris des travaux qui ont été placés sous la responsabilité conjointe de la Direction générale des politiques de main-d'œuvre et de la Direction générale des services à la population.

Le Ministère a proposé une démarche méthodologique en vue d'établir un diagnostic quantitatif et qualitatif des besoins d'effectifs. L'étape du diagnostic comprend d'abord une projection des besoins de recrutement pour combler les départs par attrition et des besoins pour assurer le développement des services, ensuite une appréciation de l'écart entre les besoins de recrutement et les diplômés disponibles. Le Groupe de travail soumet par la suite ses recommandations sous forme d'un plan d'action applicable à l'ensemble de la profession.

Le diagnostic, de même que les mesures prévues au plan d'action, feront l'objet d'un suivi annuel visant à mettre à jour les variables et les hypothèses inhérentes au modèle de projection utilisé et à évaluer la progression de la mise en œuvre des mesures recommandées.

1. Ministère de la Santé et des Services sociaux, Comité national sur la révision des services préhospitaliers d'urgence, *Urgences préhospitalières : un système à mettre en place*, décembre 2000, 314 p.
2. *Ibid.*

*planification de la main-d'œuvre
dans le secteur des services
préhospitaliers d'urgence*



Étude de cadrage

CHAPITRE 1 – ÉTUDE DE CADRAGE

Avant d'aborder l'analyse prévisionnelle proprement dite des besoins de main-d'œuvre, certaines informations de base concernant l'environnement du secteur ambulancier doivent être rappelées.

1.1 CADRE RÉGLEMENTAIRE

Le secteur des services préhospitaliers d'urgence au Québec est actuellement régi par deux lois principales, la Loi sur les laboratoires médicaux, la conservation des organes, des tissus, des gamètes et des embryons, les services ambulanciers et la disposition des cadavres (L.R.Q., c. P-35) et la Loi sur les services de santé et les services sociaux pour les autochtones cris (L.R.Q., c. S-5).

La Loi sur les laboratoires médicaux, la conservation des organes, des tissus, des gamètes et des embryons, les services ambulanciers et la disposition des cadavres précise les responsabilités dévolues au ministre de la Santé et des Services sociaux en matière de services d'ambulance. Elle prévoit notamment les pouvoirs de réglementation que le ministre peut exercer en cette matière, dont :

- la détermination des zones de services d'ambulance et de normes permettant de fixer le nombre maximal d'ambulances par zone ;
- la détermination des normes relatives à la qualification du personnel et des normes d'équipement, de fonctionnement, d'inspection et d'exploitation des services d'ambulance, de même que les conditions et modalités auxquelles est assujettie toute personne qui sollicite un permis d'exploitation de services d'ambulance.

Ces pouvoirs ont été délégués aux régies régionales. Préalablement à cette délégation, un règlement a été adopté par le gouvernement (Règlement d'application de la loi sur la protection de la santé publique), lequel concerne les pouvoirs réglementaires mentionnés ci-dessus. Ce règlement prévoit, entre autres, des conditions et modalités auxquelles est assujettie une personne qui sollicite un permis d'exploitation de services d'ambulance, des normes d'équipement, d'exploitation et de fonctionnement pour les services d'ambulance, de même que certaines dispositions relatives à la qualité du personnel en place.

De plus, la Loi médicale (L.R.Q., c. M-9) est également pertinente car elle définit ce qu'est un acte médical ; la définition, de portée très générale, englobe plusieurs actions que posent quotidiennement les techniciens ambulanciers. Cette loi précise le pouvoir réglementaire, dévolu au Collège des médecins du Québec et sujet à l'approbation du gouvernement, permettant de déléguer certains actes médicaux à des classes de personnes autres que des médecins.

Par ailleurs, le ministère de la Santé et des Services sociaux a déposé le 7 mai 2002 le projet de loi n° 96 intitulé : Loi sur les services préhospitaliers d'urgence et modifiant diverses dispositions législatives. Les notes explicatives qui accompagnent ce projet de loi stipulent³ :

« Ce projet de loi propose un nouveau modèle d'organisation des services préhospitaliers d'urgence au Québec. Il identifie les services à mettre en place, les différents acteurs de cette organisation et précise les droits, rôles et responsabilités de chacun, que ce soit au niveau national, régional ou local.

Au niveau national, le projet de loi définit les rôles et responsabilités du ministre et du directeur médical national des services préhospitaliers d'urgence. Le ministre aura notamment pour fonctions de déterminer les grandes orientations en matière de services préhospitaliers d'urgence et de définir les niveaux de compétence requis des acteurs de cette organisation. Le directeur médical national devra conseiller le ministre sur l'aspect médical des services préhospitaliers d'urgence et, entre autres, établir les orientations nationales en matière de qualité de soins.

Au niveau régional, la régie régionale devra principalement établir les priorités en matière de services préhospitaliers d'urgence dans le cadre de l'élaboration de son plan stratégique triennal d'organisation de services. Pour ce faire, elle devra notamment déterminer le modèle d'organisation des services préhospitaliers d'urgence qui sont offerts dans sa région de même que les effectifs qui y sont affectés.

C'est également la régie régionale qui aura pour fonctions de délivrer les permis d'exploitation des services ambulanciers, de dresser et maintenir à jour une liste de tous les premiers répondants qui pourront agir conformément à la loi et de conclure un contrat de services avec les titulaires de permis d'exploitation de services ambulanciers.

De plus, le projet de loi prévoit que chaque régie régionale devra désigner un directeur médical régional des services préhospitaliers d'urgence qui devra, entre autres, contrôler et apprécier la qualité des actes posés par le personnel d'intervention des services préhospitaliers d'urgence et assurer que soient fournis les services nécessaires au maintien des compétences de ce personnel.

Le projet de loi prévoit également la mise sur pied de centres de communication santé dont le nombre et les régions qu'ils desservent sont déterminés par le ministre. Il indique qu'un tel centre doit être une personne morale constituée à des fins non lucratives, détermine la composition de son conseil d'administration et en prévoit ses fonctions.

Au niveau local, le projet de loi prévoit la présence de services de premiers répondants et de services ambulanciers. Le projet définit les rôles et responsabilités des premiers répondants et des techniciens ambulanciers et prévoit les conditions nécessaires pour agir à l'un de ces titres dans le cadre de l'organisation des services préhospitaliers d'urgence. Il prévoit aussi qu'un permis est nécessaire pour exploiter un service ambulancier, les conditions pour que la régie régionale puisse suspendre, révoquer ou refuser de renouveler un tel permis de même que les responsabilités et les obligations du titulaire d'un tel permis.

Le projet de loi prévoit, par ailleurs, des dispositions particulières applicables à la Corporation d'Urgences-santé. Il précise que cette personne morale exercera, pour les territoires des régies régionales de Montréal-Centre et de Laval, les fonctions autrement dévolues à une régie régionale, à un centre de communication santé de même qu'à un service ambulancier.

Enfin, le projet de loi comporte des modifications de concordance de même que des dispositions transitoires. »

3. Source : www.assnat.qc.ca/fra/publications/projets-loi/publics/02-f096.htm

1.2 ORGANISATION DES SERVICES PRÉHOSPITALIERS D'URGENCE

Le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) assume le leadership dans le secteur des soins préhospitaliers d'urgence. Il veille à la réalisation de la mission du système préhospitalier dans un souci d'accessibilité et de continuité des services, de qualité et d'efficacité des ressources. Il s'assure, en collaboration avec les régies régionales, la Corporation d'Urgences-santé et les différents partenaires concernés, de la planification, de la mise en place, de la coordination et de l'évaluation des services dans une perspective de reddition de comptes.

Les régies régionales sont responsables notamment de l'encadrement clinique des ressources ambulancières. Les régies octroient des permis de services d'ambulance aux entreprises ambulancières de leurs territoires respectifs et signent des contrats de services avec chacune d'entre elles.

Cinq types d'entreprises ambulancières sont en activité au Québec :

- des entreprises privées ;
- des coopératives ambulancières ;
- des corporations à but non lucratif ;
- des corporations ambulancières municipales ;
- une corporation publique, Urgences-santé⁴.

Dans l'ensemble des régions desservies, le rôle des entreprises ambulancières se définit comme suit :

- assurer la disponibilité des ressources dans chacune des zones dont elles ont la responsabilité, conformément aux modalités de fonctionnement prévues dans les contrats de services ;
- assurer, par l'entremise d'un centre de coordination des appels, une réponse appropriée aux demandes des personnes et des établissements en matière de transport ambulancier ;
- donner aux personnes les soins que requiert leur état, conformément aux protocoles d'intervention clinique, et assurer leur transport au centre hospitalier receveur ;
- assurer la gestion des ressources humaines, matérielles et financières nécessaires à l'offre de services préhospitaliers déterminée par la régie régionale et le MSSS ;
- rendre compte de la qualité des services donnés, ainsi que des coûts afférents, conformément aux ressources et aux budgets alloués.

4. En plus d'être une entreprise ambulancière, Urgences-santé voit à la planification et à l'organisation des services sur son territoire, rôle qui, à l'extérieur des régions de Montréal-Centre et de Laval, est dévolu aux régies régionales.

L'exploitation d'un service d'ambulance est soumise à deux conditions : détenir un permis délivré à cette fin et conclure un contrat de services avec la régie régionale. Ces contrats définissent notamment les territoires, communément appelés zones, devant être desservis par l'entreprise.

La notion de zone a été introduite en 1977 afin d'assurer la présence d'ambulances sur tout le territoire québécois habité et de favoriser une réponse rapide dans des conditions normales de circulation routière.

Le tableau suivant présente les données en matière de zones ambulancières ainsi que le nombre d'ambulances par région sociosanitaire.

Tableau 1
Nombre de zones ambulancières et nombre d'ambulances
par région sociosanitaire au Québec
1999

Régions sociosanitaires	Population par région	Nombre de zones	Nombre d'ambulances
01 – Bas-Saint-Laurent	206 591	17	32
02 – Saguenay – Lac-Saint-Jean	289 696	13	23
03 – Québec	645 156	18	37
04 – Mauricie et Centre-du-Québec	486 342	18	44
05 – Estrie	288 599	14	24
07 – Outaouais	318 771	13	26
08 – Abitibi-Témiscamingue	156 039	13	17
09 – Côte-Nord	103 735	12	20
10 – Nord-du-Québec	39 304	4	5
11 – Gaspésie – Îles-de-la-Madeleine	103 799	12	26
12 – Chaudière-Appalaches	390 131	19	33
14 – Lanaudière	396 656	10	30
15 – Laurentides	463 091	14	35
16 – Montérégie	1 311 493	24	74
18 – Terres-Cries-de-la-Baie-James	11 370	3	3
Total des régions	5 210 773	204	429
06 et 13 Montréal-Centre et Laval (Urgences-Santé)	2 145 987	s/o	120
Grand Total	7 356 760		549

Sources : Les données de population proviennent de l'Institut de la statistique du Québec (1999). La donnée démographique pour la région 18 (Terres-Cries-de-la-Baie-James) est datée de 1996. Les données sur les zones et le nombre d'ambulances proviennent d'un recensement et d'une validation effectués auprès des régies régionales en janvier 1999.

LES HORAIRES DE TRAVAIL

Chaque ambulance doit avoir à son bord deux techniciens ambulanciers. Ces derniers travaillent selon des horaires prédéterminés par la régie régionale de leur secteur.

En 1989, le Ministère décida de stabiliser la main-d'œuvre ambulancière en créant différents types d'horaire de travail et en garantissant un salaire équivalant à 37,5 heures/semaine pour les employés à temps complet. Les différents types d'horaire pour les techniciens ambulanciers sont : les horaires constitués de quarts journaliers de travail rémunérés à l'heure (8, 9, 10 ou 12 heures) et les horaires de faction, notamment le 7/14 et le 8/14.

À titre d'exemple, l'horaire **7/14** signifie 7 jours de faction sur 14 jours. Les techniciens ambulanciers sont en faction 24 heures sur 24 pendant 7 jours, puis sont en récupération 7 jours. Ils sont donc en devoir pendant 168 heures sur une période de 14 jours (192 heures dans le cas d'un horaire 8/14).

La majorité des horaires de travail rémunérés à l'heure sont constitués de quarts de 8 heures ou de 12 heures par jour. Le quart de 12 heures se retrouve surtout dans les milieux urbains et semi-urbains. Il existe aussi des quarts de 9 heures, qui se retrouvent surtout à Montréal où les techniciens ambulanciers sont rémunérés à l'heure. Ces quarts consistent en 21 jours de travail sur une période de 35 jours. Les policiers de Montréal ont ce type d'horaire, mais avec des rotations jour/soir/nuit. Les horaires des techniciens ambulanciers ne comportent pas de rotations.

Les horaires de 8 heures sont identiques à ceux ayant cours dans le milieu de la santé : 5 jours/semaine et 1 fin de semaine de travail sur deux, sauf en de rares exceptions où les techniciens ambulanciers ne travaillent aucune fin de semaine.

NATURE DES POSTES OFFERTS

Les postes offerts sont des emplois à temps complet et à temps partiel. Les statistiques de l'année 2000 colligées à partir des données du régime de retraite des techniciens ambulanciers permettent d'estimer que près de 70 % des techniciens ambulanciers qui débutent dans la profession ont réalisé une prestation de travail mesurée en équivalent temps plein (ETP) d'au moins 60 %. Selon la même source de données, plus de 80 % de l'ensemble des cotisants au régime avaient un ETP de 60 % et plus.

Il est admis qu'un technicien ambulancier jouit de bonnes conditions salariales. Au 1^{er} janvier 2002, l'échelle salariale horaire compte 12 échelons variant entre 15,77 \$ et 22 \$.

PRISE D'APPEL ET RÉPARTITION DES APPELS

Jusqu'à récemment, les services ambulanciers étaient responsables de leurs propres réceptions et répartitions des appels d'ambulance. Depuis que le CRTC a autorisé les

compagnies de téléphone à développer le service 9-1-1 à la grandeur de la province et à en facturer les frais au citoyen, la prise d'appels et la répartition des ambulances peuvent plus facilement être regroupées dans des centrales d'appels. Certaines entreprises ambulancières ont déjà commencé ce genre de regroupement, mais de façon locale. Récemment, le ministre de la Santé et des Services sociaux annonçait la reconnaissance de territoires géographiques des futurs centres de communication santé sous la responsabilité des régies régionales mandataires :

- Montréal et Laval (Urgences-santé) ;
- Québec (Centrale de coordination de Québec) et Saguenay–Lac-Saint-Jean et Nord-du-Québec ;
- Bas-Saint-Laurent-Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine et Côte-Nord ;
- Chaudière-Appalaches (CAUCA) ;
- Mauricie-Centre-du-Québec et Estrie ;
- Montérégie (Alerte santé) ;
- Laurentides-Lanaudière ;
- Abitibi-Outaouais.

Ces centres de communication santé ont pour objectif d'augmenter la performance du système en diminuant le temps de traitement des appels et en utilisant un système de standardisation qui permet une utilisation optimale de la flotte ambulancière. Pour réaliser ces objectifs, les centres misent sur un système de traitement des appels appelé système médicalisé de prise d'appels urgents (système Clawson), lequel facilite la tenue des statistiques sur le volume d'appels, sur les différents temps de réponse de même que sur la nature de la demande venant de la communauté.

Lorsque le citoyen communique avec le service 9-1-1 dans le but d'obtenir des services de soins d'urgence par l'entremise des services ambulanciers, le centre 9-1-1 bascule sa demande au centre de communication santé. Après une vérification de l'adresse et, lorsque nécessaire, une évaluation de la nature de la demande, un répartiteur affecte un véhicule et transmet les détails pertinents relatifs à la demande de l'appelant. De plus, lorsque la nature de la demande le nécessite et qu'un service de premiers répondants est offert, quelqu'un pourra être dépêché sur les lieux afin de réduire les délais d'intervention. Enfin, le répartiteur informera les techniciens ambulanciers si l'état de la personne se détériore avant leur arrivée et pourra même donner des conseils à l'appelant en suivant un protocole préétabli.

1.3 RÔLE ET RESPONSABILITÉS DES TECHNICIENS AMBULANCIERS

Le technicien ambulancier est un intervenant de première ligne désigné pour faire face aux situations d'urgences médicales, traumatiques, psychologiques et sociales. Le rôle du technicien ambulancier consiste à administrer au bénéficiaire les soins que requiert son état en fonction des protocoles d'interventions cliniques établis, et à le transporter de façon sécuritaire vers l'établissement le plus rapproché ou le plus approprié.

Actuellement, toute personne qui agit à titre de technicien ambulancier au Québec doit avoir en sa possession une carte d'identification et une carte d'attestation de conformité émises par les régies régionales de la santé et des services sociaux ou par la Corporation d'Urgences-santé, le cas échéant.

Les cartes d'identification et d'attestation de conformité sont valides pour une période de deux ans et peuvent être renouvelées à une date d'échéance établie par la régie régionale ou par la Corporation d'Urgences-santé, le cas échéant.

Les conditions d'admissibilité pour l'émission de ces cartes sont :

- être titulaire d'une attestation d'études collégiales (AEC) en techniques ambulancières reconnue par le ministère de l'Éducation du Québec ;
- avoir réussi les épreuves théoriques et pratiques des cinq cours de formation obligatoire exigés par le ministère de la Santé et des Services sociaux et par la régie régionale du territoire où la personne désire travailler à titre de technicien ambulancier ou par la Corporation d'Urgences-santé, le cas échéant.

1.4 ÉVOLUTION DE LA PROFESSION

En 1958 fut établi le premier service ambulancier d'urgence exploité gratuitement par le Service de police de la Ville de Montréal. En 1966, la Ville de Sainte-Foy créait à son tour son service ambulancier.

En 1972, la première législation traitant des services ambulanciers est adoptée, soit la Loi sur la protection de la santé publique. En 1978, un service de soins préhospitaliers d'urgence et de visite de médecins à domicile voit le jour sous le nom de Télé-Médecin. Cette entreprise mit fin à ses activités en 1981. Ce type de services de soins préhospitaliers d'urgence évoluera par la suite en conservant une intervention médicale assistée de techniciens ambulanciers et dotée d'une réception et d'une répartition des appels.

En 1983, le Québec assiste à une syndicalisation importante des techniciens ambulanciers, dont la majorité sont de la région de Montréal. Cette syndicalisation a contribué notamment à l'amélioration des conditions de travail et à une révision du système préhospitalier qui en a accru l'efficacité.

Les techniciens ambulanciers du Québec ne font pas partie d'un ordre professionnel. Une demande a été déposée à l'Office des professions du Québec en 1995. Cette demande est toujours à l'étude, l'Office ayant différé sa décision après une analyse des facteurs à considérer, en vertu de l'article 25 du Code des professions, pour la constitution d'un ordre professionnel pour les techniciens ambulanciers, et après consultation du ministère de la Santé et des Services sociaux, notamment.

Deux facteurs contextuels sont susceptibles de modifier la situation de la profession ambulancière dans l'avenir :

- l'évolution de l'organisation des services préhospitaliers d'urgence à la suite de modifications du cadre légal et réglementaire ;
- l'évolution du système professionnel du Québec dans la foulée du rapport d'étape du Groupe de travail ministériel sur les professions de la santé et des relations humaines⁵. Ce rapport fait état d'une vision renouvelée du système professionnel, dont une tendance au partage des actes qui étaient auparavant réservés exclusivement à certains ordres professionnels.

Par ailleurs, une évolution de la profession, basée sur les qualifications requises et les pratiques professionnelles, peut être favorisée par deux mécanismes :

- l'étude, la reconnaissance et l'adaptation des pratiques qui se sont développées à l'extérieur du Québec ;
- l'expérimentation, au Québec, de nouvelles pratiques à travers les projets pilotes.

Ces mécanismes influenceront l'évolution des programmes de formation.

L'EXPÉRIENCE CANADIENNE

En juin 2001, une démarche chapeautée par la Paramedic Association of Canada a permis d'établir un consensus autour de certains niveaux de compétence correspondant à la pratique ambulancière pour l'ensemble du territoire canadien (exception faite du Québec). La démarche a permis de définir quatre niveaux de compétence précis qui correspondent également à certains niveaux d'intervention :

- Emergency Medical Responder ;
- Primary Care Paramedic ;
- Advanced Care Paramedic ;
- Critical Care Paramedic.

Ces niveaux de compétence et de soins ne trouvent pas de correspondance parfaite avec la situation prévalant actuellement au Québec.

Nous retrouvons cependant ici le premier niveau « **Emergency Medical Responder** » qui, en gros, s'inscrit dans la pratique projetée pour les premiers répondants.

5. OFFICE DES PROFESSIONS DU QUÉBEC, *Une vision renouvelée du système professionnel en santé et en relations humaines*, rapport d'étape du Groupe de travail ministériel sur les professions de la santé et des relations humaines, novembre 2001, 441 p.

Le volet « **Primary Care Paramedic** » se rapproche du type d'interventions et de compétences recherchées actuellement pour les techniciens ambulanciers auquel se grefferait le programme dit des cinq médicaments.

Les **pratiques avancées** sont présentement à l'étude au Québec et font partie intégrante d'un projet pilote élaboré par Urgences-santé.

Enfin, le niveau de **soins critiques** est présent dans le cadre du programme d'évacuation aéromédicale.

PROTOCOLES D'INTERVENTIONS CLINIQUES ET PROJETS PILOTES

Les interventions des techniciens ambulanciers s'appuient sur des protocoles d'intervention clinique préétablis. Ces protocoles encadrent l'exercice de la profession et respectent les orientations établies par le Collège des médecins du Québec. En effet, les tâches effectuées par les techniciens ambulanciers, dont la défibrillation cardiaque et l'installation du Combitube®, représentent une dérogation tolérée à la Loi médicale. Un processus de révision de cette loi est en cours.

L'introduction d'appareils plus spécialisés, tels que les **moniteurs-défibrillateurs semi-automatiques**, au spectre des interventions des techniciens ambulanciers, remonte à 1992, au moment du projet pilote touchant l'utilisation des moniteurs-défibrillateurs semi-automatiques en Montérégie (projet MDSA). Auparavant, cette pratique à l'intérieur des services préhospitaliers québécois était réservée exclusivement aux médecins de la Corporation d'Urgences-santé.

Le projet MDSA a été autorisé par le Collège des médecins sous réserve des conditions et des règles établies garantissant un encadrement médical adéquat confié au coordonnateur médical régional. Le rapport d'évaluation du projet a démontré la pertinence d'utiliser ce type d'appareil. Aujourd'hui, les techniciens ambulanciers les utilisent dans l'ensemble de la province.

En 1993, un second projet pilote, sous réserve des mêmes conditions, portait sur **l'utilisation du Combitube®** par les techniciens ambulanciers de la Montérégie. En raison de ses résultats probants, ce projet fut lui aussi étendu progressivement à l'ensemble de la province.

En 1997, le Collège des médecins donna son aval à un troisième projet. Celui-ci concernait **l'administration d'adrénaline en situation d'anaphylaxie** (EpiPen puis adrénaline sous-cutanée). Les conditions d'encadrement et d'évaluation exigées par le Collège se sont également appliquées à ce projet. L'évaluation fut positive et les activités expérimentées furent par la suite étendues de façon progressive à l'ensemble du territoire québécois.

Dans l'ensemble, ces projets ont créé une pression significative sur le développement des soins préhospitaliers au regard de certains actes médicaux, notamment la défibrillation. Il est permis de croire que le Collège des médecins maintiendra ses exigences en ce qui a trait au niveau d'encadrement requis pour la prestation de ce type de soins en milieux préhospitaliers.

Enfin, un nouveau projet pilote sur les niveaux de **soins avancés** est présentement en cours à la Corporation d'Urgences-santé ; les résultats devraient être connus en 2003-2004. Ce projet s'exerce dans un contexte de redéfinition du rôle des médecins dans l'organisation des services préhospitaliers et conséquemment, d'une attrition importante des ressources médicales.

De la mise sur pied de ces projets pilotes se dégage le constat qu'en ce qui concerne la prestation d'actes médicaux, il sera important de statuer sur la pertinence d'une définition d'un champ de pratique ambulancier. Advenant que cette orientation soit retenue, il serait important que les démarches visant la création d'un ordre ou l'affiliation à un ordre professionnel existant soient entreprises et qu'un travail soit mené, de concert avec le Collège des médecins, sur l'autonomie des techniciens ambulanciers. Ce travail devrait s'inscrire en cohérence avec la mise à jour de la Loi médicale.

1.5 FORMATION

HISTORIQUE

En 1967 débuta un enseignement de base (180 heures) destiné au personnel ambulancier qui relevait du Centre hospitalier Royal Victoria de Montréal. En 1972, à Saint-Jérôme, M. Roger Halley prit l'initiative de mettre sur pied un programme de formation pour ses ambulanciers. Certaines entreprises ambulancières ont par la suite décidé d'améliorer la formation de leur personnel ambulancier en élaborant une formation maison.

En 1975, certains cégeps commencèrent à offrir le cours de Préposé d'ambulance, d'une durée de 120 heures, comme le prescrivait la Loi sur la protection de la santé publique. En 1976, une formation de 150 heures fut rendue obligatoire pour conduire une ambulance et occuper la fonction de préposé d'ambulance. Toutefois, la fonction de travail était à ce moment étroitement liée à des activités de transport ambulancier et la formation reflétait cette réalité.

De 1990 à 1993, un moratoire fut décrété sur la formation des techniciens ambulanciers au Québec. Ce moratoire a permis d'amorcer une réflexion sur les limites d'intervention des techniciens ambulanciers et sur la nature de leurs activités de travail dans une perspective d'intégration au système préhospitalier d'urgence du Québec.

À l'analyse des interventions des techniciens ambulanciers, il appert que la fonction de travail a considérablement évolué depuis 1976. Les préposés sont progressivement devenus des techniciens avec des responsabilités plus grandes exigeant l'exercice d'un jugement clinique et un profil élargi de compétences, notamment en ce qui concerne l'évolution technologique, l'obligation de rendre compte et le respect de critères de performance liés à la qualité des interventions.

De plus, le rapport Fréchette présenté en 1992, intitulé *Chaque minute compte*, recommandait au ministère de la Santé et des Services sociaux d'accroître la durée de formation destinée aux techniciens ambulanciers. Dans la foulée de ces recommandations, cinq cours obligatoires sont actuellement gérés par les régies régionales :

- ♦ RCR-SPU : techniques de réanimation cardiorespiratoire de base (massage cardiaque, dégagement des voies respiratoires et support ventilatoire) – mobilisation des usagés en arrêt cardio-respiratoire ;
- ♦ MDSA-C : techniques et protocoles de défibrillation et d'intubation avec combitube ;
- ♦ PROTOCOLES D'INTERVENTION CLINIQUE : protocoles d'intervention encadrant l'exercice de la pratique ambulancière ;
- ♦ INTERVENTION SOCIOSANITAIRE, VOLET SANTÉ PHYSIQUE : interventions en mesures d'urgence sur les lieux d'un sinistre comportant de nombreuses victimes et harmonisation du travail avec les autres intervenants ;
- ♦ URGENCES TRAUMATIQUES : interventions cliniques chez les personnes traumatisées et polytraumatisées.

On ajoutera par la suite d'autres cours tels que l'utilisation du matelas immobilisateur et l'administration de l'adrénaline (EpiPen).

Le premier programme d'études collégiales en Techniques ambulancières, d'une durée de 810 heures et sanctionné par une attestation d'études collégiales (AEC), voit le jour en 1993. Il est révisé en 1995 selon l'approche par compétences. Une analyse de la situation de travail (AST) des techniciens ambulanciers et un nouveau programme d'études, d'une durée de 840 heures, résultent des travaux de révision.

Les activités réalisées depuis 1996 concernant l'articulation et la mise en œuvre des différents cheminements de formation (formation de base, rehaussement des compétences, reconnaissance des acquis extrascolaires) témoignent de la diversité des besoins de formation en Techniques ambulancières. Elles mettent également en relief la nécessité d'une concertation continue entre tous les partenaires concernés dans le domaine de l'éducation et dans le domaine de la santé et des services sociaux.

L'émergence de besoins additionnels de formation pour les techniciens ambulanciers dans un contexte d'évolution technologique, d'intégration des services et de redéfinition des responsabilités indique que l'évolution se poursuit. Le véritable défi pour les années à venir sera de s'adapter à des besoins en mutation de plus en plus diversifiés et de multiplier les initiatives pour y répondre avec efficacité et efficacité tout en maintenant un contrôle rigoureux de la qualité.

BUT DU PROGRAMME DE FORMATION

Le programme actuel d'attestation d'études collégiales (AEC) de 840 heures intitulé Techniques ambulancières a pour but de former des techniciens ambulanciers aptes à intervenir auprès des personnes en situation d'urgence préhospitalière.

De façon particulière, le résultat final recherché par la formation est de rendre les diplômés capables de répondre aux appels d'urgence, d'évaluer la situation, de déterminer et d'appliquer les protocoles d'intervention selon la situation en évaluant l'état de la victime, en lui donnant les soins appropriés, en la transportant et en transmettant les renseignements pertinents au personnel spécialisé des centres receveurs.

Les diplômés du programme ont la polyvalence nécessaire pour travailler avec différents types de personnes dans différentes situations d'urgence avec de l'équipement spécialisé, dans des milieux d'intervention variés, parfois même particuliers, et très souvent en collaboration avec d'autres intervenants.

Conformément aux buts généraux de la formation technique, le programme Techniques ambulancières vise :

- à rendre la personne compétente dans l'exercice de la profession ;
- à favoriser l'intégration de la personne à la vie professionnelle ;
- à favoriser l'acquisition des connaissances spécialisées ;
- à permettre à la personne de développer son autonomie, de développer son sens de l'initiative, sa capacité d'adaptation, son sens critique et son sens des responsabilités ;
- à permettre à la personne d'évoluer adéquatement dans son milieu de travail, en favorisant :
 - le développement de sa capacité à entrer en contact avec d'autres personnes, à pratiquer l'écoute active et à communiquer,
 - le développement de sa capacité à travailler en équipe et en collaboration avec d'autres intervenants,

- le renforcement de sa capacité à analyser une situation et à l'évaluer,
 - le développement de sa capacité à respecter les lois, des normes et des procédures,
 - l'acquisition de méthodes de travail rigoureuses et d'un bon sens de l'organisation,
 - la compréhension des principes sous-jacents aux techniques utilisées ;
- à permettre à la personne de développer sa capacité à gérer son stress, à conserver une attitude positive à l'égard des changements et à s'adapter à différents milieux.

En décembre 2000, le Comité national sur la révision des services préhospitaliers d'urgence (rapport Dicaire) recommandait que soit entreprise par le ministère de la Santé et des Services sociaux, en collaboration avec le ministère de l'Éducation (MEQ), une démarche conduisant à l'obtention d'un diplôme d'études collégiales (DEC).

À la demande du MSSS, le MEQ doit entreprendre une étude préliminaire pour vérifier l'adéquation entre les compétences acquises grâce à la formation et les besoins du marché du travail. Ces travaux permettront de statuer sur le niveau requis de la formation (DEC ou autres).

ORGANISATION DE LA FORMATION

Au Québec, la formation des personnes aspirant à travailler à titre de technicien ambulancier est offerte au niveau collégial. Deux institutions d'enseignement sont accréditées pour donner cette formation, soit le Collège d'Ahuntsic et le Cégep de Sainte-Foy. Un maximum de 20 personnes constituent une cohorte de formation (classe ou groupe d'étudiants). Plusieurs cohortes peuvent être formées dans une année.

À la suite d'une entente entre le ministère de l'Éducation, le ministère de la Santé et des Services sociaux et les collèges, les régions ont été regroupées de la façon suivante aux fins de recrutement et de formation des candidats :

Collège d'Ahuntsic	Cégep de Sainte-Foy
- Abitibi-Témiscamingue	- Bas-Saint-Laurent
- Estrie	- Chaudière-Appalaches
- Lanaudière	- Côte-Nord
- Laurentides	- Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine
- Montérégie	- Mauricie-Bois-Francs
- Montréal-Laval	- Québec
- Outaouais	- Saguenay-Lac-Saint-Jean
- Nord-du-Québec	- Nord-du-Québec

Par ailleurs, dans le cadre d'une entente entre le Cégep de Saint-Jérôme, le Collège d'Ahuntsic, Emploi Québec et la Régie régionale des Laurentides, le Cégep de Saint-Jérôme a formé quelque cent techniciens ambulanciers au cours des trois dernières années.

Un établissement obtient l'autorisation de former une cohorte à la suite d'une étude des besoins de main-d'œuvre réalisée par les régies régionales dans les différentes régions auprès des employeurs et de l'autorisation de financement par le ministère de l'Éducation du Québec. Cet exercice a lieu habituellement une fois par année et ne vaut que pour l'année en cours. L'exercice doit constamment être repris pour justifier de façon récurrente les besoins et obtenir les autorisations ministérielles requises.

Le coût de formation d'une cohorte de vingt étudiants, selon les paramètres actuellement en vigueur, est de plus de 200 000 \$. Étant donné que le financement de la formation se fait dans une perspective de court terme, l'ajout de cohortes crée certains problèmes de logistique pour l'organisation de la formation.

L'AEC en techniques ambulancières peut être obtenue à travers deux cheminements (A et B) s'adressant à des clientèles différentes.

Le cheminement A - Formation de base

Cette formation, d'une durée de 840 heures (comportant 120 heures de stages) s'adresse à une clientèle n'ayant aucune formation, connaissance ou expérience en techniques ambulancières.

Les *conditions particulières d'admission* à la formation de base sont :

- être âgé d'au moins 18 ans ;
- être titulaire d'un diplôme d'études secondaires ou l'équivalent ;
- avoir accumulé six unités de Sciences physiques 416 (physique, chimie) ou l'équivalent ;
- être titulaire d'un permis de conduire de classe 4A émis par la Société de l'assurance automobile du Québec ;
- avoir réussi le test d'aptitudes physiques des techniciens ambulanciers (TAPTA) ;
- satisfaire aux conditions du test d'intérêts pour le travail et de personnalité (TIP) ;
- réussir l'entrevue de sélection administrée par le collège⁶ ;
- être recommandé par une régie régionale de la santé et des services sociaux.

Cette formation à temps plein est peu coûteuse pour l'étudiant. Les droits de scolarité sont payés par l'État. Toutefois, lorsque le MEQ assure le financement de la scolarité de ce programme, l'étudiant doit payer des droits d'admission de 30 \$ pour l'étude de son dossier, des coûts de 100 \$ pour l'administration et l'interprétation des tests de présélection, des droits d'inscription de 20 \$, des droits afférents de 25 \$ par session (pour un maximum de trois sessions) et des droits administratifs de 10 \$. L'étudiant doit aussi prévoir des frais d'environ 850 \$ pour le matériel didactique, qui comprend les

6. Un des membres du comité de sélection est rattaché à une régie régionale.

vêtements pour les pratiques en laboratoire et les stages. La vaccination est obligatoire pour pouvoir exercer la profession et peut parfois occasionner un déboursé de 60 \$, selon les régions. Les frais de subsistance peuvent être supportés par le programme de prêts et bourses ou les prestations d'assurance emploi.

Le ministère de l'Emploi et de la Solidarité sociale (MESS) finance périodiquement des cohortes d'étudiants. Ces étudiants sont issus de la clientèle prestataire de l'assurance emploi ou de la sécurité du revenu et bénéficient de la gratuité scolaire et d'un soutien financier, s'il y a lieu.

Le cheminement B - Reconnaissance des acquis

Le cheminement individuel, qui existe depuis 1995, permet aux personnes ayant une formation professionnelle dont la teneur et la durée sont jugées équivalentes au programme actuel, d'obtenir l'attestation d'études collégiales en Techniques ambulancières. La durée totale de ce cheminement varie en fonction de la formation manquante de l'individu pour répondre aux exigences de l'AEC. Habituellement, elle se situe aux alentours de 70 heures et coûte à l'étudiant environ 1 680 \$.

Les conditions d'admission sont essentiellement les mêmes que celles de la formation de base (AEC). À ce jour, une centaine de personnes au Québec ont bénéficié de la reconnaissance d'acquis.

Rehaussement des compétences (projet)

Ce cheminement s'adresse aux techniciens ambulanciers en exercice et tient compte de leur formation de base, de leurs acquis extrascolaires et de leurs expériences en emploi. Il consiste en un programme de formation de 270 heures. Il a été structuré à partir des données recueillies dans l'analyse de la formation manquante, s'appuie sur les buts du programme Techniques ambulancières CWC.01, et respecte les mêmes objectifs et standards. Les stratégies pédagogiques et les stratégies d'apprentissage sont adaptées en fonction des acquis scolaires et extrascolaires des étudiants et du nombre d'heures de formation.

L'analyse de la formation manquante des techniciens ambulanciers a été réalisée en collaboration avec le ministère de la Santé et des Services sociaux, le Cégep d'Ahuntsic et le Cégep de Sainte-Foy, et validée par le comité des experts médicaux du Ministère. Cette formation s'adresse au personnel ambulancier embauché avant 1993.

À ce jour, une quarantaine de techniciens ambulanciers ont bénéficié de ce programme. Ces ambulanciers travaillaient tous dans la région de Québec ou de la Chaudière-Appalaches.

Les régies régionales exercent aussi, sous encadrement médical, diverses activités de formation continue qui favorisent le maintien et le rehaussement des compétences.

Le MSSS étudie pour sa part la nécessité de généraliser ce volet à l'ensemble de la province.

PROFIL DE FORMATION DES TECHNICIENS AMBULANCIERS

Les techniciens ambulanciers n'ont pas tous reçu la formation conduisant à l'attestation d'études collégiales décrite précédemment (voir l'annexe 2). La majorité d'entre eux (77 %) ont suivi une formation initiale variant entre 150 et 340 heures et ont bénéficié d'activités de mise à jour des connaissances, au fur et à mesure de l'introduction de nouvelles techniques ou de nouveaux appareils (moniteurs-défibrillateurs cardiaques, tubes orotrachéaux à double voie ou combitubes). Dans la région de Montréal, tous les techniciens ambulanciers ont 336 heures ou plus de formation.

Bon nombre de techniciens ambulanciers du Québec possèdent une formation d'infirmier ou ont été formés hors du Québec dans des domaines connexes (Paramédic, DEC, EMCA donné par l'Ontario, etc.).

1.6 BESOINS DE MAIN-D'ŒUVRE

Les besoins de techniciens ambulanciers sont évalués annuellement par le MSSS en partenariat avec les régies régionales et les entreprises ambulancières.

En 1998-1999 et 1999-2000, les besoins de main-d'œuvre répertoriés ont permis l'admission de 120 étudiants dans les programmes de formation pour chacune de ces deux années. En 2000-2001, 240 étudiants ont été admis. Ce nombre répondait à environ 70 % des besoins définis par les régies régionales et les entreprises ambulancières. En 2001-2002, 280 étudiants ont été admis aux programmes, dont 40 ont été financés par le MSSS compte tenu du désengagement d'Emploi Québec, ce qui a permis de répondre à plus de 80 % des besoins de formation établis par les régies régionales.

1.7 CONVENTIONS COLLECTIVES

Les ententes négociées pour la période se terminant en juin 2002 prévoient une disposition concernant la mise en place de mesures temporaires liées à la retraite. Une des mesures est le versement d'une allocation de départ de 3 500 \$ pour chacune des années de service reconnue à titre de technicien ambulancier au sein de l'entreprise avant 1989. Cette mesure s'adresse aux techniciens ambulanciers qui, au 1^{er} avril 2002, avaient atteint l'âge de 56 ans. Une autre mesure consiste en une contribution complémentaire volontaire de retraite de la part de l'employé, avec participation de l'employeur sous forme d'un REER individuel devant transiter par le Fondation de la CSN ou le Fonds de solidarité de la FTQ, pour les techniciens ambulanciers qui ont atteint ou qui atteignent l'âge de 45 ans. Les effets de ces mesures de départs assistés à la retraite se feront sentir au cours des prochaines années. Ces effets sont pris en compte dans les présents travaux de planification de la main-d'œuvre.

1.8 NOUVELLES PRESSIONS SUR LES BESOINS DE MAIN-D'ŒUVRE

ORIGINE DES BESOINS

Les besoins de main-d'œuvre sont associés, d'une part, au remplacement des départs (retraites, décès, cessations d'emploi) et, d'autre part, à la création de nouveaux postes.

La mise à la retraite a été favorisée par une bonification de la convention collective. Les blessures professionnelles sont fréquentes et occasionnent des congés de maladie prolongés et des abandons du métier. Certaines régions évoquent des problèmes de main-d'œuvre :

- des techniciens ambulanciers qui occupaient déjà des fonctions à titre d'infirmiers se sont vu offrir des emplois permanents dans le secteur de la santé ;
- les listes de rappel des entreprises ambulancières ne comptent qu'un faible nombre de techniciens ambulanciers. Ce sont les temps complets qui font les remplacements dans les autres zones ;
- des régions sont aux prises avec un exode de la main-d'œuvre vers les grands centres urbains où les perspectives de travail sont plus avantageuses.

CRÉATION DE NOUVEAUX POSTES

La Direction générale des services à la population du MSSS analyse la pertinence de convertir, dans certains milieux, des horaires de faction en horaire de 40 heures. Cette démarche vise à répondre à l'accroissement des volumes de transport et des charges de travail.

TRANSPORTS INTERÉTABLISSEMENTS

En 2000-2001, les transports interétablissements représentaient plus de 22 % du total des transports. Bon nombre de ces transports sont de nature non urgente et s'effectuent toujours par ambulance.

Des changements dans la façon d'effectuer les transports interétablissements non urgents peuvent survenir, et il faudra en évaluer les effets sur les besoins de main-d'œuvre.

1.9 CONCLUSION

Les services préhospitaliers d'urgence constituent un domaine d'activité relativement jeune et en constante évolution, tant en ce qui concerne les tâches dévolues aux techniciens ambulanciers et aux besoins de formation qui y sont associés que

l'organisation des services pour répondre, dans un délai raisonnable, aux demandes d'une population répartie sur un très vaste territoire.

Le Groupe de travail juge nécessaire que s'amorcent dès maintenant des travaux sur le contenu et le niveau de formation requis étant donné les compétences qui seront exigées des futures cohortes de techniciens ambulanciers.

Les membres du Groupe de travail insistent sur la nécessité d'uniformiser le programme de formation entre les établissements d'enseignement. Ils souhaitent également que ce programme de formation donne ouverture à une attestation garantissant une qualité de formation uniforme entre les divers établissements d'enseignement et que ces derniers soient soutenus par un financement assurant la pérennité du programme d'études.

Les chapitres 2, 3, 4 et 5 abordent l'analyse prévisionnelle concernant les besoins de recrutement de techniciens ambulanciers et la comparaison de ces besoins par rapport à l'offre de main-d'œuvre.

*planification de la main-d'œuvre
dans le secteur des services
préhospitaliers d'urgence*



Offre de main-d'œuvre

CHAPITRE 2 – OFFRE DE MAIN-D'ŒUVRE

La première étape de l'exercice de planification de la main-d'œuvre consiste à déterminer l'offre totale de techniciens ambulanciers répartis par groupe d'âge, par sexe et par statut d'emploi (temps complet, temps partiel) au point de départ de l'étude prévisionnelle.

2.1 EFFECTIF EN EMPLOI

Le tableau 2 présente, au 1^{er} janvier 2001, une estimation de la répartition par groupes d'âge, par sexe et par statut des 3 139 techniciens ambulanciers actifs au Québec.

Tableau 2
Techniciens ambulanciers
 Estimation des effectifs en emploi par groupes d'âge, par sexe
 et par statut d'emploi (temps complet, temps partiel)
 2001

Groupes d'âge	Femmes		Hommes		Total
	Temps complet	Temps partiel	Temps complet	Temps partiel	
20 – 24	15	6	48	8	77
25 – 29	67	25	197	52	341
30 – 34	71	46	347	69	533
35 – 39	83	30	608	84	805
40 – 44	49	16	550	72	687
45 – 49	37	9	263	53	362
50 – 54	28	3	139	28	198
55 – 59	7	2	79	14	102
60 – 64	2	1	20	6	29
65 ou plus	0	0	3	2	5
TOTAL	359	138	2 254	388	3 139

Source : Estimation réalisée à l'aide des données du régime de retraite et des fichiers de paye du MSSS.

L'estimation du nombre de techniciens ambulanciers en exercice tient compte :

- du nombre de techniciens ambulanciers à l'emploi d'Urgences-santé au 31 mars 2000, qui totalisait 796 techniciens ambulanciers ;
- pour les autres employeurs, du nombre de techniciens ambulanciers qui participaient au Régime complémentaire de rentes des techniciens ambulanciers œuvrant au Québec, et ce pour l'année 2000.

2.2 EFFECTIF DISPONIBLE

L'offre totale de main-d'œuvre est composée des techniciens ambulanciers en emploi auxquels il convient d'ajouter, le cas échéant, les techniciens ambulanciers disponibles, c'est-à-dire les effectifs au chômage, les techniciens ambulanciers qualifiés travaillant dans un autre domaine et désirant travailler dans le secteur des services préhospitaliers d'urgence ou encore travaillant à temps partiel et souhaitant offrir une plus grande disponibilité.

Peu de données permettent d'évaluer la disponibilité de la main-d'œuvre sur le marché. Les enquêtes « Relance » réalisées par le MEQ auprès des diplômés du secteur collégial, qui font notamment état du taux d'insertion des nouveaux diplômés deux ans après leur promotion, ne couvrent pas les AEC et par conséquent les diplômés du programme de techniques ambulancières⁷.

Toutefois, une analyse des niveaux d'activité des effectifs à temps partiel en emploi pour l'ensemble du secteur révèle qu'au cours de l'année 2000, 17 % des techniciens ambulanciers avaient une offre de main-d'œuvre inférieure à 60 % d'un équivalent temps complet, et nous pouvons les assimiler à des travailleurs à temps partiel aux fins de ces travaux de planification de la main-d'œuvre.

De façon générale, le remplacement du personnel en congé peut être assuré par le personnel à temps partiel, régulier ou occasionnel.

Il appert, sous réserve d'une analyse plus fine, que la disponibilité du personnel à temps partiel pour répondre à une croissance de la demande s'avère limitée, puisque plus de 80 % des participants du régime de retraite des techniciens ambulanciers ont un ETP de 60 % et plus et que certains cumulent deux emplois à temps partiel.

2.3 PÉNURIE INITIALE

Diverses indications témoignant de marges de manœuvre limitées et des difficultés de recrutement en région pour trouver du personnel de remplacement en cas d'absences temporaires ont été prises en considération.

Un sondage a été réalisé auprès de 43 entreprises en activité sur le territoire québécois, à l'exclusion d'Urgences-santé qui bénéficie d'une main-d'œuvre en nombre suffisant. Cette enquête concluait qu'il n'y avait pas de postes vacants au cours de l'automne 2001.

Une autre approche pour estimer l'existence d'une pénurie, d'un surplus ou d'une situation d'équilibre entre l'offre et la demande de main-d'œuvre consiste à calculer

7. En octobre 2001, la Fédération des cégeps a produit un document de travail qui évaluait à 97 % le taux de placement des nouveaux diplômés. Cette évaluation s'appuie sur trois cohortes de finissants.

le nombre requis de personnes en équivalent temps plein pour ramener à un niveau acceptable le volume d'heures effectuées en temps supplémentaire.

À cet égard, le sondage indiquait que moins de 2,5 % des heures travaillées l'ont été en temps supplémentaire ou par des techniciens qui étaient à l'emploi d'une autre entreprise.

L'absence de postes vacants et le recours limité aux heures supplémentaires paraissent indiquer qu'il n'y a pas de pénurie globale de main-d'œuvre. La situation en est plutôt une d'équilibre, précaire dans certaines régions, et caractéristique d'un marché de plein emploi, qui laisse peu de marge de manœuvre à certains employeurs, en particulier pour les remplacements temporaires.

2.4 BESOINS DE REMPLACEMENT

Pour l'année financière 2000-2001, les données d'Urgences-santé indiquent que les absences (chez les 495 techniciens ambulanciers temps complet régulier) pour vacances, congés fériés, congés parentaux et autres totalisent en moyenne 81 jours par technicien⁸ ou 31 % de l'année normale de travail (260,9 jours).

L'employeur doit prévoir compter sur un effectif de remplacement équivalant à ces absences.

Le Groupe de travail juge utile que soient mises en place des mesures afin de colliger ces statistiques annuellement pour l'ensemble des techniciens ambulanciers du Québec, et d'en assurer un suivi.

8. À titre d'exemple, les infirmières du réseau de la santé et des services sociaux s'absentent en moyenne 78 jours par année et l'ensemble des salariés du réseau, 71 jours.

*planification de la main-d'œuvre
dans le secteur des services
préhospitaliers d'urgence*



Projection de l'attrition

CHAPITRE 3 - PROJECTION DE L'ATTRITION

La deuxième étape de la démarche de planification de la main-d'œuvre a consisté à établir la projection de l'attrition annuelle des techniciens ambulanciers jusqu'en 2016. Il s'agit plus précisément d'effectuer la projection des départs pour causes de retraite, de décès et de cessation d'emploi. La cessation d'emploi comprend toutes les raisons autres que la retraite ou le décès.

Pour réaliser cette projection, il a été difficile d'utiliser les données historiques du Régime complémentaire de rentes des techniciens ambulanciers œuvrant au Québec (RRTAQ) puisque ce régime est relativement récent (son entrée en vigueur date de 1989). Nous avons donc opté pour le modèle de projection utilisé par le MSSS pour établir la projection de l'attrition des employés du réseau de la santé et des services sociaux.

Ce modèle de projection appliqué aux techniciens ambulanciers réparti, par groupe d'âge et par sexe, les taux d'attrition établis à partir des taux élaborés par la Commission administrative des régimes de retraite et d'assurance (CARRA) et d'un fichier de participants au Régime de retraite des employés du gouvernement des organismes publics (RREGOP).

En ce qui a trait à la cessation, les études de la CARRA démontrent un comportement différent selon que le personnel travaille à temps complet ou à temps partiel, les employés à temps partiel ayant une propension plus forte à la cessation d'emploi.

Il est possible de considérer une évolution en fonction d'un plus grand nombre de techniciens ambulanciers travaillant à temps plein (en l'occurrence en cas de rareté ou de pénurie de personnel). Trois hypothèses peuvent être envisagées :

- le statu quo : la structure actuelle du statut des effectifs est maintenue jusqu'en 2016 ;
- le temps plein : tous les techniciens ambulanciers sont considérés comme travaillant à temps plein ;
- le scénario intermédiaire : le comportement des techniciens ambulanciers se situe entre un effectif à temps plein et le maintien des statuts actuels.

Compte tenu que, pour un fort pourcentage de l'effectif (83 %), le temps travaillé est égal ou supérieur à 60 % d'un poste à temps plein, nous proposons de considérer la première hypothèse, soit le maintien des statuts actuels, comme la plus plausible.

Le tableau suivant présente les résultats de la projection initiale des départs de l'effectif de 2001 à 2016.

Tableau 3
Projection annuelle des départs de l'effectif
des techniciens ambulanciers
de 2001 à 2016

Année	Retraites	Décès	Cessations	Total
2001	32,1	5,6	70,4	108,1
2002	34,5	5,8	65,8	106,1
2003	37,1	5,9	61,5	104,5
2004	41,8	6,1	57,3	105,2
2005	44,4	6,2	53,3	103,9
2006	36,0	6,4	49,8	92,2
2007	40,7	6,6	46,6	93,9
2008	44,0	6,8	43,6	94,4
2009	57,4	7,0	41,0	105,4
2010	61,7	7,1	37,9	106,7
2011	66,3	7,2	34,8	108,3
2012	70,4	7,3	31,9	109,6
2013	75,1	7,4	29,1	111,6
2014	78,3	7,5	26,5	112,3
2015	92,5	7,6	23,7	123,8
2016	102,7	7,5	20,9	131,1
Total	915,0	108,0	694,1	1 717,1

Cette projection applique un facteur multiplicatif de 1,5 au nombre de départs pour cessation d'emploi puisque le nombre de cessations observé dans le passé au RRTAQ pour les années 1999 et 2000 est apparu plus élevé que celui initialement projeté par le modèle. Cette situation indique que le taux d'abandons de la profession pour des raisons autres que la retraite et le décès est de 50 % plus élevé que le taux moyen observé pour les autres salariés du réseau de la santé et des services sociaux.

De plus, le Groupe de travail propose que le nombre de départs à la retraite attendu pour les années 2001 à 2005 soit augmenté d'une dizaine d'individus par année. Cette proposition s'appuie sur les mesures de départs assistés à la retraite mises en place pour ces années.

Les 108 départs en 2001, selon le modèle, peuvent être mis en parallèle avec les données du RRTAQ portant sur les abandons, retraites et décès. Au cours des 3 dernières années, on a enregistré 297 départs, soit en moyenne 99 par année.

Le nombre annuel de départs peut être interprété comme étant le nombre de techniciens ambulanciers devant être formés pour stabiliser l'effectif.

*planification de la main-d'œuvre
dans le secteur des services
préhospitaliers d'urgence*



**Estimation des besoins de main-d'œuvre
et du recrutement**

CHAPITRE 4 - ESTIMATION DES BESOINS DE MAIN-D'ŒUVRE ET DU RECRUTEMENT

La troisième étape de la démarche a consisté à quantifier l'évolution des besoins de main-d'œuvre de techniciens ambulanciers.

4.1 INDICE D'ÉVOLUTION DES BESOINS

Les besoins totaux de recrutement tiennent compte du remplacement des départs évalués à l'étape précédente et de l'application d'un taux de croissance annuel moyen pour répondre aux besoins de la société.

En ce qui concerne le taux de croissance annuel moyen, trois scénarios ont été pris en considération.

SCÉNARIO A : CROISSANCE ANNUELLE MOYENNE DE 1,5 %

Cette hypothèse tient compte des effets de la croissance et du vieillissement de la population. Elle correspond au maintien des taux d'utilisation de transport par ambulance par groupe d'âge et par sexe selon une répartition entre les transports primaires et les transports interétablissements.

SCÉNARIO B : CROISSANCE ANNUELLE MOYENNE DE 1,8 %

Le scénario correspond à la poursuite du taux de croissance historique du nombre de participants au RRTAQ de 1990 à 2000, qui est passé de 2 742 à 3 287.

SCÉNARIO C : CROISSANCE ANNUELLE MOYENNE DE 3,6 %

Pour l'ensemble du Québec au cours de la période 1997-1998 à 2000-2001, l'évolution annuelle moyenne du nombre de transports primaires, de transports secondaires et du total des transports s'établit respectivement à 4,0 %, 2,1 % et 3,6 %.

Le Groupe de travail a retenu le **scénario B**, qu'il considère comme celui reflétant le mieux l'évolution prévisible des besoins de main-d'œuvre.

Le tableau suivant présente les résultats de la projection des besoins selon le scénario retenu.

Tableau 5

Projection du recrutement nécessaire pour remplacer les départs
 et répondre à une croissance des besoins de 1,8 % (scénario retenu)
 de 2001-2016

Année	Départs attendus	Accroissement des besoins	Recrutement brut	Recrutement nécessaire ^{(1) (2)}	Effectif requis
2001	108,1	56,5	164,7	169,5	3 196
2002	106,1	57,5	163,6	173,7	3 253
2003	104,5	58,6	163,0	178,4	3 312
2004	105,2	59,6	164,8	185,3	3 371
2005	103,9	60,7	164,6	190,1	3 432
2006	92,2	61,8	154,0	184,0	3 494
2007	93,9	62,9	156,8	191,2	3 557
2008	94,4	64,0	158,4	197,2	3 621
2009	105,4	65,2	170,6	213,9	3 686
2010	106,7	66,3	173,1	221,1	3 752
2011	108,3	67,5	175,9	228,5	3 820
2012	109,6	68,8	178,4	235,5	3 888
2013	111,6	70,0	181,7	243,2	3 958
2014	112,3	71,3	183,6	249,3	4 030
2015	123,8	72,5	196,3	266,2	4 102
2016	131,1	73,8	205,0	279,2	4 176
Total	1 717,1	1 037,0	2 754,5	3 406,3	

- (1) Le recrutement nécessaire tient compte du fait que parmi les nouveaux techniciens ambulanciers entrant sur le marché au cours de la période 2001-2016, il y aura également un certain nombre de départs à combler (attrition des nouveaux arrivés).
- (2) Le recrutement nécessaire présenté dans ce tableau diffère de celui calculé par le modèle illustré à l'annexe 1 en raison de l'application d'un facteur de cessation de 1,0 au lieu de 1,5 dans le cas des nouveaux arrivés recrutés à compter de 2001.

4.2 PERSPECTIVES DE DÉVELOPPEMENT

Les services préhospitaliers d'urgence font l'objet d'une révision qui pourrait affecter la demande de main-d'œuvre, particulièrement chez les techniciens ambulanciers. Parallèlement, le champ de pratique ambulancier a beaucoup évolué au cours des 25 dernières années. Actuellement, l'AEC de 840 heures est remise en question par plusieurs intervenants qui préconisent plutôt un diplôme d'études collégiales (DEC).

De nouvelles orientations concernant les transports interétablissements non urgents, l'organisation du travail ou le niveau de la formation initiale pourraient cependant modifier plus ou moins significativement la valeur des divers paramètres retenus pour réaliser la projection des besoins de recrutement.

*planification de la main-d'œuvre
dans le secteur des services
préhospitaliers d'urgence*



**Comparaison entre les besoins de recrutement
et le nombre de nouveaux diplômés**

CHAPITRE 5 - COMPARAISON ENTRE LES BESOINS DE RECRUTEMENT ET LE NOMBRE DE NOUVEAUX DIPLÔMÉS

La quatrième étape de l'analyse diagnostique consiste à comparer les besoins de recrutement avec le nombre de nouveaux diplômés attendus. Cette étape permet de porter un jugement sur l'adéquation entre les besoins de recrutement de techniciens ambulanciers et l'arrivée annuelle de nouveaux techniciens ambulanciers.

L'objectif consiste à déterminer le nombre total de diplômés qui entreront sur le marché du travail au cours des prochaines années compte tenu des informations disponibles.

Pour les deux premières années de la projection, le Groupe de travail a retenu les inscriptions actuellement connues, soit 240 étudiants en 2000-2001 et 280 en 2001-2002. Pour les années subséquentes, le nombre d'inscriptions est établi conformément au besoin de recrutement. Un taux d'insertion au marché du travail estimé à 90 % est aussi pris en compte pour déterminer le nombre de diplômés disponibles.

Tableau 6

Projection des besoins de recrutement et du nombre de nouveaux diplômés disponibles de 2001 à 2016

Scénario d'inscription de 220 candidats de 2003 à 2008, de 260 de 2009 à 2011 et de 270 les années suivantes.

Année	Recrutement nécessaire	Inscriptions requises	Diplômés disponibles	Écarts
2001	169,5	240	216	46,5
2002	173,7	280	216	42,3
2003	178,4	220	252	73,6
2004	185,3	220	198	12,7
2005	190,1	220	198	7,9
2006	184,0	220	198	14,0
2007	191,2	220	198	6,8
2008	197,2	220	198	0,8
2009	213,9	260	198	-15,9
2010	221,1	260	234	12,9
2011	228,5	260	234	5,5
2012	235,5	270	234	-1,5
2013	243,2	270	243	-0,2
2014	249,3	270	243	-6,3
2015	266,2	270	243	-23,2
2016	279,2	270	243	-36,2
TOTAL	3 406,3		3 546	

Les membres du Groupe de travail sont parvenus à un consensus sur l'estimation des besoins de recrutement de techniciens ambulanciers au cours des prochaines années. À la lumière des diagnostics posés à travers les travaux de planification de la main-d'œuvre, le MSSS et ses partenaires sont à même de prendre acte du nombre de nouvelles inscriptions requises pour combler ces besoins.

En conséquence, pour la période 2003 à 2007, le Groupe de travail estime devoir recommander, dès maintenant, l'inscription de 220 nouveaux candidats annuellement et l'évaluation, en 2009, de la pertinence de procéder à une augmentation des admissions à la lumière de précisions sur l'évolution des besoins de main-d'œuvre et de l'évolution de l'organisation du travail. Par la suite, il y aura lieu de préciser l'ampleur de l'augmentation nécessaire à plus long terme dans le cadre du suivi du plan d'action.

*planification de la main-d'œuvre
dans le secteur des services
préhospitaliers d'urgence*



Plan d'action

PLAN D'ACTION

Les techniciens ambulanciers occupent une place névralgique dans le secteur des services préhospitaliers d'urgence. De façon générale, les travaux et les analyses réalisés jusqu'à maintenant montrent que les entreprises ambulancières comptent sur un effectif de plus de 3 100 techniciens ambulanciers. Cet effectif est suffisant, mais il laisse peu de marge de manœuvre à plusieurs employeurs, en particulier en région, lorsque vient le temps d'assigner des personnes pour combler des postes temporairement dépourvus de titulaire. Par ailleurs, les besoins de recrutement ont pris en considération les départs à la retraite, les abandons de la profession et les effectifs requis pour répondre à la croissance de la demande.

Les membres du Groupe de travail se sont entendus sur des objectifs et des mesures permettant de solutionner les problèmes décelés. Ils ont aussi convenu que le processus de planification de main-d'œuvre devra faire l'objet d'un suivi annuel.

Les objectifs retenus se regroupent selon quatre volets.

VOLET I – FORMATION

Objectif 1

Assurer la formation d'une relève suffisante de techniciens ambulanciers pour répondre au besoin de recrutement du secteur des services préhospitaliers d'urgence.

Objectif 2

Uniformiser le programme de formation et les critères d'admission utilisés entre les établissements d'enseignement.

Objectif 3

S'assurer que la formation répond aux besoins et aux exigences du marché du travail.

Objectif 4

Valider le taux d'insertion des diplômés au marché du travail.

VOLET II – ORGANISATION DU TRAVAIL

Objectif 5

Réduire la précarité de l'emploi et maximiser la stabilité des équipes de travail.

VOLET III – CONDITIONS DE TRAVAIL

Objectif 6

Disposer de données de base sur les effectifs techniciens ambulanciers qui faciliteront, au niveau régional, la planification, l'organisation et le suivi des besoins de main-d'œuvre.

Objectif 7

Assurer une meilleure rétention des effectifs dans la profession et en régions.

VOLET IV – MESURES DE SUIVI

Objectif 8

Effectuer un suivi des activités prévues au plan d'action et mettre à jour annuellement le processus de planification de la main-d'œuvre.

PLAN D'ACTION

VOLET I – FORMATION

OBJECTIF 1

Assurer la formation d'une relève suffisante de techniciens ambulanciers pour répondre au besoin de recrutement du secteur des services préhospitaliers d'urgence.

RÉSULTATS ATTENDUS

1. Assurer la pérennité du financement des programmes de formation.
2. Stabiliser le nombre d'admissions dans les programmes de formation en Techniques ambulancières.
3. Consolider, au niveau régional et entre les régions, le processus d'analyse des besoins de recrutement.

PLAN D'ACTION

1. Mettre en place des modalités de financement qui assurent la pérennité du programme de formation.
2. De septembre 2002 à septembre 2008, admettre 220 candidats par année dans les programmes de formation en Techniques ambulancières et réexaminer, en 2009, la pertinence de procéder à une augmentation des admissions à la lumière de précisions sur l'évolution des besoins de main-d'œuvre et à la lumière de l'évolution de l'organisation du travail.
3. Confier aux régies régionales la tâche de consolider, en collaboration avec les entreprises ambulancières de leur territoire, le processus d'analyse des besoins de recrutement.

ACTEURS CONCERNÉS

Action 1

Responsable : MEQ
Collaborateurs : Cégeps

Action 2

Responsable: MEQ
Collaborateurs : Cégeps, régies régionales

Action 3

Responsables : MSSS, régies régionales
Collaborateurs : Employeurs, syndicats

ÉCHÉANCIER

Action 1 Septembre 2002

Action 2 Septembre 2002

Action 3 Continu

VOLET I – FORMATION

OBJECTIF 2

Uniformiser le programme de formation et les critères d'admission utilisés entre les établissements d'enseignement.

RÉSULTATS ATTENDUS

Admettre les étudiants sur la base de critères provinciaux uniformes et convenir d'un programme de formation unique sanctionné par un diplôme garantissant une formation de qualité.

PLAN D'ACTION

Que dans le cadre de son mandat, le Comité MSSS/MEQ poursuive ses travaux dans le but d'uniformiser, entre les établissements d'enseignement, le programme de formation et les critères d'admission.

ACTEURS CONCERNÉS

Responsables : MEQ, MSSS
Collaborateurs : Cégeps

ÉCHÉANCIER

Court terme

VOLET I – FORMATION

OBJECTIF 3

S'assurer que la formation réponde aux besoins et aux exigences du marché du travail.

RÉSULTATS ATTENDUS

Vérifier l'écart entre la formation actuellement offerte et les besoins du marché du travail.

PLAN D'ACTION

1. Procéder à une étude préliminaire pour vérifier l'adéquation entre les compétences acquises lors de la formation et les besoins du marché du travail.
2. Procéder à l'*Analyse de la situation du travail*, le cas échéant.
3. Établir le profil des compétences requises.
4. Adapter le programme de formation en fonction des besoins.

ACTEURS CONCERNÉS

Responsable : MEQ
Collaborateur : MSSS, cégeps, techniciens ambulanciers

ÉCHÉANCIER

Décembre 2003

VOLET I – FORMATION

OBJECTIF 4

Valider le taux d'insertion des diplômés au marché du travail.

RÉSULTATS ATTENDUS

Obtenir des informations sur les taux d'insertion des diplômés en Techniques ambulancières au marché du travail.

PLAN D'ACTION

Intégrer à l'enquête « Relance au collégial » les programmes de formation en Techniques ambulancières.

ACTEURS CONCERNÉS

Responsable : MEQ

ÉCHÉANCIER

Continu

VOLET II – ORGANISATION DU TRAVAIL

OBJECTIF 5

Réduire la précarité de l'emploi et maximiser la stabilité des équipes de travail.

RÉSULTATS ATTENDUS

Assurer une répartition équitable des nouveaux diplômés et favoriser une meilleure utilisation du personnel à temps partiel.

PLAN D'ACTION

Mettre sur pied dans chacune des régions un comité de concertation régional réunissant les entreprises ambulancières dans le but :

- de planifier l'embauche du nouveau personnel ;
- de maximiser l'offre de service des employés à temps partiel ;
- de faciliter le recours à du personnel à temps partiel pour effectuer des remplacements temporaires ;
- de planifier annuellement les besoins de formation continue et de veiller à un étalement des périodes de formation sur le plus grand nombre de mois possible afin d'en réduire les répercussions sur les besoins de remplacement.

ACTEURS CONCERNÉS

Responsables : Régies régionales
Collaborateurs : Employeurs, syndicats

ÉCHÉANCIER

Continu

VOLET III – CONDITIONS DE TRAVAIL

OBJECTIF 6

Disposer de données de base sur les effectifs en techniciens ambulanciers qui faciliteront, au niveau régional, la planification, l'organisation et le suivi des besoins de main-d'œuvre.

RÉSULTATS ATTENDUS

Disposer de données annuelles standardisées sur la rémunération, le statut d'emploi, les heures travaillées, l'utilisation des congés, etc.

PLAN D'ACTION

Introduire dans les contrats de services avec les entreprises un volet sur les ressources humaines.

ACTEURS CONCERNÉS

Responsable : MSSS
Collaborateurs : Régies régionales, employeurs

ÉCHÉANCIER

2003-2004

VOLET III – CONDITIONS DE TRAVAIL

OBJECTIF 7

Assurer une meilleure rétention des effectifs dans la profession.

RÉSULTATS ATTENDUS

Réduire le taux d'abandon de la profession évalué à une fois et demie supérieur à celui observé en moyenne pour les autres salariés du réseau de la santé et des services sociaux.

PLAN D'ACTION

Mettre sur pied un comité de travail ayant pour mandat d'examiner les causes des cessations d'emploi et recommander un programme d'action destiné aux entreprises et au personnel dans le domaine ambulancier.

ACTEURS CONCERNÉS

Responsable : MSSS

Collaborateurs : Membres du groupe de travail

ÉCHÉANCIER

2002-2003

VOLET IV – MESURES DE SUIVI

OBJECTIF 8

Effectuer un suivi des activités prévues au plan d'action et mettre à jour annuellement le processus de planification de la main-d'œuvre. Cette mise à jour devra tenir compte des conclusions des projets pilotes actuels et à venir, et des orientations futures en matière de services préhospitaliers d'urgence.

De plus, elle devra s'effectuer en considération du processus de révision du programme de formation en cours au ministère de l'Éducation.

RÉSULTAT ATTENDU

La mise en place d'un processus continu de planification de la main-d'œuvre dans le secteur des services préhospitaliers d'urgence.

PLAN D'ACTION

1. Effectuer un suivi des actions prévues.
2. Mettre à jour annuellement les paramètres du modèle d'analyse prévisionnelle.
3. Ajuster le plan d'action au besoin.

ACTEURS CONCERNÉS

Responsable : MSSS

Collaborateurs : Membres du Groupe de travail

ÉCHÉANCIER

Continu

planification de la main-d'œuvre dans le secteur des services préhospitaliers d'urgence



Annexes

ANNEXE I

PRÉSENTATION DU SYSTÈME DE MONITORAGE POUR LA PLANIFICATION DE LA MAIN-D'ŒUVRE DANS LE RÉSEAU DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX

Suzanne Jean
Planification et développement de la main-d'œuvre
MSSS - DGPMO

Août 2001

TABLE DES MATIÈRES

Faits saillants	5	3
Introduction	7	3
mandat du groupe de travail	8	3
dÉMARCHE MÉTHODOLOGIQUE	8	3
COMPOSITION DU GROUPE DE TRAVAIL	10	3
CHAPITRE 1 – ÉTUDE DE CADRAGE	11	3
1.1 CADRE RÉGLEMENTAIRE	13	3
1.2 ORGANISATION DES SERVICES PRÉHOSPITALIERS D'URGENCE	15	3
1.3 RÔLE ET RESPONSABILITÉS DES TECHNICIENS AMBULANCIERS	18	3
1.4 ÉVOLUTION DE LA PROFESSION	19	3
1.5 FORMATION	22	3
1.6 BESOINS DE MAIN-D'ŒUVRE	28	3
1.7 CONVENTIONS COLLECTIVES	28	3
1.8 NOUVELLES PRESSIONS SUR LES BESOINS DE MAIN-D'ŒUVRE	29	3
1.9 CONCLUSION	29	3
CHAPITRE 2 – OFFRE DE MAIN-D'ŒUVRE	31	3
2.1 EFFECTIF EN EMPLOI	33	3
2.2 EFFECTIF DISPONIBLE	34	3
2.3 PÉNURIE INITIALE	34	3
2.4 BESOINS DE REMPLACEMENT	35	3
CHAPITRE 3 – PROJECTION DE L'ATTRITION	37	3
CHAPITRE 4 – ESTIMATION DES BESOINS DE MAIN-D'ŒUVRE ET DU RECRUTEMENT	41	3
4.1 INDICE D'ÉVOLUTION DES BESOINS	43	3
4.2 PERSPECTIVES DE DÉVELOPPEMENT	44	3
CHAPITRE 5 – COMPARAISON ENTRE LES BESOINS DE RECRUTEMENT ET LE NOMBRE DE NOUVEAUX DIPLÔMÉS	45	3
PLAN D'ACTION	49	3
ANNEXE 1 – DESCRIPTION DU SYSTÈME DE MONITORAGE	65	3
ANNEXE 2 – STATISTIQUES SUR LA FORMATION DE BASE DÉTENUE PAR DES TECHNICIENS AMBULANCIERS AU QUÉBEC	79	3
Faits saillants		5
Introduction		7
Mandat du groupe de travail		8
dÉMARCHE MÉTHODOLOGIQUE		8
Composition du groupe de travail		10
chapitre 1 – ÉTUDE de cadrage		13
1.1 CADRE RÉGLEMENTAIRE		13
1.3 RÔLE ET RESPONSABILITÉS DES TECHNICIENS AMBULANCIERS		18
1.5 FORMATION		22
1.6 besoins de main-d'œuvre		28
Chapitre 2 – Offre de main-d'œuvre		33
2.1 effectif en emploi		33
2.2 EFFECTIF DISPONIBLE		34
2.3 PÉNURIE INITIALE		34
Chapitre 3 - pROJECTION DE L'ATTRITION		39
Chapitre 4 - estimation des besoins de main-d'œuvre et du recrutement		43
CHAPITRE 5 - COMPARAISON ENTRE LES BESOINS DE RECRUTEMENT ET LE NOMBRE DE NOUVEAUX DIPLÔMÉS		47
RÉSULTATS ATTENDUS		53
PLAN D'ACTION		53

ACTEURS CONCERNÉS	54
ÉCHÉANCIER	54
RÉSULTATS ATTENDUS	55
PLAN D' ACTION	55
ACTEURS CONCERNÉS	55
ÉCHÉANCIER	55
RÉSULTATS ATTENDUS	56
PLAN D' ACTION	56
ACTEURS CONCERNÉS	56
ÉCHÉANCIER	56
RÉSULTATS ATTENDUS	57
PLAN D' ACTION	57
ACTEURS CONCERNÉS	57
ÉCHÉANCIER	57
RÉSULTATS ATTENDUS	58
PLAN D' ACTION	58
ACTEURS CONCERNÉS	58
ÉCHÉANCIER	58
RÉSULTATS ATTENDUS	59
PLAN D' ACTION	59
ACTEURS CONCERNÉS	59
ÉCHÉANCIER	59
RÉSULTATS ATTENDUS	60
PLAN D' ACTION	60
ACTEURS CONCERNÉS	60
ÉCHÉANCIER	60
RÉSULTAT ATTENDU	61
PLAN D' ACTION	61
ACTEURS CONCERNÉS	61
ÉCHÉANCIER	61
2.1 Établissement d'une table de correspondance avec le MEQ	70
2.2 Lien direct avec la banque de données du MSSS	70
2.3 Facteur individu/poste	71
3.1 Projection de l'attrition	71
3.1.1 Projection initiale des départs	71
3.1.2 Choix du scénario d'évolution des statuts	72
3.1.3 Facteurs spécifiques de modulation des départs	72
3.2 Estimation de l'évolution des besoins et du recrutement	72
3.2.1 Année de départ de la projection	73
3.2.2 Secteur d'activité en développement	73
3.2.3 Évolution des besoins	73
3.2.4 Évolution organisationnelle	73
3.2.5 Évolution du nombre de jours de congé	73
3.2.6 Effectif désiré	74
3.2.7 Recrutement brut	74
3.2.8 Recrutement net ou nécessaire	74
3.3 COMPARAISON ENTRE LES BESOINS DE RECRUTEMENT ET LES DIPLÔMÉS DISPONIBLES	74
3.3.1 Projection des diplômés disponibles	74
3.3.2 Comparaison entre l'offre et les besoins	75
4 En cas de déséquilibre appréhendé	75
5 conclusion	75

1 PRÉSENTATION GÉNÉRALE

Le « système de monitoring » est un modèle quantitatif de prévision de main-d'œuvre mis au point par le Service de la planification et du développement de la main-d'œuvre du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). Ce modèle permet au MSSS d'anticiper à court et à moyen terme les besoins de recrutement pour les différentes catégories d'emploi du réseau dans le but de planifier en conséquence les besoins de formation de la main-d'œuvre en concertation avec le ministère de l'Éducation (MEQ).

Plus particulièrement, le modèle permet de comparer les besoins futurs de recrutement pour les différents titres d'emploi du réseau avec les prévisions de diplômés dans ces programmes. Des indications pourront alors être données au MEQ pour s'assurer d'une main-d'œuvre suffisante pour combler les besoins du réseau de la santé et des services sociaux dans les prochaines années.

2 REGROUPEMENTS DE TITRES D'EMPLOI

2.1 Établissement d'une table de correspondance avec le MEQ

Puisque l'objectif du modèle est de s'assurer de l'adéquation entre les besoins de main-d'œuvre du réseau et le nombre de diplômés disponibles dans les différentes catégories d'emploi, il est nécessaire d'établir d'abord une grille de correspondance entre les différents titres d'emploi du réseau de la santé et les programmes de formation du réseau de l'éducation. Cette grille a été confectionnée pour les titres d'emploi cliniques et fait présentement l'objet d'une validation auprès du MEQ.

Le modèle pourra ensuite être utilisé spécifiquement pour chacun des groupes de titres d'emploi associés à un programme de formation donné.

2.2 Lien direct avec la banque de données du MSSS

L'utilisateur du modèle doit d'abord faire la liste des titres d'emploi inclus dans le groupe pour lequel il veut faire la planification, et le modèle ira chercher directement dans la banque de données du MSSS la distribution des effectifs de ce groupe d'employés par groupe d'âge, sexe et statut (temps complet ou temps partiel). L'utilisateur peut aussi, s'il le désire, entrer lui-même une distribution d'effectif. Cela sera utile notamment dans les cas où la planification d'effectif dépassera le cadre du réseau de la santé.

2.3 Facteur individu/poste

La banque de données du MSSS ne nous permet pas de connaître de façon précise le nombre d'individus dans un titre d'emploi donné mais nous donne plutôt le nombre de postes occupés à la fin de l'année dans ce titre d'emploi. Puisqu'un même individu peut occuper plus d'un poste à la fois, dans un ou plusieurs établissements, il peut être souhaitable de convertir ce nombre de postes en nombre d'individus, pour plus de précision dans la suite des calculs. À cette fin, le modèle propose l'utilisation facultative d'un facteur estimatif de conversion : le « facteur individu/poste ».

À ce chapitre, dans le but d'obtenir des données plus précises sur les effectifs de notre réseau pour les besoins de la planification de la main-d'œuvre, il serait extrêmement utile d'obtenir pour nos fichiers un « identifiant » unique pour chaque employé du réseau. Nous pourrions ainsi mieux suivre les mouvements de personnel d'une année à l'autre et d'un établissement à l'autre sans risque de double comptage. Nous pourrions aussi valider annuellement nos prévisions d'attrition.

3 MODÈLE EN TROIS VOLETS

3.1 Projection de l'attrition

Le premier volet du modèle consiste à projeter jusqu'en 2015 l'attrition annuelle pour le groupe étudié. Le modèle projette les départs pour la retraite, pour décès et pour cessation d'emploi. On entend ici par « cessation d'emploi » toutes les causes autres que la retraite et le décès, conduisant à quitter le réseau.

3.1.1 Projection initiale des départs

Les taux de départs sous-jacents à ces projections sont construits à partir des taux établis par les actuaires de la Commission administrative des régimes de retraite et d'assurances (CARRA) pour les besoins des évaluations actuarielles du Régime de retraite des employés du gouvernement et des organismes publics (RREGOP).

À partir de ces taux et d'un fichier des participants au RREGOP, nous avons d'abord effectué des calculs précis pour chacun des employés du réseau en fonction de l'âge, du sexe, des années d'admissibilité à la retraite et du statut (temps complet ou temps partiel). Ensuite, en compilant les résultats individuels obtenus, nous avons calculé des taux moyens de retraite, décès et cessation d'emploi pour chaque groupe d'âge, sexe et statut.

Le modèle applique ces taux moyens d'attrition au groupe étudié, selon le profil démographique propre à ce groupe, pour en projeter les retraites, décès et cessations d'emploi jusqu'en 2015.

3.1.2 Choix du scénario d'évolution des statuts

Le modèle permet aussi à l'utilisateur de choisir des taux de départs différents en fonction de l'hypothèse qu'il fait quant à l'évolution future de la composition du groupe selon les statuts (temps complet et temps partiel). Puisque les taux de cessation d'emploi sont fortement conditionnés par le statut (le personnel temps partiel ayant une propension plus grande à quitter son emploi), cette option aura un impact important sur la projection des cessations d'emploi, et accessoirement sur la projection des retraites. L'utilisateur pourra donc projeter les départs en supposant que la composition des statuts demeurera constante dans le temps ou, à l'opposé, que tous tendront vers un statut d'employé à temps complet en matière de comportement de cessation d'emploi. Un scénario intermédiaire est aussi accessible. Cette possibilité offerte par le modèle permet à l'utilisateur de juger de la sensibilité de son hypothèse quant à la composition du groupe selon les statuts, sur la projection des départs.

3.1.3 Facteurs spécifiques de modulation des départs

Puisque, à la base, ces taux de départ ont été établis par la CARRA à partir de l'expérience de l'ensemble des participants du RREGOP au cours des dernières années (en tenant compte toutefois de l'effet des modifications au régime), il est évident que l'application uniforme de ces taux à des groupes particuliers ne reflète pas toujours le comportement propre du groupe par rapport à la moyenne, particulièrement en matière de cessation d'emploi. C'est pour combler cette lacune que le modèle prévoit l'introduction de « facteurs spécifiques de modulation des départs ». Ces facteurs permettent à l'utilisateur de moduler les départs, plus particulièrement les cessations d'emploi, pour tenir compte du comportement spécifique du groupe étudié, dans la mesure où cette information lui est disponible. Par exemple, il serait approprié d'appliquer un facteur multiplicatif aux cessations d'emploi moyennes, pour les groupes pour lesquels on observe une forte attraction vers l'extérieur du Québec. Chaque groupe est un cas d'espèce et doit faire l'objet d'un questionnement en cette matière.

3.2 Estimation de l'évolution des besoins et du recrutement

Le second volet du modèle consiste à estimer l'évolution des besoins de main-d'œuvre pour le groupe de titres d'emploi étudié, tout au long de l'horizon de projection, soit jusqu'en 2015. À cette fin, le modèle prévoit différents paramètres pour lesquels l'utilisateur devra exercer des options qui permettront la projection du niveau de main-d'œuvre optimal pour le groupe étudié.

3.2.1 Année de départ de la projection

D'abord, l'utilisateur doit poser un diagnostic sur la suffisance des effectifs pour l'année de départ de la projection. Ainsi, s'il y a surplus ou pénurie de main-d'œuvre, il faut en spécifier le niveau ainsi que l'horizon sur lequel il est réaliste de résorber ce surplus ou cette pénurie.

3.2.2 Secteur d'activité en développement

En second lieu, il faut vérifier si le groupe appartient à un secteur d'activité en développement. Si tel est le cas, il faut pouvoir quantifier le niveau et le rythme de ce développement. Inversement, certains groupes pourraient appartenir à des secteurs d'activité qui font l'objet de rationalisation et ainsi seraient en régression plutôt qu'en développement.

3.2.3 Évolution des besoins

Ensuite, le modèle demande de choisir l'orientation générale en matière d'évolution des besoins. Le modèle propose notamment les facteurs d'évolution pour les services médicaux tels qu'ils sont considérés pour la planification de l'effectif médical. S'il est raisonnable de penser que, de façon générale, les besoins pour la main-d'œuvre paramédicale évolueront à un rythme semblable à celui de la main-d'œuvre médicale, il peut en être autrement pour certains groupes particuliers. C'est pourquoi d'autres facteurs peuvent être introduits ici en fonction des particularités du groupe. Par exemple, si on le juge opportun, on pourrait considérer une évolution basée sur les taux moyens observés au cours des dernières années pour le groupe.

3.2.4 Évolution organisationnelle

Le modèle demande ensuite s'il faut prévoir un facteur pour tenir compte des changements en ce qui a trait à l'organisation du travail. Concrètement, ce paramètre a été conçu pour ajuster la projection des besoins dans le cas où l'on anticipe que le niveau moyen d'activité des individus variera dans le temps. Par exemple, si l'on anticipe que le nombre moyen d'heures travaillées par individu augmentera (dans le cas d'une réduction du nombre relatif d'occasionnels, par exemple), il faudra introduire ici un facteur multiplicatif qui viendra réduire proportionnellement l'augmentation des besoins d'effectifs.

3.2.5 Évolution du nombre de jours de congé

De la même manière, si l'on prévoit que le nombre moyen de jours travaillés par individu sera modifié par l'ajout ou la suppression de journées de congé, il faudra prévoir un facteur approprié pour en refléter l'impact sur l'évolution des besoins d'effectifs.

3.2.6 Effectif désiré

Finalement, le modèle combinera les différents facteurs pour déterminer à chaque année le niveau de main-d'œuvre désiré pour le groupe étudié. On en déduira l'ajout annuel nécessaire pour obtenir ce niveau désiré.

3.2.7 Recrutement brut

En combinant le nombre annuel des départs à résorber, tel qu'il a été évalué préalablement, avec l'accroissement annuel des besoins, comme il a été évalué plus haut, on obtient le nombre de personnes qu'il faudra ajouter à chaque année pour obtenir l'effectif désiré. C'est ce qu'on appelle, dans le modèle, le recrutement brut.

3.2.8 Recrutement net ou nécessaire

Le nombre net de personnes à recruter pour obtenir l'effectif désiré doit tenir compte de l'attrition propre à ce groupe de nouveaux arrivants au fil des années. Le nombre de personnes à recruter en tenant compte de cette réalité doit donc être supérieur au nombre brut initialement évalué. C'est ce qu'on appelle, dans le modèle, le recrutement net.

3.3 COMPARAISON ENTRE LES BESOINS DE RECRUTEMENT ET LES DIPLÔMÉS DISPONIBLES

Finalement, le dernier volet du modèle consiste à comparer les besoins nets de recrutement avec les diplômés disponibles pour juger de l'adéquation entre les besoins de main-d'œuvre et l'offre de services.

3.3.1 Projection des diplômés disponibles

Nous avons entrepris des échanges avec le MEQ dans le but d'obtenir leurs projections de diplômés disponibles pour l'emploi dans les différents programmes d'études qui concernent la santé et les services sociaux. Ces projections seront faites à partir du nombre d'étudiants actuellement en formation. Pour ce qui est des années ultérieures à l'année d'obtention du diplôme de la dernière cohorte en formation, les projections seront faites en supposant le maintien du niveau actuel relatif d'inscriptions dans les programmes, tout en considérant l'évolution démographique de la population étudiante.

3.3.2 Comparaison entre l'offre et les besoins

Nous introduirons ces projections directement dans le modèle pour nous permettre de juger de la suffisance du nombre de diplômés disponibles par rapport à nos besoins tout au long de l'horizon de projection. Pour chaque année, l'écart entre l'offre et le besoin sera calculé. Lorsque l'écart cumulatif atteindra un certain seuil que nous jugerons critique, le modèle inscrira un message d'alerte.

4 EN CAS DE DÉSÉQUILIBRE APPRÉHENDÉ

Il faut considérer que le modèle n'est pas une formule magique qui calcule de façon automatique les besoins de recrutement pour tous les titres d'emploi. Les paramètres retenus doivent être établis au préalable pour chaque groupe avec le plus de justesse possible. Aussi, advenant que le modèle nous amène à conclure que, pour un groupe donné, le nombre de diplômés disponibles attendus sera insuffisant pour combler les besoins attendus de main-d'œuvre et que ce déséquilibre est significatif, il faudra entreprendre, avec les partenaires concernés dans notre réseau, des travaux pour valider les paramètres d'évaluation qui ont conduit à établir ce diagnostic.

À la suite de ces travaux plus élaborés, et advenant que le diagnostic de déséquilibre appréhendé soit confirmé, des plans d'action spécifiques doivent être préparés sur les mesures à mettre en place. Ils peuvent prévoir des moyens pour augmenter le nombre d'inscriptions dans les programmes ou d'autres solutions, notamment en ce qui a trait à l'organisation du travail et aux conditions de travail.

5 CONCLUSION

Le « système de monitoring » est un outil de planification de la main-d'œuvre. Plus qu'un simple instrument de calcul, il constitue une démarche structurée pour réaliser cette planification.

La réalisation de cette démarche pour l'ensemble des emplois du secteur de la santé permettra de détecter les groupes les plus susceptibles d'afficher un surplus ou une pénurie importante. Ces résultats, combinés avec les situations problématiques qui peuvent nous être signalées par les partenaires du réseau (associations d'établissements, régies régionales, ordres professionnels, syndicats ou autres), serviront à déterminer les emplois pour lesquels une démarche plus approfondie est nécessaire.

Scénario: Techniciens ambulanciers

Description: Scénario retenu pour le rapport PMO.

A) Projection de l'attrition

- 1) Distribution des effectifs
Techniciens ambulanciers
- 2) Choix du facteur individu/poste pour estimer le nombre d'individus à partir du nombre de postes
Aucun ajustement
- 3) Choix des taux de départs selon les groupes et l'évolution des statuts

Syndiqués - Maintien des statuts actuels
- 4) Facteurs spécifiques de modulation des départs
Avec facteur spécifique pour retraites ou départs
- 5) Autres départs à résorber
Oui, en 2000 puisque l'effectif est en date de 2001

Distribution de l'effectif de départ

Âge	Femme TP	Femme TC	Homme TP	Homme TC	Total	Facteur individu/poste	Effectif ajusté
15	0	0	0	0	0	1	0,0
20	6	15	8	48	77	1	77,0
25	25	67	52	197	341	1	341,0
30	46	71	69	347	533	1	533,0
35	30	83	84	608	805	1	805,0
40	16	49	72	550	687	1	687,0
45	9	37	53	263	362	1	362,0
50	3	28	28	139	198	1	198,0
55	2	7	14	79	102	1	102,0
60	1	2	6	20	29	1	29,0
65	0	0	2	3	5	1	5,0
70	0	0	0	0	0	1	0,0
Total	138	359	388	2254	3139		3139,0

Projection initiale des départs

Année	Retraites	Décès	Cessations	Total
2000	23,2	5,5	50,3	79,0
2001	23,8	5,6	46,9	76,4
2002	25,5	5,8	43,9	75,2
2003	27,5	5,9	41,0	74,3
2004	30,9	6,1	38,2	75,2
2005	32,9	6,2	35,6	74,7
2006	36,0	6,4	33,2	75,6
2007	40,7	6,6	31,0	78,4
2008	44,0	6,8	29,1	79,9
2009	57,4	7,0	27,3	91,8
2010	61,7	7,1	25,3	94,1
2011	66,3	7,2	23,2	96,7
2012	70,4	7,3	21,3	99,0
2013	75,1	7,4	19,4	102,0
2014	78,3	7,5	17,7	103,5
2015	92,5	7,6	15,8	115,9
2016	102,7	7,5	13,9	124,2
Total	888,9	113,8	513,1	1515,8

Projection des départs (après modulation)

Année	Facteur retraites	Retraites pondérées	Décès	Facteur cessations	Cessations pondérées	Départs totaux	Autres départs
2000	1,00	23,2	5,5	1,00	50,3	79,0	-79
2001	1,35	32,1	5,6	1,50	70,4	108,2	0
2002	1,35	34,5	5,8	1,50	65,8	106,1	0
2003	1,35	37,1	5,9	1,50	61,5	104,4	0
2004	1,35	41,8	6,1	1,50	57,3	105,2	0
2005	1,35	44,4	6,2	1,50	53,3	104,0	0
2006	1,00	36,0	6,4	1,50	49,8	92,2	0
2007	1,00	40,7	6,6	1,50	46,6	93,9	0
2008	1,00	44,0	6,8	1,50	43,6	94,4	0
2009	1,00	57,4	7,0	1,50	41,0	105,4	0
2010	1,00	61,7	7,1	1,50	37,9	106,7	0
2011	1,00	66,3	7,2	1,50	34,8	108,4	0
2012	1,00	70,4	7,3	1,50	31,9	109,6	0
2013	1,00	75,1	7,4	1,50	29,1	111,7	0
2014	1,00	78,3	7,5	1,50	26,5	112,3	0
2015	1,00	92,5	7,6	1,50	23,7	123,8	0
2016	1,00	102,7	7,5	1,50	20,9	131,2	0
Total		938,1	113,8		744,5	1796,4	-79

Scénario: Techniciens ambulanciers

B) Estimation des besoins relatifs au recrutement

Description: Scénario retenu pour le rapport PMO.

6) Pénurie initiale

Aucune pénurie

7) Secteur d'activité en développement

Rythme d'activité maintenu

8) Facteur d'évolution des besoins

1,8 %

9) Facteur d'évolution organisationnelle

Aucune évolution

10) Facteur d'évolution dans le nombre de jours de congé accordés

Non

Estimation de l'évolution des besoins

Année	Pénurie initiale	Développement prévu	Évolution des besoins	Évolution organisationnelle	Évolution des congés	Effectif désiré	Ajout annuel pour accroissement des besoins
2000	0,0	1,0000	1,0000	1,0000	1,0000	3139,0	0,0
2001	0,0	1,0000	1,0180	1,0000	1,0000	3195,5	56,5
2002	0,0	1,0000	1,0180	1,0000	1,0000	3253,0	57,5
2003	0,0	1,0000	1,0180	1,0000	1,0000	3311,6	58,6
2004	0,0	1,0000	1,0180	1,0000	1,0000	3371,2	59,6
2005	0,0	1,0000	1,0180	1,0000	1,0000	3431,9	60,7
2006	0,0	1,0000	1,0180	1,0000	1,0000	3493,6	61,8
2007	0,0	1,0000	1,0180	1,0000	1,0000	3556,5	62,9
2008	0,0	1,0000	1,0180	1,0000	1,0000	3620,5	64,0
2009	0,0	1,0000	1,0180	1,0000	1,0000	3685,7	65,2
2010	0,0	1,0000	1,0180	1,0000	1,0000	3752,1	66,3
2011	0,0	1,0000	1,0180	1,0000	1,0000	3819,6	67,5
2012	0,0	1,0000	1,0180	1,0000	1,0000	3888,3	68,8
2013	0,0	1,0000	1,0180	1,0000	1,0000	3958,3	70,0
2014	0,0	1,0000	1,0180	1,0000	1,0000	4029,6	71,3
2015	0,0	1,0000	1,0180	1,0000	1,0000	4102,1	72,5
2016	0,0	1,0000	1,0180	1,0000	1,0000	4176,0	73,8

Estimation du recrutement nécessaire pour résorber les départs et satisfaire les besoins

Année	Départs attendus	Autres départs	Accroissement des besoins	Recrutement brut	Recrutement nécessaire
2000	79,0	-79	0,0	0,0	0,0
2001	108,2	0	56,5	164,7	174,0
2002	106,1	0	57,5	163,6	183,7
2003	104,4	0	58,6	163,0	193,8
2004	105,2	0	59,6	164,8	206,2
2005	104,0	0	60,7	164,6	216,6
2006	92,2	0	61,8	154,0	215,7
2007	93,9	0	62,9	156,8	228,2
2008	94,4	0	64,0	158,4	239,5
2009	105,4	0	65,2	170,6	261,8
2010	106,7	0	66,3	173,1	275,0
2011	108,4	0	67,5	175,9	288,5
2012	109,6	0	68,8	178,4	301,4
2013	111,7	0	70,0	181,7	315,0
2014	112,3	0	71,3	183,6	326,9
2015	123,8	0	72,5	196,3	349,8
2016	131,2	0	73,8	205,0	368,9
Total	1796,4	-79	1037,0	2754,3	4144,8

Scénario: Techniciens ambulanciers

Description: Scénario retenu pour le rapport PMO.

C) Comparaison entre les besoins relatifs au recrutement et les diplômés

11) Distribution des diplômés attendus

Scénario d'admission à 200 par année

12) Main-d'oeuvre résiduelle disponible

Aucune main-d'oeuvre résiduelle disponible

Année	Effectif désiré	Recrutement nécessaire	Diplômés attendus	Taux de disponibilité des diplômés	Diplômés disponibles	Main d'oeuvre résiduelle disponibles	Diplômés + main d'oeuvre résiduelle	Écart du recrutement		Écart cumulatif p.r. à l'effectif désiré	Écart cumulatif en % de l'effectif désiré	Alerte *
								Écart annuel	Écart cumulatif			
2000	3139	0	0	1,000	0	0	0	0	0	0	0,0%	
2001	3196	174	240	0,900	216	0	216	42	42	40	1,2%	
2002	3253	184	280	0,900	252	0	252	68	110	101	3,1%	
2003	3312	194	200	0,900	180	0	180	-14	97	89	2,7%	
2004	3371	206	200	0,900	180	0	180	-26	70	68	2,0%	
2005	3432	217	200	0,900	180	0	180	-37	34	40	1,2%	
2006	3494	216	200	0,900	180	0	180	-36	-2	15	0,4%	
2007	3557	228	200	0,900	180	0	180	-48	-50	-18	-0,5%	
2008	3621	240	200	0,900	180	0	180	-60	-110	-58	-1,6%	
2009	3686	262	200	0,900	180	0	180	-82	-191	-111	-3,0%	Alerte
2010	3752	275	200	0,900	180	0	180	-95	-286	-171	-4,6%	Alerte
2011	3820	288	200	0,900	180	0	180	-108	-395	-237	-6,2%	Alerte
2012	3888	301	200	0,900	180	0	180	-121	-516	-309	-7,9%	Alerte
2013	3958	315	200	0,900	180	0	180	-135	-651	-387	-9,8%	Alerte
2014	4030	327	200	0,900	180	0	180	-147	-798	-469	-11,6%	Alerte
2015	4102	350	200	0,900	180	0	180	-170	-968	-564	-13,8%	Alerte
2016	4176	369	200	0,900	180	0	180	-189	-1157	-669	-16,0%	Alerte

* Une alerte est signalée lorsque l'écart cumulatif en % de l'effectif désiré est inférieur ou égal à -3 %

ANNEXE 2

STATISTIQUES SUR LA FORMATION DE BASE DÉTENUÉ PAR LES TECHNICIENS AMBULANCIERS AU QUÉBEC

Formation de base des techniciens ambulanciers							
	150 Hres	186-214 Hres	290 Hres	340 Hres	810 Hres	840 Hres	Total
01 – Bas-Saint-Laurent	0	123	0	0	16	14	153
02 – Saguenay-Lac-Saint-Jean	80	18	0	4	18	20	140
03 – Québec	0	0	148	0	2	97	247
04 – Mauricie et Centre-du-Québec	139	10	0	47	43	6	245
05 – Estrie	57	27	0	9	9	27	129
06 et 13 Montréal-Centre et Laval (Urgences-Santé)	0	0	0	649	24	107	780
07 – Outaouais	0	0	0	103	3	18	124
08 – Abitibi-Témiscamingue	70	1	0	11	4	8	94
09 – Côte-Nord	71	1	0	0	2	10	84
10 – Nord-du-Québec	16	3	0	0	4	0	23
11 – Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine	0	0	0	121	6	0	127
12 – Chaudière-Appalaches	145	0	0	2	26	22	195
14 – Lanaudière	103	20	4	10	19	44	200
15 – Laurentides	128	4	0	13	12	27	184
16 – Montérégie	211	93	0	8	67	70	449
Total	1 020	300	152	977	255	470	3 174
source : MSSS, novembre 2000							

