

# RAPPORT DU FORUM NATIONAL *sur la planification*



*de la main  
d'oeuvre  
infirmière*

# RAPPORT DU FORUM NATIONAL *sur la planification*



*de la main  
d'oeuvre  
infirmière*

Québec 

Ministère de  
la Santé et des  
Services sociaux

Édition produite par :

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

Pour obtenir d'autres exemplaires 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<sup>e</sup> étage  
Québec (Québec)  
G1S 2M1**

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

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

Dépôt légal  
Bibliothèque nationale du Québec, 2001  
Bibliothèque nationale du Canada, 2001  
ISBN 2-550-37119-4

© Gouvernement du Québec

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

Québec, le 12 février 2001

Madame Pauline Marois  
Ministre d'État à la Santé et aux Services sociaux  
Gouvernement du Québec

Madame la Ministre,

À titre de président du Forum, il me fait plaisir de vous transmettre le rapport du Forum national sur la planification de la main-d'œuvre infirmière et son plan d'action qui ont fait consensus. Les membres du Forum vous demandent un engagement clair, politique et financier pour soutenir ce plan d'action et sa mise en œuvre.

Rappelons que le Forum national sur la planification de la main-d'œuvre infirmière a été créé à l'automne 1999 dans le cadre du processus général de la planification de la main-d'œuvre mis de l'avant par le ministère de la Santé et des Services sociaux.

Conformément au mandat, les travaux du Forum ont permis de dresser un portrait de la situation et d'établir les besoins quantitatifs et qualitatifs en matière de main-d'œuvre infirmière pour l'ensemble du Québec au cours des prochaines années.

Le rapport présente également un plan d'action. Ce plan comprend les objectifs visant à résorber la pénurie globale, à améliorer l'adéquation entre les compétences et les besoins des clientèles, à rendre la profession plus concurrentielle pour attirer un plus grand bassin de main-d'œuvre. Il prévoit aussi d'assurer le suivi des activités prévues au plan de même que la mise à jour annuelle du processus de planification de main-d'œuvre infirmière.

Le plan d'action détaille aussi les actions à réaliser au niveau local, au niveau régional et au niveau national.

Veillez agréer, Madame la Ministre, l'expression de nos meilleurs sentiments.

Gilles Gauthier

## TABLE DES MATIÈRES

PAGE

FAITS SAILLANTS.....7

MANDAT DU FORUM NATIONAL SUR LA PLANIFICATION  
DE LA MAIN-D'ŒUVRE INFIRMIÈRE .....10

INTRODUCTION.....15

ÉLÉMENTS DE CONTEXTE.....16

**CHAPITRE 1 :**     **La projection des besoins de recrutement en comparaison  
avec le nombre de diplômées disponibles.....23**

1.1 La démarche méthodologique .....23

1.2 L'offre de main-d'œuvre.....24

1.2.1 L'effectif en emploi.....24

1.2.2 L'effectif disponible.....26

1.2.3 La détermination de la pénurie initiale .....27

1.3 La projection de l'attrition .....28

1.3.1 L'effectif du réseau de la santé et des services sociaux .....28

1.3.2 L'effectif des infirmières en pratique au Québec .....30

1.4 L'estimation des besoins de main-d'œuvre et du recrutement .....33

1.5 La comparaison entre les besoins de recrutement et le nombre de diplômées .....37

1.5.1 Les diplômées.....37

1.5.2 La prévision du nombre de diplômées disponibles pour le recrutement .....39

1.5.3 La comparaison entre les besoins de recrutement  
et le nombre de diplômées.....40

**CHAPITRE 2 :**     **Le besoin d'une meilleure adéquation entre les compétences  
et les besoins.....43**

2.1 L'importance d'une meilleure adéquation entre les compétences et les besoins.....43

2.2 Les besoins particuliers.....44

2.3 Des données sur certains champs cliniques spécialisés des centres  
hospitaliers universitaires, des centres hospitaliers affiliés et des  
instituts universitaires.....46

2.4 Des infirmières mieux formées.....48

<b><u>CHAPITRE 3</u> :</b>	<b>Le défi du recrutement dans les années à venir.....</b>	<b>53</b>
----------------------------	--	-----------

<b><u>CHAPITRE 4</u> :</b>	<b>Le plan d'action.....</b>	<b>57</b>
----------------------------	------------------------------	-----------

<b>4.1</b>	<b>La plan d'action général.....</b>	<b>58</b>
<b>4.2</b>	<b>Le plan d'action détaillé.....</b>	<b>61</b>
<b>4.2.1</b>	<b>Au niveau local.....</b>	<b>61</b>
<b>4.2.2</b>	<b>Au niveau régional.....</b>	<b>64</b>
<b>4.2.3</b>	<b>Au niveau national.....</b>	<b>65</b>

**ANNEXES :**

<b>ANNEXE 1 :</b>	<b>→Statistiques complémentaires sur les infirmières du réseau .....</b>	<b>69</b>
<b>ANNEXE 2 :</b>	<b>→Présentation du « système de monitoring.....</b>	<b>77</b>
<b>ANNEXE 3 :</b>	<b>→Projection des besoins de recrutement et comparaison avec les diplômées disponibles.....</b>	<b>87</b>
<b>ANNEXE 4 :</b>	<b>→Plan d'action détaillé .....</b>	<b>99</b>
<b>ANNEXE 5 :</b>	<b>→Liste des références et liste des tableaux statistiques.....</b>	<b>143</b>

## **FAITS SAILLANTS**

### ***L'importance des infirmières dans le réseau de la santé et des services sociaux***

La contribution des infirmières est essentielle au fonctionnement du système de santé au Québec. On les retrouve en nombre dans toutes les catégories d'établissements et dans la quasi-totalité des secteurs d'activité du réseau de la santé et des services sociaux. Elles constituent près de 25 % de l'effectif total du réseau.

### ***La prévision d'une pénurie globale d'infirmières***

Les travaux du groupe de travail indiquent qu'à moins de changements importants, la pénurie actuelle d'infirmières, au lieu de se résorber, continuera de s'accroître, ce qui entraînera une crise majeure.

Le nombre de départs, qui était de près de 1 200 en 1999, augmentera progressivement jusqu'à près de 2 000 en 2006. À compter de 2007, au moins 2 000 personnes quitteront leur emploi chaque année jusqu'en 2015 ; la situation culminera en 2009 et 2010, où le nombre de départs pourrait atteindre 2 400.

Sur la base des prévisions du ministère de l'Éducation concernant le nombre de nouvelles diplômées tant au cégep qu'à l'université, on a estimé que le nombre de nouvelles infirmières disponibles sur le marché du travail au Québec au cours des prochaines années s'établira à 2 000 en 2002, croissant jusqu'à 2 300 en 2015.

Par comparaison, pour combler les départs attendus pour raisons de retraite, décès ou cessation d'emploi et pour faire face aux besoins croissants résultant du vieillissement de la population, il faudrait pouvoir recruter 2 500 nouvelles infirmières en 2002, et jusqu'à 3 600 en 2015.

À défaut de former environ 1 000 infirmières de plus à chaque année, on projette en 2015 une pénurie d'environ 17 500 infirmières par rapport aux besoins.

Ces prévisions s'appuient en grande partie sur des données observées au cours des dernières années. En les retenant, on suppose qu'il n'y aura aucun changement dans l'organisation du travail et les pratiques professionnelles actuelles. On fait également l'hypothèse qu'il y aura peu de changements dans les facteurs d'attraction pour cette profession et de rétention du personnel en place.

Ainsi, à moins que l'on mette en place un plan d'action énergique supposant la collaboration et l'implication de tous les intervenants concernés, la situation de la main-d'œuvre infirmière, déjà difficile, le deviendra encore plus, compromettant la capacité des établissements de maintenir l'accessibilité aux soins et la qualité des services.

### ***La nécessité de mettre l'accent sur la formation***

Le vieillissement de la population, la demande croissante de soins et de services, la plus grande complexité des soins à donner aux clientèles, les nouvelles façons de faire, l'évolution de la technologie dans le domaine de la santé, de même que les attentes et les exigences d'une population plus avertie, font en sorte que les infirmières devront être mieux formées tant par l'amélioration de la formation initiale que par celle de la formation en cours d'emploi. On devra également maximiser l'apport de l'expertise et de l'expérience acquise.

Le groupe a projeté les départs au cours des prochaines années des infirmières qui ont au moins un baccalauréat et calculé le nombre de nouvelles infirmières nécessaire pour maintenir constante la proportion actuelle de ces infirmières. Selon cette projection, le nombre de diplômées au baccalauréat ne sera pas suffisant pour combler les besoins.

En plus, dans un contexte de pénurie, les infirmières vont travailler plus d'heures. Dans un marché du travail favorable, il n'est pas sûr qu'elles demeurent aussi disponibles que par le passé pour poursuivre des études tout en travaillant. Toutefois, la décision déjà prise de mettre en place un programme intégré sur cinq ans DEC-BACC en soins infirmiers devrait faciliter la poursuite des études pour celles qui le souhaitent.

### ***La concurrence pour attirer des jeunes dans la profession***

La nécessité de former davantage d'infirmières au cours des prochaines années et de mieux les former s'inscrit dans une conjoncture difficile, alors qu'une combinaison de facteurs viendront influencer à la baisse la capacité d'attirer des jeunes, et en particulier des jeunes femmes, dans la profession d'infirmière.

En même temps que le nombre de jeunes diminue au Québec et que le ministère de l'Éducation prévoit une diminution du nombre d'étudiants, tant au cégep qu'à l'université, on assistera à une demande croissante de personnel qualifié dans les secteurs scientifiques et techniques. Le vieillissement de la population et l'accroissement des besoins en découlant amèneront vraisemblablement une demande accrue de main-d'œuvre dans toutes les professions reliées à la santé. Enfin, les femmes sont de plus en plus présentes dans les secteurs d'activité non traditionnels et les opportunités de carrière qui leur sont offertes n'ont jamais été aussi variées.

### ***L'adaptation du milieu de travail***

Au cours des dernières années, plusieurs facteurs environnementaux, structurels et conjoncturels ont eu un impact défavorable sur l'attraction et la rétention des infirmières. De plus, la pénurie actuelle, la surcharge de travail en découlant et le recours accru au temps supplémentaire accentuent les risques d'épuisement professionnel et font augmenter l'absentéisme, ce qui contribue à aggraver les problèmes dans les établissements. La situation ne pourra s'améliorer qu'à condition de mettre en place un milieu de travail assurant une réelle qualité de vie et donnant aux infirmières l'opportunité de réaliser leurs aspirations tant sur le plan professionnel que sur le plan personnel.

Parmi les facteurs les plus susceptibles d'améliorer la qualité de vie au travail, mentionnons une charge de travail appropriée, le leadership professionnel et le soutien clinique, une formation continue adéquate, le cheminement de carrière, l'aménagement du temps de travail, le respect professionnel, la protection contre les blessures et maladies professionnelles et des salaires intéressants.

### ***Le plan d'action***

Le plan d'action qui se trouve au chapitre 4 comprend des objectifs consistant à :

- résorber la pénurie globale ;
- améliorer l'adéquation entre les compétences et les besoins des clientèles ;
- rendre la profession plus concurrentielle pour attirer un plus grand bassin de main-d'œuvre ;
- effectuer un suivi des activités prévues au plan d'action et mettre à jour annuellement le modèle de projection et le plan d'action.

## **MANDAT DU FORUM NATIONAL SUR LA PLANIFICATION DE LA MAIN-D'ŒUVRE INFIRMIÈRE**

Le Forum national sur la planification de la main-d'œuvre infirmière a été créé à l'automne 1999 dans le cadre du processus général de planification de la main-d'œuvre mis de l'avant par le ministère de la Santé et des Services sociaux.

Le mandat du Forum consiste à mettre en commun les expertises, les préoccupations et les informations reliées à la planification des effectifs et proposer au Ministère des orientations et des plans d'action à partir de consensus à l'égard des différentes problématiques et de visions communes quant aux solutions à promouvoir.

La stratégie proposée présente les éléments suivants :

### 1. Établissement d'un consensus sur les besoins quantitatifs et qualitatifs d'effectifs

- Au niveau régional :
  - donner aux régies régionales le mandat de réaliser, pour la fin de la présente année de calendrier, une planification de main-d'œuvre régionale pour le secteur d'activité « infirmière », incluant les infirmières bachelières.
- Au niveau national : à partir des travaux du Forum national sur la planification de la main-d'œuvre infirmière :
  - établir un portrait de la situation actuelle qui tienne compte de l'effectif réseau actuel, de l'effectif inscrit au tableau de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ) et de l'effectif étudiant (collégial et universitaire) ;
  - établir une projection de l'effectif jusqu'en 2005 ;
  - établir une projection des besoins (régionaux et nationaux) à partir des exercices de planification régionaux ;
  - transmettre au ministère de l'Éducation (MEQ) un aperçu des besoins permettant d'établir les quotas de formation (collégial et universitaire).

### 2. Mise au point d'un plan d'action permettant de répondre aux besoins

Ce plan d'action devra :

- déterminer le partage des responsabilités entre les collaborateurs associés au plan d'action ;
- proposer des mesures à court terme permettant de maintenir l'offre de services à l'été 2000 ;
- proposer des mesures à moyen et long terme afin que le réseau puisse maintenir son offre de services, le temps de retrouver un équilibre de main-d'œuvre.

Les partenaires sont invités à explorer des moyens de transition par la révision de l'organisation du travail ainsi que par des actions liées à l'adaptation et au recyclage de la main-d'œuvre.

Enfin, ce plan devra prévoir des mesures permettant une révision continue des programmes de formation des infirmières, des parcours de formation permettant un rehaussement continu des compétences, que ce soit au moyen de programmes sur mesure ou de programmes dûment accrédités par le ministère de l'Éducation.

### 3. Mise au point d'un plan de communication pour diffuser le plan d'action

Le Ministère doit planifier et organiser, avec la collaboration de ses partenaires, des activités de communication à l'endroit du personnel infirmier du réseau, de même que des activités de promotion de la profession d'infirmière afin d'assurer la relève et d'atteindre les objectifs de croissance des effectifs.

Dès la première rencontre du Forum, ses membres confient au groupe de travail le mandat de modifier le plan de travail proposé pour tenir compte des commentaires résumés ci-après :

- à l'objectif de répondre globalement au besoin quantitatif de main-d'œuvre infirmière devrait s'ajouter la prise en considération des besoins différenciés de main-d'œuvre infirmière (ex. : besoins particuliers des centres hospitaliers universitaires, des CLSC, des secteurs cliniques spécialisés, etc.). Il est rappelé qu'il y a deux sources de réponse aux besoins de compétences : les nouvelles infirmières, les infirmières en emploi ;
- étant donné que le marché hors réseau de la santé et des services sociaux prend de l'importance et que le ministère de l'Éducation forme des élèves pour l'ensemble des marchés, la prise en compte des besoins du réseau de la santé et des services sociaux (RSSS) et des besoins hors réseau apparaît souhaitable ;
- en ce qui concerne les besoins qualitatifs de la main-d'œuvre infirmière, le projet de plan de travail présenté par le ministère de la Santé et des Services sociaux considérerait les compétences sous deux aspects, soit les compétences à l'embauche ainsi que l'acquisition et le maintien des compétences du personnel sur le marché du travail. L'inclusion de l'aspect du développement des compétences sera discuté au moment de la finalisation du plan de travail ;
- il est précisé que l'horizon des projections est de dix ans. Une plus grande précision est recherchée pour la première période quinquennale ;
- il est demandé au MEQ d'examiner la question relative à l'importance des besoins de nouvelles infirmières dans le total de la population étudiante. Est-ce que les programmes de soins infirmiers vont se retrouver en concurrence avec les autres programmes de formation dans un contexte prévisionnel d'une baisse démographique chez les jeunes ? De plus, le MEQ est invité à traiter et transmettre les informations sur les nouvelles diplômées ;

- le réseau de l'éducation ne pourrait répondre à court terme à des changements majeurs dans les besoins. Certaines mesures peuvent être réalisables à court terme alors que d'autres le seront à long terme.

Par ailleurs, il a été convenu que l'opération relative au plan de contingence de l'été 2000 ne relèverait pas du Forum mais se déroulerait parallèlement aux travaux du Forum puisque le problème de pénurie à cette période (de la mi-juin à la mi-septembre) était en grande partie lié aux besoins de remplacement pour l'été et que, de ce fait, pourrait être réglé par des solutions ponctuelles.

Le Forum a confié à un groupe de travail la responsabilité d'effectuer les travaux nécessaires à la réalisation du mandat.

Les travaux effectués par le groupe de travail jusqu'à maintenant ont permis de dresser un portrait de la situation et d'établir un consensus sur les besoins quantitatifs et qualitatifs en matière de main-d'œuvre infirmière pour l'ensemble du Québec. Enfin, le groupe a jugé bon d'étendre sur une période de quinze ans l'horizon de projection de manière à vérifier si les facteurs responsables de la pénurie anticipée jusqu'en 2010 allaient se perpétuer par la suite.

## COMPOSITION DU FORUM SUR LA PLANIFICATION DE LA MAIN-D'ŒUVRE INFIRMIÈRE

Le tableau suivant présente les organismes invités et les représentants délégués au FORUM :

Organismes	Représentants
Association des établissements privés conventionnés (AEPC)	Louise Ricard
Association des CLSC et des CHSLD du Québec (ACCQ)	Lucille Rocheleau
Association des hôpitaux du Québec (AHQ)	Daniel Adam
Fédération des infirmières et infirmiers du Québec (FIIQ)	Jennie Skene
Union québécoise des infirmières et infirmiers (UQII)	Louise Chabot* Nicole Boudreau**
Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ)	Gyslaine Desrosiers
Conférence des régies régionales de la santé et des services sociaux du Québec (CRRSSSQ)	Robert Garon***
Ministère de l'Éducation	Guy Demers Louis Gendreau
Ministère des Relations avec les citoyens et de l'Immigration	Jacques Landry* Lise Tanguay*
Ministère de la Santé et des Services sociaux	Gilles Gauthier Robert Tremblay Anne Magnan****

\* Mesdames Louise Chabot et Lise Tanguay et monsieur Jacques Landry ont joint le Forum à compter de mai 2000.

\*\* Madame Nicole Boudreau a remplacé madame Louise Chabot à compter de novembre 2000. Madame Claire Montour a, par ailleurs, assuré l'intérim en septembre et octobre 2000.

\*\*\* Monsieur Robert Garon a remplacé madame Hélène Levasseur à compter de mai 2000.

\*\*\*\* Madame Anne Magnan a remplacé madame Gisèle Poirier à compter de janvier 2000.

Monsieur Louis Roy, de la Fédération de la santé et des services sociaux (CSN), a joint le Forum le 15 novembre 2000.

## COMPOSITION DU GROUPE DE TRAVAIL SUR LA PLANIFICATION DE LA MAIN-D'ŒUVRE INFIRMIÈRE

Organismes	Représentants
Association des établissements privés conventionnés (AEPC)	Louise Ricard
Association des CLSC et des CHSLD du Québec (ACCQ)	Louise Trépanier Jacinthe Normand
Association des hôpitaux du Québec (AHQ)	Suzanne L. Michaud Raymond Paquin Richard Morin Estelle St-Onge Gilles Thomassin
Fédération des infirmières et infirmiers du Québec (FIIQ)	Thérèse Laforest
Union québécoise des infirmières et infirmiers (UQII)	Louise Chabot* Nicole Boudreau**
Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ)	Jocelyne Poirier Ginette Thériault Marie Valois
Conférence des régies régionales de la santé et des services sociaux du Québec	Philippe Benoit Hélène Levasseur***
Ministère de l'Éducation	Alain Rousseau Michel Desgagnés
Ministère des Relations avec les citoyens et de l'Immigration	Jacques Landry* Lise Tanguay*
Ministère de la Santé et des Services sociaux	Robert Tremblay Anne Magnan **** Micheline Ulrich*****

\* Mesdames Louise Chabot et Lise Tanguay, de même que monsieur Jacques Landry, se sont joints au groupe de travail à compter de mai 2000.

\*\* Madame Nicole Boudreau a remplacé madame Louise Chabot à compter de novembre 2000. Madame Claire Montour a, par ailleurs, assuré l'intérim en septembre et octobre 2000.

\*\*\* Madame Hélène Levasseur a participé aux travaux jusqu'en janvier 2000.

\*\*\*\* Madame Anne Magnan a remplacé madame Gisèle Poirier à compter de janvier 2000.

\*\*\*\*\* Madame Micheline Ulrich s'est jointe au groupe de travail à compter de février 2000.

De plus, madame Édith Côté, de l'Université Laval, a été invitée à participer comme observatrice aux travaux du groupe. Madame Hélène Gautron, du MEQ, a également contribué aux travaux, notamment pour projeter le nombre de nouvelles infirmières bachelières au cours des prochaines années. Enfin, il y a lieu de souligner la contribution particulière de madame Suzanne Jean, du MSSS, pour tous les travaux relatifs aux projections de main-d'œuvre.

Par ailleurs, madame Rachel Fluet, de la Fédération de la santé et des services sociaux (CSN), a joint le groupe de travail le 15 novembre 2000.

## INTRODUCTION

Le présent document présente le rapport du groupe de travail sur la planification de la main-d'œuvre infirmière.

Dans un premier temps, les éléments de contexte sont regroupés sous trois rubriques. La première rubrique trace un portrait sommaire de l'effectif infirmier actuel dans le réseau de la santé et des services sociaux et son évolution au cours des dernières années. La deuxième traite de l'organisation et la troisième de la rétention du personnel en place.

Le chapitre 1 du rapport présente la démarche méthodologique retenue, l'offre de main-d'œuvre, la projection de l'attrition, l'estimation des besoins de main-d'œuvre et du recrutement ainsi que la comparaison entre les besoins de recrutement et les diplômées disponibles.

Le chapitre 2 du rapport fait ressortir le besoin d'une meilleure adéquation entre les compétences et les besoins. En effet, disposer du nombre d'infirmières requis ne suffit pas, il faut également que les infirmières aient la formation et les compétences nécessaires pour répondre aux besoins des clientèles, y compris les besoins plus spécialisés.

Le chapitre 3 du rapport expose le défi du recrutement dans les années à venir. Ce défi consiste à attirer un nombre suffisant de jeunes dans la profession, compte tenu de la concurrence des autres secteurs de formation.

Le chapitre 4 du rapport présente le plan d'action général qui a fait l'objet d'un consensus du Forum ainsi que le plan d'action détaillé.

*Du fait de la présence massive des femmes dans la profession d'infirmière, le rapport emploie la forme féminine pour désigner aussi bien les hommes que les femmes.*

## ÉLÉMENTS DE CONTEXTE

Il importe au départ de bien situer certains éléments du contexte au moment de la mise en place du Forum national sur la planification de la main-d'œuvre infirmière et de la réalisation des travaux du groupe de travail.

Ces éléments de contexte sont présentés sous trois rubriques :

- un portrait sommaire de l'effectif infirmier dans le réseau de la santé et des services sociaux ;
- l'organisation ;
- la rétention du personnel en place.

### *Portrait sommaire de l'effectif*

L'infirmière exerce un rôle fondamental dans le système de santé. On la retrouve en nombre dans toutes les catégories d'établissements. En raison de sa position de pivot, l'infirmière est là pour accompagner le bénéficiaire tout au long de ses expériences de santé, quelles que soient les étapes de sa vie. Elle joue un rôle clé dans la promotion, le maintien et le recouvrement de la santé des bénéficiaires de tous âges.

Les données qui suivent illustrent bien l'importance de l'effectif infirmier et nous permettent d'apprécier l'ampleur des problèmes que le système de santé pourrait connaître si on ne trouve pas de solutions à la pénurie appréhendée de ce personnel.

En incluant les infirmières cadres, les infirmières constituent près de 25 % de l'effectif du réseau de la santé au 31 mars 1999. Sur les 222 327 personnes qui ont un emploi dans le réseau, on compte 55 076 infirmières. Près de 15 % (8 046) sont rémunérées selon l'échelle des bachelières. Les 2 529 infirmières cadres représentent plus de 25 % des cadres du réseau.

Elles sont présentes dans toutes les missions d'établissement. Près de 68 % des infirmières travaillent dans les centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés (CHSGS), 15,4 % dans les centres locaux de services communautaires (CLSC), 8,6 % dans les centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) et 4,0 % dans les centres hospitaliers de soins psychiatriques (CHPSY). Si on distingue les infirmières rémunérées selon l'échelle des bachelières de l'ensemble des infirmières, on observe que 53 % d'entre elles travaillent dans les CHSGS et 38 % dans les CLSC. Pour plus de détails sur la répartition des infirmières par mission selon le titre d'emploi, consulter le tableau 6 de l'annexe 1.

Au 31 mars 1999, près de 40 % des infirmières (infirmières cadres exclues) occupent un poste à temps complet régulier (T.C.R.) et 32 % un poste à temps partiel régulier (T.P.R.), alors que 28 % n'ont pas de poste attribué mais ont un statut de temps partiel occasionnel (T.P.O.).

Pour l'ensemble des soins infirmiers, incluant les infirmières auxiliaires et les préposés aux bénéficiaires, on compte 10 infirmières pour 2,6 infirmières auxiliaires et 5,6 préposés aux bénéficiaires. Les infirmières cadres ne sont pas comptées dans ce calcul.

Le nombre des infirmières du réseau de la santé et des services sociaux (incluant les infirmières bachelières) est passé de 45 948 en 1985-1986 à 52 547 en 1998-1999, ce qui représente une augmentation du nombre des infirmières de 1 % par année.

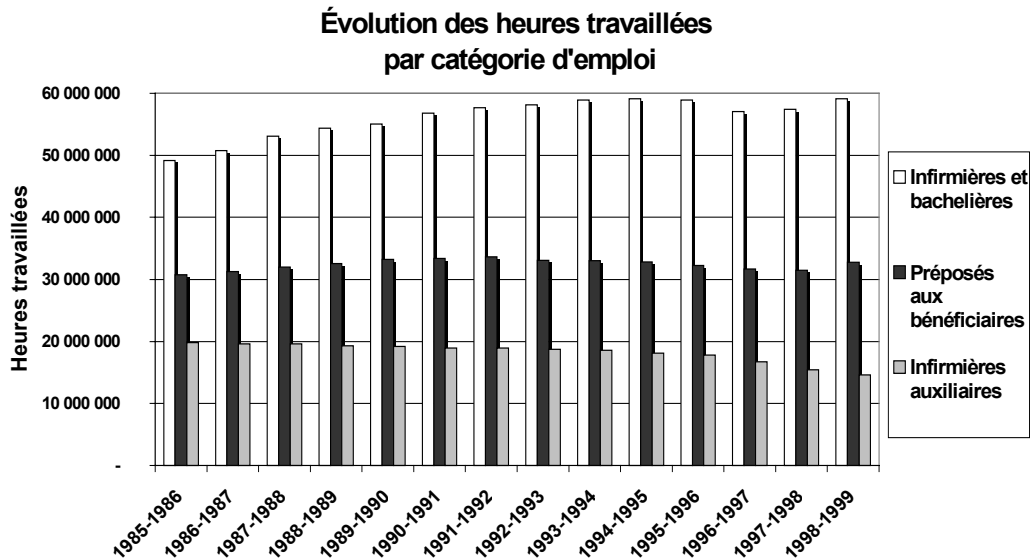
Si l'on exclut la période de 1995-1996 à 1998-1999, qui a connu des compressions budgétaires importantes, de même que la mise en place en 1996-1997 du programme de départs volontaires à la retraite, l'augmentation annuelle du nombre d'infirmières est de 1,7 %.

Pour les besoins de ses travaux, le comité a également examiné l'évolution du nombre total des heures travaillées par les infirmières, y compris les heures travaillées en temps supplémentaire. Cet indicateur excluait le temps chômé, telles les vacances et les absences pour divers motifs, et apparaissait au comité plus représentatif de l'évolution de l'offre de services requise pour offrir les soins.

La croissance annuelle moyenne des heures travaillées par les infirmières a été de 1,4 % par année pour la période de 1985-1986 à 1998-1999, et de 2,1 % si l'on ne considère que la période 1985-1986 à 1994-1995.

Pour l'ensemble du secteur des soins infirmiers, incluant les infirmières auxiliaires et les préposés aux bénéficiaires, la croissance annuelle moyenne a été moins rapide que pour les infirmières et bachelières (infirmières cadres exclues) (0,5 % vs 1,4 %) pour la période de 1985-1986 à 1998-1999, ce qui s'explique principalement par une réduction des heures travaillées par les infirmières auxiliaires (- 2,3 %) pour la même période, alors que le nombre d'heures travaillées par les préposés aux bénéficiaires est demeuré à peu près stable. Le graphique 1 qui suit illustre ce phénomène.

# Graphique 1



À l'annexe 1, on présente quelques statistiques complémentaires sur les infirmières du réseau.

## *L'organisation*

Au cours des dernières années, plusieurs événements sont venus modifier le contexte de travail des infirmières.

On peut mentionner comme étant les plus significatifs :

- le programme de départs volontaires à la retraite, dont plus de 4 200 infirmières se sont prévaluées et qui a eu comme conséquence de créer une pénurie d'infirmières et en particulier une perte d'expertise difficile à combler à court terme dans l'ensemble des établissements ;
- le contingentement des programmes de soins infirmiers de 1996 à 1999, qui est venu s'ajouter aux signaux négatifs en provenance du marché du travail (faibles perspectives d'emploi, précarité, fardeau de tâches) pour réduire l'attrait des jeunes pour les études en soins infirmiers ;

- des changements dans les lieux et les sites d'intervention. On connaît notamment le virage ambulatoire, avec une diminution des durées de séjour, le maintien à domicile, la mise en place d'un continuum de soins et de services et un accroissement du travail en interdisciplinarité ;
- les mouvements de personnel importants et les problèmes d'intégration résultant des fermetures, des fusions d'établissements et des changements de mission ;
- l'évolution des technologies et des pratiques médicales en même temps que commencent à s'accroître les besoins résultant du vieillissement de la population ;
- les débats sur la formation des infirmières et sur la place des infirmières auxiliaires ;
- la très grande vulnérabilité des établissements au cours des deux derniers étés, qui a nécessité la mise en place d'un plan de contingence pour l'été 1999 et pour l'été 2000, avec notamment des programmes de recyclage pour le retour à la profession des infirmières inactives, l'attribution de garanties aux nouvelles candidates par les établissements au moment du recrutement et, enfin, une plus forte utilisation du temps supplémentaire ;
- la mise en place à l'été 2000 d'un programme d'externat en soins infirmiers ;
- un modèle d'architecture d'emplois qui découle des années de compressions budgétaires à répétition et d'une stratégie de main-d'œuvre établie en fonction de situations de surplus de personnel. Il s'agit d'un modèle caractérisé par la géométrie variable du nombre d'heures de travail, par une base importante d'emplois à temps partiel et par une équipe de base minimale ;
- la présence de modèles de distribution de soins requérant une forte proportion d'infirmières dans l'équipe de soins, par exemple le modèle des soins intégraux et l'adoption de nouvelles approches cliniques, tel le suivi systématique des clientèles ;
- des études qui démontrent que les infirmières sont particulièrement à risque sur le plan de la détresse psychologique ;
- un alourdissement des tâches, plusieurs situations où les infirmières en place sont épuisées et l'augmentation des absences de longue durée ;
- la diminution importante du personnel d'encadrement ;
- une augmentation considérable du temps supplémentaire (voir tableau 13 à l'annexe 1).

Il faut mentionner également que les périodes de pointe de l'été, des Fêtes et de la relâche scolaire, en raison des fortes prises de congé, accentuent le besoin d'effectifs de remplacement.

### *La rétention du personnel en place*

Plusieurs facteurs sont susceptibles d'avoir une influence sur l'attraction et la rétention du personnel en place. Pour mener à bien ses travaux, le groupe de travail a consulté une documentation volumineuse. On trouvera à l'annexe 4 une liste des références.

Le statut d'emploi est un facteur déterminant. Les données dont nous disposons démontrent que les employés à temps complet ont un taux de cessation d'emploi beaucoup moins élevé que les employés à temps partiel. En effet, le taux de cessation des employés à temps partiel varie selon l'âge et est de 2,5 à 3 fois plus élevé que celui des employés à temps complet.

Rappelons qu'au 31 mars 1999, en excluant les infirmières cadres, près de 40 % des infirmières occupaient un poste à temps complet, 32 % occupaient un poste à temps partiel et 28 % avaient un statut d'employé occasionnel.

Cette précarité joue certes un rôle important sur la rétention des infirmières sur le marché du travail. D'autres facteurs présents dans plusieurs milieux de travail ont aussi un impact défavorable sur la rétention de la main-d'œuvre infirmière.

À ce sujet, on peut rappeler les propos du groupe de travail sur la planification stratégique de la main-d'œuvre infirmière mis en place à la suite de la décision du 25 juin 1998 du Conseil des services essentiels<sup>1</sup>.

On y mentionnait alors l'alourdissement des tâches inhérentes à l'exercice de la profession infirmière résultant notamment de la transformation trop rapide du réseau sociosanitaire, des fermetures et des fusions d'établissements, des rationalisations, des compressions budgétaires, des changements dans les pratiques professionnelles et institutionnelles, du vieillissement de la population générateur de nouveaux besoins en soins et en services et des départs à la retraite.

De plus, ce groupe de travail a mis en évidence plusieurs autres facteurs ayant un impact sur la rétention des infirmières :

- le manque de personnel infirmier et les équipes de base stables qui sont insuffisantes ;
- la difficulté à remplacer des infirmières dans certaines spécialités. On observe des lacunes en ce qui a trait à la formation en cours d'emploi, notamment pour préparer une relève apte à travailler dans des unités particulières ;

---

1. Ce groupe était composé de représentants de l'Association des établissements privés conventionnés (AEP), de l'Association des CLSC et des CHSLD du Québec (ACCQ), de l'Association des hôpitaux du Québec (AHQ), de la Fédération des infirmières et infirmiers du Québec (FIIQ), de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ), de la Conférence des régies régionales de la santé et des services sociaux du Québec et du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS).

- une forte migration d'un établissement à l'autre des infirmières non titulaires de poste, phénomène attribuable à une surenchère grandissante résultant des formules dites de « garanties de travail » ; la concurrence interétablissement et interrégionale est très forte pour attirer de la main-d'œuvre infirmière ;
- le fait que depuis 1997, l'ensemble des établissements du réseau sociosanitaire enregistrent une augmentation importante de l'utilisation du temps supplémentaire pour répondre au volume accru des activités ;
- le manque de ressources infirmières, notamment pour répondre aux surcroûts de travail actuels, de sorte que beaucoup d'établissements obligent de plus en plus les infirmières à faire du temps supplémentaire ; la fatigue physique et psychologique s'accroît au sein de la main-d'œuvre infirmière ;
- le fait que les infirmières sur la liste de disponibilité vivent des difficultés importantes : appels au jour le jour, à toute heure, horaires variables, disponibilité sur trois quarts de travail et disponibilité exprimée à plus d'un établissement de sorte que la qualité de vie de ces personnes est affectée et que plusieurs d'entre elles songent à réorienter leur carrière dans d'autres secteurs d'activité.

Ainsi, non seulement au cours de ces travaux mais également dans plusieurs autres études, on a décelé plusieurs facteurs susceptibles d'avoir une influence importante sur les taux de rétention. Il s'agit notamment des facteurs liés à l'organisation du travail, au climat de travail, à la motivation des infirmières, à la charge de travail et au rythme de travail, au sentiment d'appartenance à une équipe de travail, à la capacité d'intervenir sur les décisions qui les concernent, à la reconnaissance professionnelle et au soutien tant organisationnel que professionnel.

Il est important d'agir sur l'ensemble de ces facteurs pour améliorer la situation, et ce, d'autant plus qu'une pénurie d'infirmières amène une surcharge de travail susceptible de créer un cercle vicieux accentuant les problèmes de rétention.



## **CHAPITRE 1 : La projection des besoins de recrutement en comparaison avec le nombre de diplômées disponibles**

Dans ce chapitre, on présente la démarche méthodologique, on précise l'offre actuelle de main-d'œuvre disponible au départ, on projette l'attrition attendue au cours des prochaines années, tant pour le réseau que hors réseau, on estime selon divers scénarios les besoins futurs de main-d'œuvre, on projette le nombre de diplômées disponibles et on présente les écarts entre les besoins et le nombre de diplômées disponibles.

Les nombres qui apparaissent dans les tableaux de prévision qui suivent sont présentés à l'unité près, c'est-à-dire sans avoir été arrondis davantage (à la centaine près, par exemple). Cependant, étant donné que ces nombres font référence à des résultats de projections plutôt qu'à des données statistiques, il faut les considérer en tant qu'« ordre de grandeur » plutôt qu'en valeur absolue, malgré leur précision apparente.

### **1.1 LA DÉMARCHE MÉTHODOLOGIQUE**

Le Service de la planification et du développement de la main-d'œuvre du ministère de la Santé et des Services sociaux a mis au point un système informatisé de monitoring pour la planification de la main-d'œuvre de son réseau.

Ce système permet l'entrée et le calcul de variables qui influent sur la projection de l'offre et de la demande de main-d'œuvre<sup>2</sup>.

La démarche consiste essentiellement à :

- 1) déterminer l'offre actuelle de main-d'œuvre infirmière, dans le réseau et hors réseau ;
- 2) projeter l'attrition annuelle des infirmières travaillant dans le réseau et hors réseau jusqu'en 2015 ;
- 3) estimer les besoins de main-d'œuvre infirmière du réseau jusqu'en 2015 ;
- 4) comparer les besoins nets de recrutement avec la relève disponible et juger de l'adéquation entre les besoins de main-d'œuvre et l'offre de main-d'œuvre.

L'approche inclut l'étude de plusieurs scénarios de projection de l'offre et de la demande de main-d'œuvre. Chaque scénario comporte une sélection de variables reflétant diverses hypothèses quant à l'évolution des départs, l'ampleur de la pénurie d'effectifs initiale, le rythme de croissance des besoins et du développement anticipé.

Le groupe de travail a été invité à fournir des précisions sur chaque variable et à se prononcer sur le scénario reflétant le mieux la situation actuellement prévisible.

---

2. On trouve à l'annexe 2 une description exhaustive du modèle d'analyse.

## 1.2 L'OFFRE DE MAIN-D'ŒUVRE

La première étape de la démarche de planification de la main-d'œuvre consiste à déterminer l'offre actuelle de main-d'œuvre. Dans le présent exercice, cette offre est composée de la somme de l'effectif en emploi et de l'effectif disponible. C'est également à cette étape qu'on établit la pénurie initiale.

### 1.2.1 L'effectif en emploi

Nous présentons l'effectif des infirmières par groupe d'âge selon la catégorie d'emploi pour le réseau de la santé et des services sociaux et l'effectif des infirmières en pratique au Québec par groupe d'âge selon le secteur d'emploi. Il est à noter que toute infirmière qui utilise le titre d'infirmière ou qui exerce des activités professionnelles comme infirmière au Québec doit être inscrite au tableau de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ). Nous retrouvons dans cet effectif l'ensemble des infirmières qui travaillent au Québec, y compris celles qui travaillent hors réseau, notamment dans le secteur privé et le réseau de l'éducation.

**Tableau 1**

**Infirmières du réseau de la santé et des services sociaux  
Total des infirmières en emploi au 31 mars 1999**

Âge	Infirmières cadres	Infirmières bachelières	Infirmières	Total
20-24	-	163	3 023	3 366
25-29	20	828	4 975	5 823
30-34	84	1 281	6 388	7 753
35-39	267	1 379	7 011	8 657
40-44	523	1 561	8 207	10 291
45-49	606	1 575	8 174	10 355
50-54	749	919	4 787	6 455
55-59	244	292	1 437	1 973
60-64	31	41	278	350
65-69	5	5	35	45
70 et +	-	2	6	8
<b>Total</b>	<b>2 529</b>	<b>8 046</b>	<b>44 501</b>	<b>55 076</b>

Les données de base pour le réseau de la santé et des services sociaux proviennent de la banque de données du ministère de la Santé et des Services sociaux. Cette banque ne permet pas de connaître de façon précise le nombre d'infirmières oeuvrant dans le réseau mais plutôt le nombre d'emplois occupés. Ainsi, si une infirmière travaille dans deux établissements, elle est comptée deux fois. Il y a aussi la notion d'équivalent temps plein. Comme une bonne proportion des infirmières travaillent à temps partiel, le temps travaillé par les 55 076 infirmières équivaut en fait au travail de 38 622 infirmières travaillant à temps complet (E.T.C.).

**Tableau 2**

**Infirmières du réseau de la santé et des services sociaux  
Nombre en emploi et en E.T.C.**

	<b>En emploi au 31 mars 1999</b>	<b>E.T.C. en 1998-1999</b>
Infirmières cadres	2 529	2 044
Infirmières bachelières	8 046	6 099
Infirmières	44 501	30 479
<b>Total</b>	<b>55 076</b>	<b>38 622</b>

Le tableau qui suit présente le nombre d'infirmières en pratique au Québec par groupe d'âge et secteur d'emploi au 1<sup>er</sup> novembre 1999. Les infirmières travaillant au sein du réseau de la santé et des services sociaux représentent 87,1 % des infirmières en pratique au Québec. Dix pour cent travaillent dans le privé alors que 1,6 % sont dans le réseau de l'éducation.

**Tableau 3**

**Répartition par groupe d'âge des infirmières en pratique au Québec  
au 1<sup>er</sup> novembre 1999<sup>3</sup>**

<b>Âge</b>	<b>RSSS</b>	<b>Privé</b>	<b>Éducation</b>	<b>Autres</b>	<b>Total</b>
19-24	2 947	330	-	7	3 284
25-29	4 857	658	14	20	5 549
30-34	6 943	566	32	47	7 588
35-39	8 036	707	65	95	8 903
40-44	9 828	845	133	125	10 931
45-49	10 348	814	267	137	11 566
50-54	7 189	1 039	301	129	8 658
55-59	2 440	843	99	63	3 445
60-64	471	318	30	19	838
65 et +	101	178	4	7	290
<b>Total</b>	<b>53 160</b>	<b>6 298</b>	<b>945</b>	<b>649</b>	<b>61 052</b>

3. Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, Rapport 1, *Infirmières par secteur d'emploi selon le tableau du 1<sup>er</sup> novembre 1999*.

## 1.2.2 L'effectif disponible

Plusieurs facteurs affectent l'effectif disponible.

D'après les données de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec au 1<sup>er</sup> novembre 1999, 4 436 infirmières sont sans employeur, ce qui représente 6,7 % des 65 933<sup>4</sup> membres de l'OIIQ ; 45,2 % de ces 4 436 infirmières, soit 2 007, ont le statut de membre retraité. On sait par ailleurs que pour les établissements qui ont fait un rappel auprès de leurs infirmières retraitées, le nombre d'infirmières ayant accepté un retour au travail était très marginal.

On pourrait croire qu'un nombre important d'infirmières inscrites comme membres actifs, soit les 2 429 restantes (4 436 – 2 007) pourraient être disponibles pour occuper un emploi. Toutefois, une enquête effectuée par l'OIIQ en avril 1999<sup>5</sup> auprès des infirmières sans employeur au moment de l'opération *Retour à la profession* a permis de déceler les raisons suivantes pour expliquer cette non- disponibilité pour le travail. Ce sont : retour aux études, raisons d'ordre familial, conditions de travail difficiles du réseau de la santé, problèmes de santé personnels, intérêt pour le retour au travail à une date ultérieure, choix d'une autre carrière ou retraite. Donc, dans les faits, ces infirmières ne seraient pas présentement disponibles pour occuper un emploi<sup>6</sup>.

Deux autres éléments retiennent notre attention, soit le temps supplémentaire effectué par les infirmières occupant un emploi à temps partiel et la disponibilité de ces infirmières à travailler à temps plein.

Sur les 55 076 infirmières en emploi dans le réseau, 58,8 % travaillent à temps partiel, soit à temps partiel régulier ou à temps partiel occasionnel. De plus, l'examen du travail effectué en temps supplémentaire révèle que seulement 50,6 % des heures supplémentaires sont effectuées par des infirmières à temps partiel régulier ou à temps partiel occasionnel, et ce, même si ces infirmières représentent 58,8 % de l'effectif. C'est donc dire que les infirmières à temps complet effectuent proportionnellement plus de temps supplémentaire que les infirmières à temps partiel.

Au premier abord, cette situation surprend. On s'attendrait à ce que la majorité du temps supplémentaire soit effectué par les infirmières ayant le statut d'employée à temps partiel régulier ou occasionnel. Ce n'est pas le cas, car le temps supplémentaire à faire est offert en premier lieu aux détentrices de poste selon l'ancienneté, et qu'il s'agit principalement d'infirmières à temps complet régulier. De plus, il semble qu'une bonne proportion du temps supplémentaire effectué soit le prolongement d'un

---

4. Les 65 933 membres de l'OIIQ sont répartis de la façon suivante : avec employeur : 61 497 (au Québec : 61 052 ; hors Québec : 445) sans employeur : 4 436 (membres actifs : 2 429 ; membres retraités : 2007).

5. Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, *Statistiques sur la population infirmière par région administrative à partir du fichier des membres au 1<sup>er</sup> novembre 1999*, p. 10.

6. Des données récentes tirées d'un rapport de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec en date de novembre 2000 et portant sur l'effectif en date du 31 mars 2000 nécessitent de nuancer cette affirmation. En effet, le nombre d'infirmières inscrites à l'OIIQ sans emploi déclaré en soins infirmiers est passé de 3 204 au 31 mars 1999 à 1 760 au 31 mars 2000.

quart de travail dans les secteurs spécialisés. Il faut mentionner également la disponibilité offerte par les infirmières travaillant à temps partiel régulier et occasionnel qui peut fluctuer au cours de l'année et créer une pression sur les autres effectifs.

En considérant la proportion importante des infirmières travaillant à temps partiel (régulier ou occasionnel), il est conséquent de penser que la pénurie d'infirmières pourrait être en grande partie résolue par l'offre de postes à temps complet aux infirmières travaillant à temps partiel. Toutefois, aucune étude ne permet de quantifier la proportion des infirmières ayant un statut d'employée à temps partiel qui seraient intéressées à travailler à temps complet. On sait par ailleurs qu'une proportion de ces infirmières ne peuvent pas ou ne souhaitent pas travailler à temps complet et se déclarent peu disponibles pour effectuer des heures supplémentaires.

Il serait important que l'on se penche rapidement sur cette question afin de mesurer jusqu'à quel point on pourrait augmenter le nombre de postes à temps complet ou le nombres d'heures effectuées par des infirmières travaillant à temps partiel. Dans ses travaux, le groupe de travail n'a pas considéré ce facteur.

### **1.2.3 La détermination de la pénurie initiale**

Le groupe de travail devait déterminer au début de ses travaux si le réseau était déjà dans une situation de pénurie d'infirmières et, si oui, quelle était l'ampleur de cette pénurie.

Le groupe de travail a reconnu l'existence d'une pénurie et a estimé celle-ci à 1 500 sur la base de trois indicateurs :

- la comparaison du nombre d'emplois en 1998-1999 par rapport à 1995-1996, année où le réseau ne se considérait pas en pénurie d'effectifs. L'écart constaté est de l'ordre de 1 000 emplois ;
- la différence entre les heures supplémentaires effectuées en 1998-1999 par rapport à 1995-1996 ; étant donné qu'une infirmière à temps partiel occasionnel travaille en moyenne 840 heures par année, la différence entre les heures supplémentaires effectuées en 1998-1999 par rapport à 1995-1996 correspond au travail effectué par 824 infirmières à temps partiel occasionnel (T.P.O.) ;
- la pénurie d'infirmières dans le bilan effectué par les régies régionales pour la préparation du plan de contingence pour l'été 2000 a été estimée à 2 252.

### 1.3 LA PROJECTION DE L'ATTRITION

La deuxième étape de la démarche de planification de la main-d'œuvre consiste à projeter l'attrition annuelle des infirmières. Il s'agit de projeter les départs pour retraite, les décès et les cessations d'emploi. On entend par cessation d'emploi la situation où une personne quitte son emploi pour des raisons autres que la retraite ou le décès. Cette projection est effectuée sur l'effectif du réseau de la santé et des services sociaux ainsi que sur l'effectif des infirmières en pratique au Québec.

#### 1.3.1 L'effectif du réseau de la santé et des services sociaux

L'effectif retenu pour la projection est de 51 071. On arrive à ce nombre en appliquant un facteur « individu/emploi » aux 55 076 infirmières en emploi au 31 mars 1999. On obtient ce facteur en comparant le nombre d'infirmières en emploi selon la banque de données du ministère de la Santé et des Services sociaux avec les fichiers de la Commission administrative des régimes de retraite et d'assurances (CARRA) pour tenir compte du fait que plusieurs infirmières occupent plus d'un emploi dans le réseau. Ce facteur vise donc à estimer le nombre total de personnes plutôt que le nombre d'emplois.

**Tableau 4**

#### **Distribution de l'effectif du réseau**

<b>Âge</b>	<b>Effectif en emploi</b>	<b>Facteur individu/emploi</b>	<b>Effectif ajusté</b>
20-24	3 366	0,836	2 814
25-29	5 823	0,866	5 043
30-34	7 753	0,918	7 117
35-39	8 657	0,936	8 103
40-44	10 291	0,948	9 756
45-49	10 355	0,953	9 868
50-54	6 455	0,948	6 119
55-59	1 973	0,945	1 865
60-64	350	0,957	335
65-69	45	0,964	43
70 et +	8	1	8
<b>Total</b>	<b>55 076</b>		<b>51 071</b>

La projection des départs tient compte des départs par retraite, décès et cessation d'emploi. Les taux de départs sous-jacents à ces projections sont déterminés à partir des taux établis par les actuaires de la CARRA pour les besoins des évaluations actuarielles du Régime de retraite des employés du gouvernement et des organismes publics (RREGOP). Notons que ces taux portent sur l'ensemble des participants au RREGOP. À partir de ces taux et d'un fichier des participants au RREGOP, des taux

moyens de retraite, décès et cessation ont été établis et appliqués au groupe des infirmières selon leur profil démographique (âge, sexe, années d'admissibilité à la retraite, statut) pour en projeter jusqu'en 2015 les retraites, décès et cessations d'emploi.

En ce qui concerne les départs pour la retraite, les taux utilisés tiennent compte des nouvelles dispositions au régime de retraite, récemment accordées dans le cadre du renouvellement des conventions collectives. Ces nouvelles dispositions incluent notamment une amélioration des critères d'admissibilité à la retraite et la pleine reconnaissance des années d'admissibilité pour les employés à temps partiel.

Relativement à la cessation d'emploi, le groupe a examiné divers scénarios puisque les taux de cessation d'emploi diffèrent de manière significative pour les employés à temps complet et les employés à temps partiel. En effet, selon l'âge, le taux de cessation d'emploi des employés à temps partiel est de 2,5 à 3 fois plus élevé que celui des employés à temps complet.

Ainsi, entre, d'une part, l'application directe des taux de cessation d'emploi en fonction de la composition actuelle de l'effectif selon les statuts d'employé à temps complet et d'employé à temps partiel, et, d'autre part, l'application des taux en présumant que tous auraient un comportement d'employé à temps complet en matière de cessation d'emploi, le groupe a retenu une hypothèse « intermédiaire » supposant qu'en situation de pénurie, comme on l'anticipe pour les prochaines années, il y aura une proportion plus importante d'emplois avec un nombre d'heures se rapprochant du temps complet, donc un taux de cessation d'emploi moins élevé<sup>7</sup>.

Le tableau ci-après nous indique que d'ici à 2015 le réseau de la santé perdra 28 244 infirmières. De ce nombre, plus de 70 % prendront leur retraite, environ 4 % décèderont et près de 25 % quitteront leur emploi pour d'autres raisons que la retraite ou le décès.

---

7. On trouvera, à l'annexe 3, le tableau 4 illustrant l'impact sur les besoins de recrutement selon les trois hypothèses d'application des taux de cessation d'emploi.

**Tableau 5****Projection des départs des infirmières travaillant  
dans le réseau de la santé et des services sociaux**

<b>Année</b>	<b>Retraites</b>	<b>Décès</b>	<b>Cessations</b>	<b>Total</b>
1999	257	60	627	945
2000	446	63	592	1 101
2001	510	66	561	1 137
2002	625	69	526	1 220
2003	791	72	490	1 353
2004	885	74	458	1 416
2005	1 028	77	427	1 531
2006	1 167	79	397	1 643
2007	1 381	81	369	1 830
2008	1 543	81	343	1 967
2009	1 688	81	317	2 086
2010	1 746	79	294	2 119
2011	1 771	78	272	2 120
2012	1 745	75	249	2 069
2013	1 661	73	229	1 963
2014	1 591	70	210	1 871
2015	1 615	67	192	1 874
<b>Total</b>	<b>20 448</b>	<b>1 243</b>	<b>6 552</b>	<b>28 244</b>

**1.3.2 L'effectif des infirmières en pratique au Québec**

Les infirmières en pratique au Québec au 31 mars 1999 sont au nombre de 59 546<sup>8</sup>. Comme on ne disposait pas à cette date de données détaillées par groupe d'âge, les informations ont été extrapolées à partir des données de l'OIIQ au 1<sup>er</sup> novembre 1999<sup>9</sup>.

Pour estimer le nombre des départs à la retraite et les décès, on a utilisé les mêmes taux que ceux employés pour projeter les départs de l'effectif du réseau. Pour estimer les cessations d'emploi, le taux de cessation « intermédiaire » utilisé pour l'effectif du réseau a été ajusté afin de tenir compte du transfert d'un certain nombre d'infirmières du réseau vers le privé<sup>10</sup>.

8. Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, *Évolution des effectifs de la profession infirmière au Québec – Statistiques au 31 mars 1999*, janvier 2000.

9. Au 1<sup>er</sup> novembre 1999, l'OIIQ compte 61 052 infirmières en pratique au Québec (voir section « Offre de main-d'œuvre », tableau 3).

10. L'hypothèse retenue est que 50 % des cessations d'emploi des infirmières du réseau âgées de 40 ans et plus et que 20 % des cessations des infirmières de moins de 40 ans sont des transferts vers le secteur privé ou le secteur de l'éducation et non des cessations nettes. On trouvera, à l'annexe 3, le tableau 5 illustrant l'impact de cet ajustement sur les besoins de recrutement.

**Tableau 6**

**Distribution de l'effectif des infirmières en pratique au Québec**

<b>Âge</b>	<b>Effectif au 31 mars 1999</b>
20-24	3 203
25-29	5 412
30-34	7 402
35-39	8 683
40-44	10 661
45-49	11 280
50-54	8 445
55-59	3 360
60-64	817
65-69	283
70 et +	-
<b>Total</b>	<b>59 546</b>

On trouve ci-après un tableau sur la projection des départs concernant l'ensemble des infirmières en pratique au Québec.

Le nombre de départs, qui était de près de 1 200 en 1999, augmentera progressivement jusqu'à près de 2 000 en 2006. À compter de 2007, au moins 2 000 personnes quitteront leur emploi chaque année jusqu'en 2015 ; la situation culminera en 2009 et 2010, où le nombre de départs pourrait atteindre 2 400.

**Tableau 7****Projection des départs des infirmières en pratique au Québec**

<b>Année</b>	<b>Retraites</b>	<b>Décès</b>	<b>Cessations</b>	<b>Total</b>
1999	549	81	543	1 173
2000	855	83	511	1 449
2001	910	85	483	1 478
2002	1 031	87	449	1 567
2003	1 238	89	414	1 741
2004	1 278	91	385	1 755
2005	1 425	93	359	1 876
2006	1 571	94	333	1 999
2007	1 805	95	308	2 208
2008	1 963	94	285	2 343
2009	2 036	93	264	2 392
2010	2 062	90	244	2 396
2011	2 062	87	225	2 374
2012	2 010	84	206	2 299
2013	1 891	80	189	2 160
2014	1 778	77	173	2 028
2015	1 789	74	158	2 020
<b>Total</b>	<b>26 253</b>	<b>1 479</b>	<b>5 527</b>	<b>33 259</b>

## 1.4 L'ESTIMATION DES BESOINS DE MAIN-D'ŒUVRE ET DU RECRUTEMENT

La troisième étape de la démarche de planification de la main-d'œuvre consiste à quantifier l'évolution des besoins de main-d'œuvre infirmière. Comme pour la projection de l'attrition, cette projection a été effectuée jusqu'en 2015. Cinq scénarios principaux ont été envisagés par le groupe de travail. Ces scénarios résultent de la combinaison de différentes hypothèses portant sur :

- le choix de l'effectif : l'effectif du réseau ou l'effectif des infirmières en pratique au Québec ;
- le niveau de cessation d'emploi « intermédiaire » ;
- l'augmentation des besoins ;
- une pénurie initiale de 1 500 ;
- le remplacement des infirmières auxiliaires par des infirmières dans les centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés (CHSGS).

L'effectif considéré peut être soit les infirmières actuellement à l'emploi dans le réseau, soit les infirmières en pratique au Québec. Dans ce dernier cas, on considère les besoins de main-d'œuvre pour l'ensemble du Québec, y compris les besoins de main-d'œuvre infirmière hors réseau, notamment le secteur privé et le réseau de l'Éducation.

Pour tous les scénarios examinés, le groupe de travail a retenu l'hypothèse d'un taux de cessation d'emploi dit « intermédiaire ». Cette hypothèse est apparue la plus plausible au groupe de travail puisque, comme on l'a vu précédemment, en situation de pénurie, il est vraisemblable qu'une proportion plus importante d'emplois comporteront un nombre d'heures se rapprochant du temps complet. On sait que, pour les personnes qui occupent ces emplois, la propension à quitter est significativement moins importante que pour les employés à temps partiel. Notons également que lorsqu'un scénario de projection porte sur l'ensemble des infirmières au Québec, le taux de cessation observé dans le réseau est ajusté pour tenir compte d'une hypothèse de transfert vers le privé.

En ce qui concerne l'augmentation des besoins, deux scénarios sont examinés. Le premier tient compte d'aucune augmentation des besoins et permet de quantifier la main-d'œuvre requise uniquement pour remplacer les départs. Le deuxième scénario retient un facteur d'augmentation des besoins estimé à 1,13 % par année. Le facteur de 1,13 % représente une moyenne pondérée entre le facteur d'évolution des besoins en services médicaux, évalué à 0,94 % et le facteur d'évolution des services pour le maintien à domicile et l'hébergement, évalué à 2,95 %.

Le facteur de 0,94 % représente l'augmentation annuelle des besoins en services médicaux, essentiellement entraînée par les changements démographiques (augmentation et vieillissement) de la population d'ici à 2015. Ainsi, pour un même niveau de services qu'actuellement par groupe d'âge et par sexe, la population du Québec en 2015 aura besoin d'un volume de services médicaux de 15 % plus élevé qu'en l'an 2000, soit une augmentation moyenne annuelle de 0,94 %.

Plus précisément, ces estimations sont faites en retirant les projections démographiques de l'Institut de la statistique du Québec (ISQ), auxquelles on applique les indices relatifs de consommation de services médicaux par groupe d'âge. Ces indices relatifs de consommation sont obtenus à partir des données de la Régie de l'assurance-maladie du Québec. Pour plus de détails sur la manière dont sont effectués ces calculs ainsi que sur les sources de données et les ajustements méthodologiques qui sont apportés, on pourra consulter l'étude de madame Madeleine Rochon, du Ministère<sup>11</sup>. Cette étude couvre la période de 1997 à 2022. Notons que nous avons considéré ici seulement le facteur moyen qui s'applique à la période se terminant en 2015.

Le facteur de 2,95 % représente l'augmentation annuelle des besoins pour les services de maintien à domicile et d'hébergement, essentiellement entraînée par les changements démographiques (augmentation et vieillissement) de la population d'ici à 2008. Nous avons extrapolé ce même facteur jusqu'en 2015.

Ces estimations sont faites également en considérant les projections démographiques de l'ISQ. D'une part, pour le maintien à domicile, on retient les indices relatifs de coût par groupe d'âge de bénéficiaires de 65 ans et plus. D'autre part, pour l'hébergement, on maintient constant le taux actuel global d'hébergement pour l'ensemble des personnes de 65 ans et plus. Ensuite, des ajustements méthodologiques sont apportés en supposant une complémentarité accrue entre les services d'hébergement et de maintien à domicile. Ces projections sont préliminaires et ont été faites à la Direction de la planification stratégique et de l'évaluation du Ministère (DGPSE) en février 2000.

Par ailleurs, pour valider ce taux et le situer en perspective, on peut le comparer à l'augmentation observée des heures travaillées par les infirmières du réseau au cours des dernières années. Cette augmentation a été de 1,4 % par année entre 1985-1986 et 1998-1999. Elle a été de 2,1 % par année si on ne considère que la période de 1985-1986 à 1994-1995.

Sauf le premier, tous les scénarios prennent en compte la pénurie initiale estimée à 1 500 infirmières.

Enfin, dans le dernier scénario, on a voulu également mesurer quel impact aurait la poursuite de la tendance historique à remplacer des infirmières auxiliaires par des infirmières. Dans ce scénario, on fait l'hypothèse qu'au moment du départ d'une infirmière auxiliaire en centre hospitalier de soins de courte durée, elle est remplacée par une infirmière.

Par ailleurs, le groupe de travail a examiné d'autres facteurs pouvant influencer l'évolution des besoins et du recrutement, en particulier :

---

11. Madeleine Rochon, *Vieillesse démographique, dernières années de la vie et évolution des besoins en services médicaux (Données préliminaires)*, MSSS, DGPSE, 1999.

- le rehaussement des équipes actuelles nécessaire dans plusieurs secteurs d'activité ;
- l'émergence de nouveaux rôles pour les infirmières ;
- les migrations (dans un contexte de pénurie au Canada et aux États-Unis).

Ces facteurs sont plus difficiles à quantifier, et compte tenu de l'ampleur des pénuries anticipées, ils n'auraient pas substantiellement modifié le portrait global. Ainsi, le groupe de travail a décidé de ne pas les considérer spécifiquement dans les projections effectuées. Il y a toutefois lieu de noter que ces facteurs ne sont pas de nature à réduire les pénuries anticipées, tout au contraire.

Le tableau 8 ci-après présente sommairement chacun des scénarios retenus en mentionnant les éléments qui y sont pris en considération.

**Tableau 8**

**Scénarios sur l'estimation de l'évolution des besoins et du recrutement**

<b>Scénario</b>	<b>Éléments</b>
A	infirmières du RSSS : 51 071 taux de cessation « intermédiaire » aucune pénurie aucune augmentation des besoins
B	infirmières du RSSS : 51 071 taux de cessation « intermédiaire » pénurie initiale de 1 500 aucune augmentation des besoins
C	infirmières du RSSS : 51 071 taux de cessation « intermédiaire » pénurie initiale de 1 500 augmentation des besoins : taux de 1,13 %
D	ensemble des infirmières en pratique au Québec : 59 546 taux de cessation « intermédiaire » ajusté (tient compte du transfert vers le privé) pénurie initiale de 1 500 augmentation des besoins : taux de 1,13 %
E	ensemble des infirmières en pratique au Québec : 59 546 taux de cessation « intermédiaire » ajusté (tient compte du transfert vers le privé) pénurie initiale de 1 500 augmentation des besoins : taux de 1,13 % remplacement des infirmières auxiliaires en CHSGS par des infirmières

Parmi l'ensemble des scénarios examinés, le Forum a choisi de retenir le scénario D, qui apparaissait le mieux décrire la situation prévisible.

Le tableau 9 ci-après indique, pour ce scénario, le nombre de nouvelles infirmières qu'il serait nécessaire de recruter pour atteindre l'effectif requis pour répondre aux besoins.

On trouvera à l'annexe 3 des données plus détaillées pour chacun des scénarios retenus.

**Tableau 9**

**Projection du recrutement nécessaire pour répondre aux besoins**

**Scénario D**

<b>Année</b>	<b>Départs attendus</b>	<b>Accroissement des besoins</b>	<b>Recrutement brut</b>	<b>Recrutement net<sup>12</sup></b>	<b>Effectif requis</b>
1999	1 173	2 190 <sup>13</sup>	3 363	3 404	61 736
2000	1 450	698	2 147	2 241	62 433
2001	1 478	706	2 184	2 324	63 139
2002	1 567	714	2 280	2 464	63 852
2003	1 741	722	2 463	2 690	64 574
2004	1 755	730	2 484	2 754	65 304
2005	1 876	738	2 614	2 926	66 042
2006	1 999	746	2 745	3 100	66 788
2007	2 208	755	2 963	3 363	67 543
2008	2 343	763	3 106	3 552	68 306
2009	2 392	772	3 164	3 657	69 078
2010	2 396	781	3 177	3 716	69 858
2011	2 374	789	3 164	3 747	70 648
2012	2 299	798	3 098	3 722	71 446
2013	2 160	807	2 968	3 629	72 253
2014	2 028	817	2 844	3 536	73 070
2015	2 020	826	2 846	3 567	73 895
<b>Total</b>	<b>33 259</b>	<b>14 349</b>	<b>47 608</b>	<b>54 391</b>	

La colonne « Départs attendus » fait référence à l'attrition propre à la population initiale étudiée, soit les 59 546 infirmières dont il est question à la section 1.3.2. Donc d'ici 2015, 33 259 de ces 59 546 infirmières devraient quitter leur emploi, que ce soit pour cause de retraite, de décès ou de cessation d'emploi.

La différence entre le recrutement brut et le recrutement net représente les départs des personnes nouvellement recrutées. Comme le bassin de recrues augmente à chaque année tout au long de la période de projection, l'attrition augmente proportionnellement. Donc, à chaque année, il faut recruter pour combler le besoin annuel et pour remplacer les départs parmi un groupe qui s'accroît à chaque année.

12. Dans cette colonne, on tient également compte des départs attendus parmi les infirmières nouvellement recrutées.

13. Ce nombre inclut l'effet de pénurie initiale de 1 500.

## 1.5 LA COMPARAISON ENTRE LES BESOINS DE RECRUTEMENT ET LE NOMBRE DE DIPLÔMÉES

La quatrième étape de la démarche de planification de la main-d'œuvre consiste à comparer les besoins de recrutement avec le nombre de nouvelles diplômées. Cela permet de juger de l'adéquation entre les besoins de main-d'œuvre et l'offre de main-d'œuvre. Il est à noter que la prévision des nouvelles diplômées a été réalisée par le ministère de l'Éducation.

### 1.5.1 Les diplômées

En ce qui concerne la formation académique, plusieurs portes d'entrée mènent à la profession d'infirmière.

*À l'ordre collégial, il y a deux programmes :*

- le programme de formation initiale en soins infirmiers (180.01) menant à l'obtention d'un diplôme d'études collégiales (DEC) ;
- le programme de mise à niveau des personnes possédant un diplôme d'études professionnelles (DEP) en santé, assistance et soins infirmiers et exerçant la profession d'infirmière auxiliaire. Ce programme de niveau technique, menant à un DEC, s'intitule « Soins infirmiers » (180.21). Par rapport au programme 180.01, le nombre de diplômées est marginal.

*À l'ordre universitaire, il y a :*

- les baccalauréats de formation initiale en sciences infirmières offerts par les universités Laval, de Montréal, du Québec à Hull et McGill ;
- la maîtrise en formation initiale offerte par l'Université McGill.

Par ailleurs, plusieurs infirmières poursuivent leur formation en s'inscrivant à l'université dans des baccalauréats de perfectionnement en sciences infirmières offerts dans neuf établissements.

#### ***Formation initiale***

La projection du nombre de diplômées issues des programmes qui conduisent à la profession, soit les diplômées du DEC technique en soins infirmiers et les diplômées des programmes de baccalauréat de formation initiale en sciences infirmières, repose sur les règles suivantes :

*À l'ordre collégial :*

- les diplômées des deux programmes de DEC menant à l'exercice de la profession d'infirmière (180.01 et 180.21) sont considérées ;
- pour l'année de départ, le scénario retenu s'applique aux effectifs inscrits en première année en 1999 aux programmes d'études collégiales (DEC) en soins infirmiers, soit 3 427 personnes ;
- pour les années suivantes, ce scénario applique les prévisions de variation de l'effectif étudiant du MEQ ;
- les taux de diplomation utilisés afin de procéder aux prévisions de diplômées sont les taux observés depuis 1987, soit : taux de diplomation de 53,6 % après trois ans de formation et de 58,4 % après cinq ans de formation ;
- le scénario de projection se base sur une proportion de nouveaux inscrits en soins infirmiers par rapport à l'ensemble des nouveaux inscrits au DEC technique supérieure à celle des dernières années ; de 1984 à 1998, les effectifs de première année en soins infirmiers représentaient 8,8 % de l'ensemble des débutants en formation technique, alors qu'en 1999 ils représentent 9,9 %. C'est cette dernière proportion qui a été appliquée aux prévisions de clientèle.

*À l'ordre universitaire :*

- les prévisions d'inscriptions en formation initiale tiennent compte d'une augmentation substantielle des contingents à l'Université de Montréal et à l'Université Laval et de l'offre d'un programme de baccalauréat en formation initiale dans les neuf établissements offrant un baccalauréat en sciences infirmières ;
- le taux de diplomation utilisé pour le baccalauréat en formation initiale est de 80 %, quatre ans après la première inscription.

***Baccalauréat de perfectionnement***

Environ 25 % des diplômées du DEC technique en soins infirmiers décident de continuer leur formation au baccalauréat de perfectionnement. Pour ce baccalauréat, nous avons également utilisé un taux de diplomation de 80 %, car on y inclut les diplômes de baccalauréat obtenus par cumul de certificats.

Les diplômées du DEC en soins infirmiers, qui terminent trois certificats et pour lesquels est accordé un baccalauréat, sont comptées parmi les diplômées au baccalauréat en sciences infirmières si les certificats sont apparentés à cette discipline.

### 1.5.2 La prévision du nombre de diplômées disponibles pour le recrutement

Le tableau ci-après indique pour chacune des années, et ce, jusqu'en 2015, le nombre prévu de diplômées au diplôme d'études collégiales en soins infirmiers et au baccalauréat en sciences infirmières, formation initiale, ainsi que le nombre de diplômées au baccalauréat de perfectionnement.

Il est important d'utiliser ces prévisions avec prudence. En effet, elles reposent en bonne partie sur la situation du programme au cours des dernières années. L'augmentation de l'attrait de la profession auprès des étudiants pourrait modifier le scénario.

Les chiffres de la dernière colonne représentent le nombre de diplômées (DEC et baccalauréat en formation initiale) qui obtiennent chaque année leur permis de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ) et qui deviennent ainsi disponibles pour le recrutement. Pour diverses raisons, un certain pourcentage de finissantes ne se présentent pas à l'examen de l'OIIQ ou ne réussissent pas l'examen. Le taux des diplômées qui obtiennent leur permis de l'OIIQ est estimé à 92,5 %. Ce taux est obtenu en se basant sur le nombre d'entrées en première année et le nombre de permis accordés. Depuis 1983-1985, le pourcentage observé varie entre 36 % et 71 %, pour une moyenne en dix-sept ans de 55 %. Puisque le taux moyen de diplomation considéré par le ministère de l'Éducation (MEQ) est d'environ 60 % (58 % au collégial et 80 % à l'université), on obtient un taux d'obtention du permis de 92,5 % (55/60).

**Tableau 10**  
**Prévision du nombre de diplômées du DEC et du baccalauréat**

Année	(1)	(2)		(3)	(4)	(5)	(6)
	Diplômées du DEC en soins infirmiers	Formation initiale	Perfectionnement	Total	Total des diplômées, DEC et baccalauréat en formation initiale	Inscriptions à l'OIIQ des nouvelles diplômées	
				(2) + (3)	(1) + (2)	(5) x 0,925	
1988-1998 *	1 905	220	340	560	2 125	1 967	
1999	1 211	200	360	560	1 411	1 305	
2000	952	200	350	550	1 152	1 066	
2001	1 249	250	360	610	1 499	1 387	
2002	1 909	300	340	640	2 209	2 043	
2003	1 918	350	225	575	2 268	2 098	
2004	1 985	350	190	540	2 335	2 160	
2005	1 924	400	250	650	2 324	2 150	
2006	1 912	450	380	830	2 362	2 185	
2007	1 866	450	380	830	2 316	2 142	
2008	1 881	450	400	850	2 331	2 156	
2009	1 934	450	385	835	2 384	2 205	
2010	2 034	450	380	830	2 484	2 298	
2011	2 054	450	375	825	2 504	2 316	
2012	2 045	450	375	825	2 495	2 308	
2013	1 983	450	385	835	2 433	2 251	
2014	1 983	450	385	835	2 433	2 251	
2015	1 983	450	385	835	2 433	2 251	

\* De 1988 à 1998, moyenne de diplômées par année.

### **1.5.3 La comparaison entre les besoins de recrutement et le nombre de diplômées**

Le tableau ci-après compare les besoins de recrutement, selon le scénario retenu par le groupe de travail, avec le nombre d'inscriptions des nouvelles diplômées à l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ).

Il faut constater l'existence d'une pénurie grave d'infirmières. Dans les conditions actuelles, la pénurie qu'on connaît présentement devrait s'accroître. En effet, le nombre de nouvelles infirmières est à chaque année sensiblement inférieur au nombre requis.

Qui plus est, tant pour l'estimation du nombre de nouvelles diplômées que pour la projection des départs et de l'évolution des besoins, le groupe de travail a été prudent tout au long de ses travaux et a voulu éviter des hypothèses alarmistes.

On constate que le nombre de nouvelles infirmières sera juste suffisant pour compenser les départs qui auront lieu au cours des quinze prochaines années.

Ces prévisions s'appuient en grande partie sur des données observées au cours des dernières années. On y suppose qu'il n'y aura aucun changement dans l'organisation du travail et les pratiques professionnelles actuelles. On fait également l'hypothèse qu'il y aura peu de changement dans les facteurs d'attraction pour cette profession et de rétention du personnel en place.

**Tableau 11**

**Comparaison entre les besoins de recrutement et les inscriptions des nouvelles diplômées  
à l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ)**

<b>Année</b>	<b>Départs attendus</b>	<b>Accroissement des besoins</b>	<b>Recrutement nécessaire<sup>14</sup></b>	<b>Inscriptions à l'OIIQ des nouvelles diplômées<sup>15</sup></b>	<b>Écart annuel</b>
1999	1 173	2 190	3 404	1 305	- 2 099
2000	1 450	698	2 241	1 066	- 1 175
2001	1 478	706	2 324	1 387	- 937
2002	1 567	714	2 464	2 043	- 421
2003	1 741	722	2 690	2 098	- 592
2004	1 755	730	2 754	2 160	- 594
2005	1 876	738	2 926	2 150	- 776
2006	1 999	746	3 100	2 185	- 915
2007	2 208	755	3 363	2 142	- 1 221
2008	2 343	763	3 552	2 156	- 1 396
2009	2 392	772	3 657	2 205	- 1 452
2010	2 396	781	3 716	2 298	- 1 418
2011	2 374	789	3 747	2 316	- 1 431
2012	2 299	798	3 722	2 308	- 1 414
2013	2 160	807	3 629	2 251	- 1 378
2014	2 028	817	3 536	2 251	- 1 285
2015	2 020	826	3 566	2 251	- 1 315
<b>Total</b>	<b>33 259</b>	<b>14 349</b>	<b>54 391</b>	<b>34 572</b>	<b>- 19 819<sup>16</sup></b>

14. Nombre d'infirmières à recruter selon le scénario D.

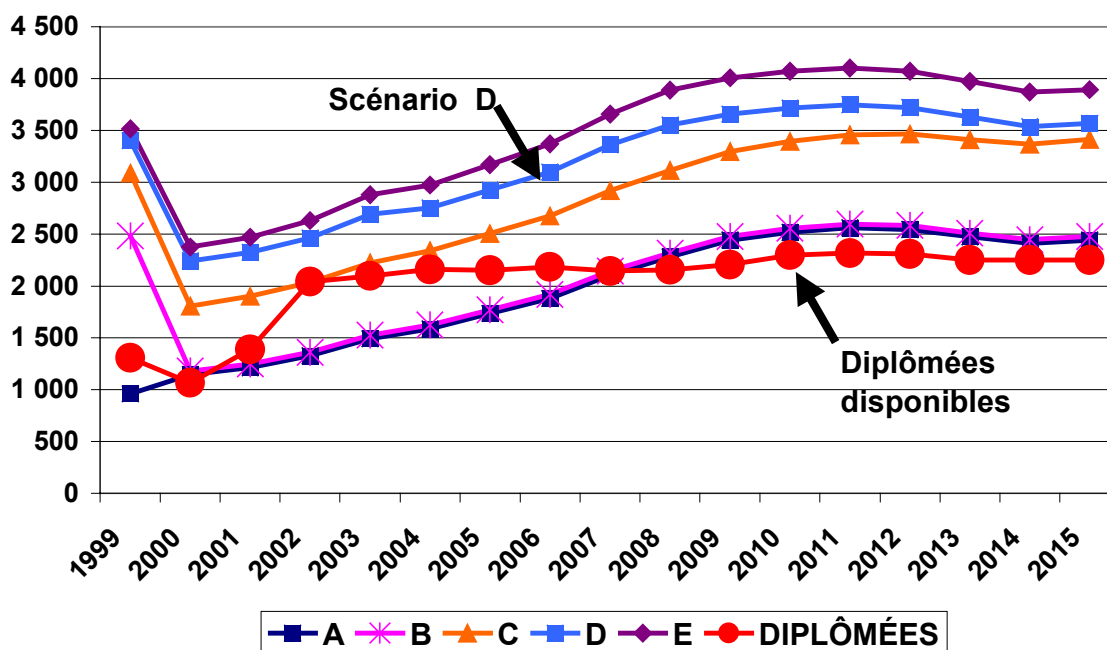
15. Basé sur le nombre de diplômées projeté par le MEQ multiplié par le taux d'inscription estimé à 92,5 %.

16. Cet écart de 19 819 en 2015 entre le nombre estimé de nouvelles infirmières qui s'inscriront à l'OIIQ et les besoins ne représente pas le déficit anticipé d'infirmières. Ce déficit est plutôt estimé à 17 500 infirmières. Pour résorber ce déficit, il faut en former 19 819 puisqu'un certain nombre des infirmières nouvellement formées devrait quitter le réseau d'ici 2015.

Le graphique 2 qui suit présente les besoins de recrutement selon les différents scénarios étudiés en comparaison avec les diplômés disponibles.

**Graphique 2**

**Besoins de recrutement  
selon différents scénarios**



Les données détaillées pour chacun de ces scénarios sont présentées à l'annexe 3.

## **CHAPITRE 2 : Le besoin d'une meilleure adéquation entre les compétences et les besoins**

Dans le premier chapitre du présent rapport, les besoins quantitatifs de recrutement à venir ont été estimés de façon globale. Il est nécessaire, dans ce deuxième chapitre, de se pencher sur les besoins qualitatifs puisque la planification de la main-d'œuvre doit également en tenir compte. On y verra que certains secteurs seront davantage touchés par la pénurie. De plus, comme nous l'avons déjà signalé, il ne suffit pas de disposer du nombre d'infirmières requis ; il faut également que les infirmières aient la formation et les compétences nécessaires pour répondre aux besoins des clientèles, y compris les besoins plus spécialisés.

### **2.1 L'importance d'une meilleure adéquation entre les compétences et les besoins**

Depuis quelques années, notre société fait face à des changements importants comme le vieillissement de la population, l'augmentation de l'espérance de vie, l'apparition de nouveaux problèmes de santé, l'amplification de certains problèmes sociaux. Parallèlement à ces changements, nous assistons à la transformation du réseau de la santé et à l'augmentation, entre autres, de la clientèle dans le virage ambulatoire. La durée de séjour dans les établissements est aussi plus courte et les personnes hospitalisées davantage malades.

S'ajoutent à cela l'omniprésence des contraintes budgétaires de même que l'implantation de nouvelles technologies qui ont un impact sur l'organisation des soins. Tous ces facteurs génèrent un contexte de travail plus complexe pour les infirmières et fort différent de celui d'autrefois.

En effet, les responsabilités confiées aux infirmières sont plus nombreuses et étendues qu'anciennement. Elles sont appelées à œuvrer dans différentes situations. Elles doivent être davantage polyvalentes, et conséquemment être en mesure de répondre aux nouveaux besoins des milieux de travail, de faire face à la complexité des situations des patients, de s'adapter à différents milieux de pratique.

Les nouvelles approches en soins et services visent de plus en plus à assurer une continuité entre les différents intervenants et établissements qui sont appelés à répondre aux besoins de la personne. On parle maintenant de continuum de soins et de services. La responsabilité de l'infirmière dans l'équipe de soins et au sein de l'équipe interdisciplinaire est en mutation. De nouveaux rôles sont en émergence. On sait que dans les milieux universitaires et régionaux, il y a énormément de demandes des services professionnels pour que l'on assigne à l'infirmière de nouvelles fonctions, sachant qu'elle est la personne la mieux placée pour les remplir. Citons à titre d'exemple le rôle de première assistante en chirurgie, et certaines pratiques avancées au triage à l'urgence, en néphrologie, en psychiatrie, dans le secteur enfance-famille, les soins à domicile, les services courants en CLSC, en CHSLD. Le rôle d'infirmière clinicienne spécialisée se développe également. Enfin, on connaît actuellement des besoins particuliers d'infirmières comme expertes pour la mise au point de systèmes informatiques reliés aux soins.

Plus qu'avant, il est demandé aux infirmières de participer à des recherches et à l'évaluation des pratiques en soins infirmiers. L'information au client et à sa famille à cause du virage ambulatoire prend aussi de plus en plus d'importance. Les infirmières doivent donc avoir un esprit critique et créatif, de même qu'un jugement clinique sûr.

## 2.2 Les besoins particuliers

Il y a des besoins particuliers dans plusieurs secteurs d'activité qui exigent des compétences précises. Nous illustrons, par quelques exemples, la nature et l'ampleur de ces besoins.

On devra faire face dans les années à venir au remplacement d'une bonne proportion des infirmières enseignantes, des infirmières cadres et des infirmières dans le secteur de la recherche. On sait que la proportion des infirmières ayant une formation universitaire est beaucoup plus importante dans ces trois milieux. Voyons un peu, pour chacun des secteurs en cause, l'ordre de grandeur du remplacement à venir.

### *Remplacement des infirmières enseignantes et professeures*

Au 1<sup>er</sup> novembre 1999, 945 infirmières, soit 1,6 % des infirmières en pratique au Québec, travaillent comme enseignantes.

Près de 90 % des infirmières enseignantes ont 40 ans et plus comparativement à 57,1 % pour les infirmières travaillant dans le réseau de la santé, et au moins 46,0 % ont 50 ans et plus. L'âge moyen de ces infirmières est de 47,9 ans<sup>17</sup>. Conséquemment, une bonne proportion de celles-ci quitteront leur emploi pour la retraite d'ici quelques années.

Le fait que 88,3 % de ces infirmières détiennent au minimum un baccalauréat (55,3 % ont un diplôme de 2<sup>e</sup> ou 3<sup>e</sup> cycle), comparativement à 26,4 % dans le réseau de la santé, nous démontre bien l'importance de la formation universitaire dans ce milieu et des besoins qui devront être comblés au moment des départs à la retraite des infirmières actuelles.

---

17. Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, *Statistiques sur la population infirmière par région administrative à partir du fichier des membres au 1<sup>er</sup> novembre 1999*, février 2000, p. 45 et 156.

**Tableau 12****Répartition des infirmières enseignantes et professeures par groupe d'âge<sup>18</sup>**

Groupe d'âge	Nombre	%	% cumulatif
25-29	14	1,5	1,5
30-34	32	3,4	4,9
35-39	65	6,9	11,7
40-44	133	14,1	25,8
45-49	267	28,2	54,1
50-54	301	31,8	85,9
55-59	99	10,5	96,4
60-64	30	3,2	99,6
65 et plus	4	0,4	100,0
Total	945	100,0	

*Remplacement des infirmières cadres*

Au 31 mars 1999, 2 529 infirmières occupent un emploi de cadre dans le réseau de la santé ; 40,6 % d'entre elles ont 50 ans et plus. À l'instar des infirmières enseignantes, une bonne proportion des infirmières cadres quitteront aussi leur emploi pour prendre leur retraite d'ici quelques années. On sait qu'une grande proportion de celles-ci possèdent une formation universitaire, mais nous ne disposons pas de données précises à ce sujet.

**Tableau 13****Répartition des infirmières cadres du réseau de la santé****par groupe d'âge au 31 mars 1999**

Groupe d'âge	Nombre	%	% cumulatif
25-29	20	0,8	0,8
30-34	84	3,3	4,1
35-39	267	10,6	14,7
40-44	523	20,7	35,4
45-49	606	24,0	59,3
50-54	749	29,6	88,9
55-59	244	9,6	98,6
60-64	31	1,2	99,8
65 et plus	5	0,2	100,0
Total	2 529	100,0	

18. Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, Rapport 5, *Statistiques sur les infirmières enseignantes et professeures des cégeps et universités, au 1<sup>er</sup> novembre 1999*.

### *Remplacement des infirmières dans le secteur de la recherche*

On dénombre, dans le secteur de la recherche présent dans les hôpitaux désignés « universitaires », 159 infirmières, dont 58,9 % ont 40 ans et plus.

Les données de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec<sup>19</sup> nous démontrent qu'une bonne proportion de ce personnel, soit 41,5 %, a au moins un baccalauréat, comparativement à 26,4 % pour l'ensemble des infirmières du réseau.

### **2.3 Des données sur certains champs cliniques spécialisés des centres hospitaliers universitaires, des centres hospitaliers affiliés et des instituts universitaires**

Le groupe de travail n'a pas été en mesure de documenter de façon complète et systématique les besoins de formation complémentaires dans les secteurs d'activité dits « spécialisés ». Toutefois, les données qui suivent illustrent l'importance des besoins à combler.

Ces éléments d'information sont tirés des données de l'OIIQ sur le principal champ de pratique des infirmières travaillant dans les centres hospitaliers universitaires (CHU), les centres hospitaliers affiliés (CHA) et les instituts universitaires.

Le tableau ci-dessous indique pour chacun des champs cliniques la proportion des infirmières qui ont 40 ans et plus et la proportion de ces dernières qui détiennent au moins un baccalauréat. Ce tableau permet donc de déterminer les champs de pratique qui seront davantage affectés par les départs dans les années à venir.

---

19. Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, Rapport 6, *Données sur le principal champ de pratique des infirmières des centres hospitaliers universitaires (CHU), des centres hospitaliers affiliés (CHA) et des instituts universitaires*.

**Tableau 14**

**Proportion des infirmières qui ont 40 ans et plus et qui détiennent au moins un baccalauréat dans les champs cliniques des CHU, des CHA et des IU<sup>20</sup>**

Champs cliniques	Nb. d'infirmières dans le champ clinique	Nb. et % des 40 ans et plus		Nb. et % des 40 ans et plus qui détiennent au moins un bacc.	
		Nb.	%	Nb.	%
Médecine et chirurgie	4 021	1 913	47,6 %	414	21,6 %
Soins respiratoires	166	101	60,8 %	45	44,6 %
Soins cardiovasculaires	814	413	50,7 %	118	28,6 %
Soins aux diabétiques	26	20	76,9 %	14	70,0 %
Insuffisance rénale	414	265	64,0 %	77	29,1 %
Hémato-oncologie	479	209	43,6 %	64	30,6 %
Soins d'urgence	1 033	451	43,7 %	100	22,2 %
Soins intensifs	1 918	773	40,3 %	176	22,8 %
Soins périopératoires	865	658	76,1 %	139	21,1 %
Grands brûlés	52	20	38,5 %	5	25,0 %
Soins palliatifs/soins aux mourants	79	51	64,6 %	13	25,5 %
Gérontologie/gériatrie	765	495	64,7 %	162	32,7 %
VIH/sida/MTS	20	11	55,0 %	6	54,5 %
Périnatalité	915	491	53,7 %	122	24,8 %
Petite enfance	212	99	46,7 %	47	47,5 %
Santé et sécurité au travail	48	39	81,3 %	27	69,2 %
Soins de réadaptation	42	21	50,0 %	9	42,9 %
Toxicomanie	29	17	58,6 %	8	47,1 %
Santé mentale/psychiatrie	605	448	74,0 %	189	42,2 %
Maintien/soins à domicile	66	29	43,9 %	20	69,0 %
Qualité des soins	41	34	82,9 %	29	85,3 %
Recherche	159	93	58,5 %	33	35,5 %
Première ligne <sup>21</sup>	117	63	53,8 %	28	44,4 %
Autres domaines	2 998	1 582	52,8 %	566	35,8 %
Pas de réponse	1 155	423	36,6 %	112	26,5 %
<b>Total</b>	<b>17 039</b>	<b>8 719</b>	<b>51,2 %</b>	<b>2 523</b>	<b>28,9 %</b>
<b>Ensemble du réseau de la santé</b>	<b>53 160</b>	<b>30 377</b>	<b>57,1 %</b>	<b>8 451</b>	<b>27,8 %</b>

20. Les données de ce tableau sont extraites du Rapport 6 de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, *Données sur le principal champ de pratique des infirmières des centres hospitaliers universitaires (CHU), des centres hospitaliers affiliés (CHA) et des instituts universitaires.*

21. Regroupe les codes « accueil », « évaluation », « triage » et « services courants ».

## 2.4 Des infirmières mieux formées

Pour répondre aux besoins de santé générés par l'évolution démographique et technologique, il devient nécessaire que les infirmières soient mieux formées dès maintenant et au cours des prochaines années. On peut obtenir ce résultat en améliorant notamment la formation en cours d'emploi, la formation initiale au DEC et en favorisant l'obtention d'une formation universitaire par les infirmières, qu'il s'agisse de baccalauréat de formation initiale, de baccalauréat de perfectionnement ou de certificat. Toutefois, étant donné le besoin important de main-d'œuvre au travail pour les années à venir, il sera souhaitable que les infirmières accèdent au marché du travail en étant bien préparées dès leur entrée.

Face à la pénurie anticipée d'infirmières qui se présente de façon plus aiguë dans des secteurs d'activité exigeant une formation complémentaire, il nous faut rendre aussi facile que possible la poursuite des études pour les infirmières qui le souhaiteront. Il y a à cet égard un fort consensus qui se dégage sur l'absolue nécessité d'un continuum de formation sur cinq ans prenant la forme d'une harmonisation ou d'une intégration de la formation entre les collèges et les universités et au terme duquel l'infirmière obtiendrait un baccalauréat.

Une lettre de monsieur Pierre Roy, sous-ministre du ministère de la Santé et des Services sociaux, datée du 6 avril 2000, adressée à madame Pauline Champoux-Lesage, sous-ministre du ministère de l'Éducation, mentionnait que compte tenu du fait qu'il nous faut concilier les objectifs d'augmentation des compétences et de la disponibilité d'un nombre suffisant d'infirmières, il faut prévoir, pour le moment et aussi longtemps que les pénuries actuelles n'auront pas été résorbées, une voie de sortie après trois ans, permettant aux infirmières d'obtenir leur droit de pratique.

Le tableau qui suit nous permet de connaître le niveau de formation obtenue par les infirmières du réseau selon la mission d'établissement et pour l'ensemble des infirmières au 1<sup>er</sup> novembre 1999.

**Tableau 15**

**Répartition des infirmières selon le niveau de formation obtenue**

**au 1<sup>er</sup> novembre 1999<sup>22</sup>**

Niveau de formation obtenue <sup>23</sup>	Infirmières du réseau de la santé								Ensemble des infirmières <sup>24</sup>
	CHSGS	CHSP	CHSLD	Centre de santé	Réadaptation	CLSC	RSSS	Total	
<b>Diplôme<sup>25</sup></b>	2 820	174	795	2	63	284	33	4 171	5 163
	7,7 %	8,0 %	9,7 %	1,0 %	13,6 %	5,5 %	9,5 %	7,8 %	8,5 %
<b>DEC</b>	20 699	1 059	4 226	116	183	987	122	27 392	30 431
	56,5 %	48,9 %	51,4 %	55,8 %	39,4 %	19,3 %	35,2 %	51,5 %	49,8 %
<b>Certificat(s)</b>	4 374	386	1 492	35	77	1 155	41	7 560	8 882
	11,9 %	17,8 %	18,2 %	16,8 %	16,6 %	22,5 %	11,8 %	14,2 %	14,5 %
<b>Baccalauréat</b>	7 358	438	1 340	53	111	2 395	83	11 778	13 281
	20,1 %	20,2 %	16,3 %	25,5 %	23,9 %	46,7 %	23,9 %	22,2 %	21,8 %
<b>2<sup>e</sup> ou 3<sup>e</sup> cycle</b>	1 382	110	365	2	30	302	68	2 259	3 295
	3,8 %	5,1 %	4,4 %	1,0 %	6,5 %	5,9 %	19,6 %	4,2 %	5,4 %
<b>Total</b>	<b>36 633</b>	<b>2 167</b>	<b>8 218</b>	<b>208</b>	<b>464</b>	<b>5 123</b>	<b>347</b>	<b>53 160</b>	<b>61 052</b>
	<b>100,0 %</b>	<b>100,0 %</b>	<b>100,0 %</b>	<b>100,0 %</b>	<b>100,0 %</b>	<b>100,0 %</b>	<b>100,0 %</b>	<b>100,0 %</b>	<b>100,0 %</b>

22. Les données concernant les infirmières du réseau de la santé sont tirées du Rapport 2 de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec et les données concernant l'ensemble des infirmières sont tirées du tableau 5, p. 31, du document « *Statistiques sur la population infirmière par région administrative à partir du fichier des membres du 1<sup>er</sup> novembre 1999* » de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, février 2000.

23. Le niveau de formation obtenue indique le plus haut niveau de formation complétée.

24. Comprend, en plus des infirmières du réseau de la santé, les infirmières du secteur privé, du réseau de l'éducation et de la catégorie « autres ».

25. Diplôme d'hôpital de formation initiale en vigueur avant le DEC.

### ***La formation collégiale***

Des travaux réalisés au cours des dernières années ont amené une révision du programme en soins infirmiers menant à l'obtention d'un diplôme d'études collégiales (DEC). Le projet de programme comporte notamment une hausse progressive des préalables (chimie 534 à la session d'automne 2001 ; biologie générale 534 à la session d'automne 2004). Ce projet ne comporte cependant aucun ajout d'heures de formation.

### ***La formation universitaire***

Dans une lettre adressée à madame Gyslaine Desrosiers, présidente de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ), datée du 26 mai 2000, madame Pauline Champoux-Lesage, sous-ministre du ministère de l'Éducation (MEQ), mentionne que « dans la foulée des travaux concernant les besoins de main-d'œuvre en santé et les attentes en regard de la formation du personnel infirmier, il se dégage deux constats qui doivent guider l'action des réseaux de formation : d'une part, la nécessité de mieux adapter la formation aux besoins découlant de la transformation du réseau de la santé au cours des dernières années et d'autre part, l'obligation d'assurer la disponibilité du personnel en nombre suffisant pour dispenser les soins de santé alors que se profile une pénurie de main-d'œuvre à court et moyen terme ».

Dans cette lettre, madame Champoux-Lesage mentionne également qu'il a « été décidé de mettre en place un comité directeur dont le mandat sera d'établir le cadre d'intégration des programmes de formation technique et universitaire, qui devrait prévoir :

- une sortie après 3 ans permettant l'obtention du DEC technique et l'accès au permis de pratique de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ) ;
- une articulation des compétences et objectifs de formation sur un continuum n'excédant pas 5 ans et permettant l'obtention d'un baccalauréat ».

Le comité directeur de la formation infirmière intégrée, qui a entrepris ses travaux le 17 août 2000, s'est adjoint un groupe d'experts qui doit notamment préciser les compétences attendues au terme de la formation collégiale et de la formation universitaire. Le groupe d'experts comprend des membres des universités, des collèges, de l'OIIQ et du MEQ.

En 1999, 42 % des membres de l'OIIQ possédaient une formation universitaire, dont 27 % un diplôme de baccalauréat ou un diplôme de 2<sup>e</sup> ou de 3<sup>e</sup> cycle et 14 % un certificat.

Selon la même méthodologie que celle détaillée dans le chapitre 1 de ce rapport, le groupe de travail a établi la projection des départs des infirmières qui ont au moins un baccalauréat au cours des prochaines années et calculé le nombre de nouvelles infirmières requises pour maintenir constante la proportion actuelle de ces infirmières. La base de projection retenue est celle du scénario D.

Au tableau qui suit, on établit l'écart avec le nombre de diplômées attendues selon les projections du MEQ.

**Tableau 16**

**Formation au baccalauréat**

<b>Année</b>	<b>Besoin</b>	<b>Diplômées<sup>26</sup></b>	<b>Déficit</b>
2000	635	550	85
2001	659	610	49
2002	700	640	60
2003	766	575	191
2004	785	550	235
2005	835	625	210
2006	886	830	56
2007	962	830	132
2008	1 018	850	168
2009	1 048	830	218
2010	1 065	830	235
2011	1 074	825	249
2012	1 066	825	241
2013	1 038	835	203
2014	1 008	835	173
2015	1 013	835	178

On y constate que la situation est très problématique puisque, selon cette projection, le nombre de diplômées au baccalauréat ne sera pas suffisant pour combler le besoin qui a été établi. Le déficit attendu est de l'ordre de 200 par année.

De plus, cette projection suppose le maintien de la tendance actuelle qu'ont les infirmières à poursuivre des études (25 % des diplômées au DEC s'inscrivent au baccalauréat de perfectionnement). En effet, on sait que pour plusieurs, poursuivre des études est un moyen de parfaire leur formation de manière à mieux répondre aux besoins des clientèles. Pour d'autres, poursuivre des études est une façon privilégiée d'améliorer leurs conditions de travail et d'obtenir des postes plus intéressants ou d'avoir plus de choix dans un cheminement de carrière.

26. Inclut formation initiale, perfectionnement et baccalauréat par cumul de certificats.

Nonobstant ces considérations, il faut craindre que la tendance actuelle ne se maintienne pas dans le contexte de la pénurie globale anticipée. En effet, dans ce contexte, les infirmières pourraient travailler plus d'heures, selon des horaires plus réguliers et être moins disponibles pour continuer des études.

Des moyens pour encourager et faciliter la poursuite des études par les infirmières devront être mis en place.

La décision déjà prise d'implanter un programme intégré de cinq ans DEC-BACC en soins infirmiers va dans ce sens et devrait permettre aux infirmières qui souhaitent se perfectionner d'obtenir plus rapidement un baccalauréat.

### ***La formation en cours d'emploi***

Le milieu de travail en lui-même favorise l'acquisition d'expérience, de connaissances et d'expertise.

La formation en cours d'emploi demeure le moyen privilégié pour maintenir les compétences nécessaires à l'exercice des fonctions par les infirmières, notamment à l'occasion de l'introduction de nouveaux appareils ou de nouvelles techniques.

Par ailleurs, compte tenu des besoins exprimés et de l'analyse faite précédemment sur les projections et la tendance à poursuivre des études par les infirmières, la formation en cours d'emploi devra être davantage utilisée, au moins à court terme, pour acquérir une compétence accrue au moyen d'une formation plus approfondie dans un champ clinique particulier. Toutefois, dans le contexte de la pénurie, la libération des infirmières pour la formation en cours d'emploi ajoute à la difficulté des établissements de maintenir l'effectif requis pour la prestation des soins.

### **CHAPITRE 3 : Le défi du recrutement dans les années à venir**

Comme on l'a vu précédemment, le Québec connaîtra, au cours des prochaines années, une pénurie chronique d'infirmières. Dans le but de faire face à cette pénurie, il sera nécessaire d'accroître le nombre d'étudiantes, tant au collège qu'à l'université. Également, autant les nouvelles façons de faire que les besoins des clientèles vont exiger des infirmières mieux formées.

Les projections des départs et des besoins de recrutement ainsi que celles des diplômées pour les années à venir reposent en grande partie sur la situation qui a prévalu au cours des dernières années.

On sait que la transformation du réseau - fermetures, fusions d'établissements, changements de mission - les contraintes budgétaires importantes et le départ d'un nombre important d'infirmières à la retraite ont contribué à rendre la profession moins attrayante. De plus, pendant quelques années, une bonne proportion des diplômées ont éprouvé de la difficulté à accéder au marché du travail, ce qui a entraîné une diminution du nombre d'inscriptions au programme technique en soins infirmiers.

Cependant, la situation de l'emploi en 2000 s'est améliorée par rapport aux années antérieures. En effet, selon les résultats des enquêtes « La relance au collégial », 80,7 % des diplômées de la promotion 1998-1999 occupaient un emploi en 2000, comparativement à 76,7 % en 1999 (promotion 1997-1998), à 64,5 % en 1998 (promotion 1996-1997) et à 58,1 % en 1997 (promotion 1995-1996).

Dans la mesure où les nouvelles diplômées accèdent rapidement au marché du travail dans des emplois se rapprochant davantage du temps complet que du temps partiel et où des correctifs sont apportés à différents niveaux pour faciliter l'exercice de la profession, la pénurie appréhendée risque d'être moins importante que prévu. Aussi, le projet d'externat en soins infirmiers contribue à inciter les jeunes à terminer leurs études plus rapidement et à rester dans la profession.

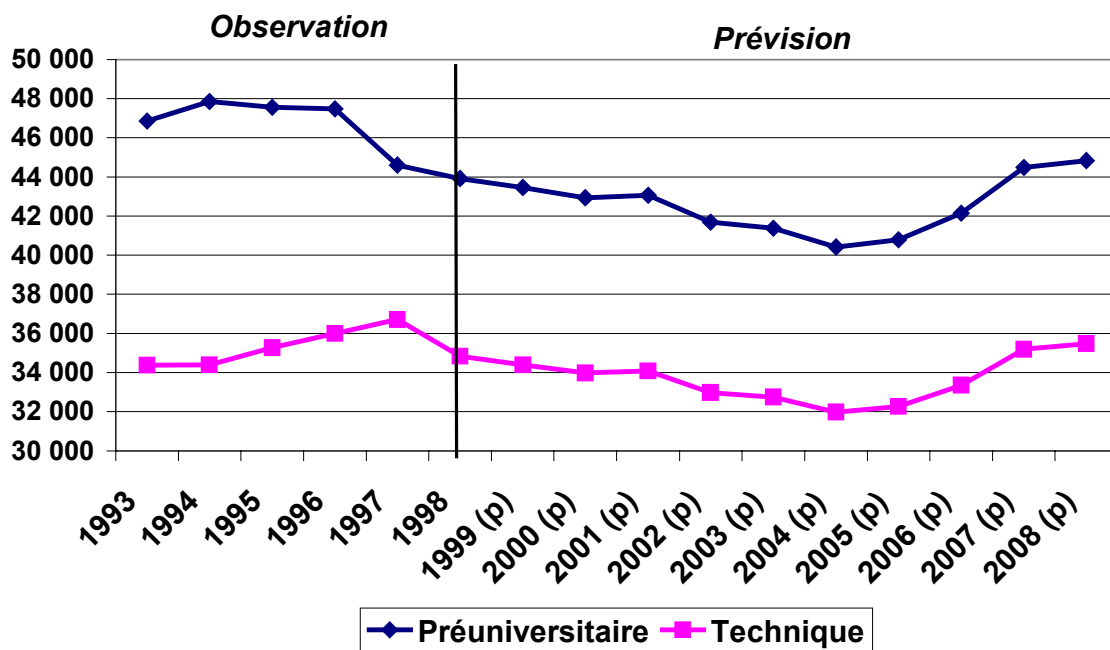
À défaut de pouvoir réaliser ces mesures, il faut être conscient qu'une combinaison de facteurs viendra influencer à la baisse la capacité d'attirer des jeunes, et en particulier des jeunes femmes, dans la profession. Ces facteurs se présentent, tant au collège qu'à l'université, alors que les opportunités de carrière pour les jeunes sont plus nombreuses et diversifiées.

#### ***La diminution du nombre de jeunes au Québec***

Au cours des prochaines années, le MEQ prévoit une diminution du nombre d'étudiants au cégep et à l'université. Le graphique 3 qui suit présente la situation pour l'ordre collégial et le graphique 4 présente la situation pour l'ordre universitaire. Il est à noter que les données qui sont utilisées dans les deux graphiques ne sont pas sur la même base et de ce fait ne sont pas directement comparables. Le graphique 3 présente le nombre d'individus en première année d'étude, alors que le graphique 4 fait référence à l'effectif étudiant en équivalent temps plein (EEETP) à tous les niveaux d'étude.

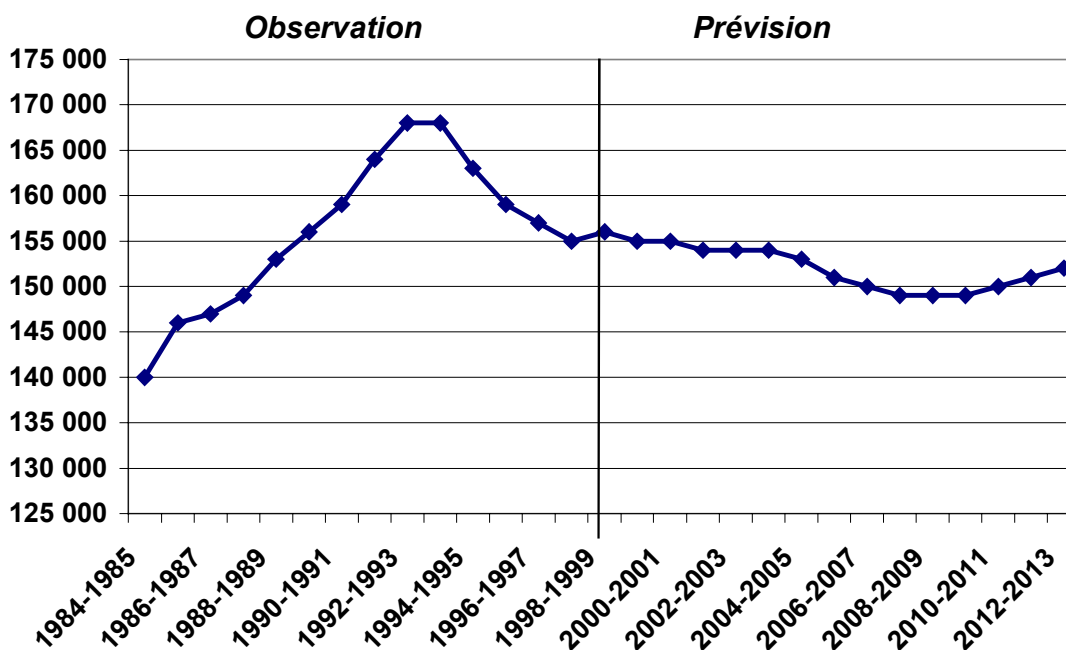
### Graphique 3

#### Observation et prévision du nombre d'étudiants à l'ordre collégial



## Graphique 4

### Observation et prévision de l'effectif étudiant à l'ordre universitaire (en EEETP)



#### *La place grandissante des femmes dans les secteurs d'activité non traditionnels*

La profession d'infirmière a été au Québec un des choix de carrière privilégiés des jeunes filles. Les infirmières qui prennent leur retraite maintenant ou qui le feront au cours des prochaines années ont fait ce choix il y a une trentaine d'années.

De nos jours, les opportunités de carrière offertes aux jeunes filles qui possèdent le profil recherché pour la profession d'infirmière sont beaucoup plus nombreuses et diversifiées qu'autrefois, par exemple en médecine, en génie, en administration et en finance, pour n'en citer que quelques-unes.

#### *Les besoins grandissants de personnel qualifié dans les secteurs scientifiques et techniques*

L'évolution des connaissances et de la technologie fait en sorte qu'on prévoit, au cours des prochaines années, des besoins grandissants de personnel qualifié dans tous les secteurs scientifiques et techniques. On connaît déjà actuellement les besoins de personnel qualifié dans le secteur de l'informatique.

La profession d'infirmière se trouve en concurrence avec ces secteurs de formation. Ainsi, au niveau universitaire, des formations comme l'actuariat, la biochimie, l'enseignement des sciences, le génie, la géodésie, l'informatique et la statistique, la microbiologie, les sciences et technologies des aliments requièrent, comme la formation initiale en sciences infirmières, un DEC en sciences de la nature.

### ***L'accroissement prévisible des admissions dans les programmes du secteur de la santé***

Même si le MSSS n'a pas encore effectué pour toutes les autres professions du secteur de la santé des travaux de projection aussi élaborés que pour les infirmières, les données dont on dispose indiquent qu'il faut s'attendre à une demande accrue de jeunes diplômées dans tous les secteurs.

Actuellement, 57 % du personnel du réseau a plus de 40 ans. On prévoit que le nombre de départs à la retraite connaîtra une croissance importante jusque vers 2010.

À cela s'ajoute le vieillissement de la population qui, pour ces professions, comme c'est le cas pour les infirmières, devrait entraîner une croissance des besoins.

Tous ces facteurs sont interreliés et auront sûrement un impact sur l'avenir de la profession d'infirmière.

On connaît le rôle de pivot qu'exerce l'infirmière dans la prestation des soins. Pour que le système de santé fonctionne correctement, il doit disposer d'infirmières en nombre suffisant avec une formation et des compétences adéquates. Il doit également disposer de leaders cliniques, d'enseignantes, de chercheuses et de gestionnaires en soins infirmiers.

Il sera nécessaire de mettre en place des moyens appropriés pour que la profession d'infirmière puisse attirer un nombre suffisant de jeunes et soutenir la concurrence avec les autres possibilités de carrière qui leur seront offertes, et ce, malgré des conditions de travail et des horaires de travail qui n'apparaissent pas toujours avantageux.

Enfin, au-delà de la nécessité d'accroître au cours des prochaines années le recrutement de jeunes intéressées à la profession d'infirmière, il faudra se préoccuper du recrutement au Québec de personnes issues de l'immigration et possédant déjà un diplôme étranger en soins infirmiers. Dans plusieurs cas, le recrutement de ces personnes passe par l'accessibilité aux programmes de formation complémentaire et aux stages pratiques.

Un autre défi pour les années à venir, c'est l'ouverture au recrutement international pour les infirmières étrangères possédant la formation requise et intéressées à venir pratiquer leur profession au Québec à titre d'immigrantes permanentes ou sur une base de permis de travail temporaire.

## **CHAPITRE 4 : Le plan d'action**

À la lumière du diagnostic posé précédemment et des difficultés qui s'annoncent si rien n'est fait, le Forum constate que le réseau doit prendre un virage majeur en matière de planification de la main-d'œuvre. Il doit modifier en profondeur ses façons de faire ; on ne peut plus compter sur « l'équilibre naturel » des ressources et tout le réseau doit se tourner vers une gestion prévisionnelle et intégrée de la main-d'œuvre, particulièrement celle des infirmières. Tant le MSSS que les régies régionales et les établissements, devront apprendre à mieux lire l'environnement, à mieux identifier les défis de demain, à lier étroitement les besoins futurs des clientèles, la demande de services et l'adaptation de la main-d'œuvre.

Le plan d'action présenté par le Forum vise un ensemble de composantes qui lui apparaissent incontournables pour solutionner le problème de pénurie des infirmières pour les prochaines années. Les actions proposées interagissent les unes avec les autres et toutes peuvent influencer, à divers degrés, les résultats souhaités. Il faut donc les considérer comme un tout, ce qui impose d'avoir une vision globale et de mettre en œuvre des interventions structurées et intégrées. Ce plan interpelle tous les acteurs, tant sur le plan local que sur le plan régional et national.

Le Forum est conscient que les établissements, aux prises quotidiennement avec la prestation des soins et des services et la gestion de leurs effectifs, n'ont pas attendu les conclusions de cette étude pour agir et trouver des solutions locales ou régionales à court terme à leurs problèmes. Ainsi, chaque acteur interpellé pourra adapter ses stratégies d'action selon le chemin déjà parcouru et les moyens à sa disposition.

Les retombées de chacune des actions s'étendront sur des échéanciers divers, certaines seront à court terme et d'autres à moyen et long terme. Tout ne peut être fait en même temps ; un ordre des priorités est donc nécessaire en fonction des réalités de chacun des acteurs et de l'environnement qui les supporte.

La clé du succès pour l'atteinte des objectifs fixés dans ce rapport est sans contredit l'engagement que prendront tous les acteurs et les énergies qu'ils consacreront à régler ce grave problème de pénurie. Une chose est certaine, on ne peut se contenter d'une attitude de laisser-aller. Il faut agir rapidement, avec cohérence et cohésion. Le partenariat est également essentiel à la réussite de l'opération. Les acteurs devront faire preuve de transparence, d'esprit de concertation, favoriser une bonne communication et échanger l'information de façon continue sur l'état de la main-d'œuvre.

Les acteurs impliqués dans la réalisation du plan d'action sont, notamment les associations d'établissements, les syndicats, les régies régionales, l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, le ministère de l'Éducation, les collèges, les universités, le ministère des Relations avec les citoyens et de l'Immigration et le ministère de la Santé et des Services sociaux.

Dans un premier temps, un plan d'action général a été élaboré. Il met l'accent sur des objectifs à atteindre.

## 4.1 PLAN D'ACTION GÉNÉRAL

Ce plan, qui a fait l'objet d'un consensus du Forum, comprend les objectifs visant à :

- résorber la pénurie globale ;
- améliorer l'adéquation entre les compétences et les besoins des clientèles ;
- rendre la profession plus concurrentielle pour attirer un plus grand bassin de main-d'œuvre ;
- effectuer le suivi des activités prévues au plan d'action et mettre à jour annuellement le processus de planification de la main-d'œuvre infirmière.

### PLAN D'ACTION POUR LA PLANIFICATION DE LA MAIN-D'ŒUVRE INFIRMIÈRE

#### SECTION I

#### Objectifs visant à résorber la pénurie globale

OBJECTIFS	Coordonnateurs	Partenaires	Échéancier
1. Augmenter le nombre de personnes admises aux différents programmes <ul style="list-style-type: none"> <li>• Augmenter les admissions au cégep et augmenter les admissions à l'université</li> <li>• S'assurer qu'il n'y a pas de contraintes financières ou techniques limitant l'accès des candidats aux programmes (disponibilité des ressources des milieux d'enseignement – adéquation des places disponibles avec les lieux de stages)</li> <li>• Élargir les bassins de recrutement traditionnels               <ul style="list-style-type: none"> <li>• Déterminer les facteurs de choix de carrière</li> <li>• Promouvoir la profession (ex. : hommes, deuxième carrière, etc.)</li> </ul> </li> </ul>	MEQ  MEQ MSSS  OIIQ MSSS	Régies régionales Collèges Universités Ass. d'établ.	Court terme  Court terme  Moyen terme Moyen terme
2. Favoriser des formules accélérées de formation dans les deux ordres d'enseignement afin de réduire les délais de formation	MEQ	CREPUQ	Continu
3. Proposer une stratégie pour donner accès à la formation et aux stages aux personnes diplômées de l'extérieur du Canada et des États-Unis en vue de l'obtention du permis de l'OIIQ	MRCI	OIIQ	Court et moyen terme
4. Mettre sur pied un programme permettant d'accroître l'immigration de personnes répondant à des profils recherchés	MRCI	MSSS OIIQ Ass. d'établ.	Court et moyen terme

5.	Améliorer les taux de diplomation et d'intégration des diplômées au marché du travail <ul style="list-style-type: none"> <li>Se pencher sur les raisons des abandons <ul style="list-style-type: none"> <li>au cours des études (par exemple l'impact de la qualité des candidats)</li> <li>après l'obtention du diplôme</li> </ul> </li> <li>Réaliser le bilan de l'externat en soins infirmiers</li> <li>Proposer des pistes d'action selon les analyses réalisées</li> </ul>	MEQ OIIQ OIIQ MEQ, OIIQ	Ass. d'établ.	Continu
6.	Améliorer la rétention des infirmières au travail, leur disponibilité pour le travail et faciliter l'accès au travail	Associations d'établissements	FIIQ UQII FSSS	Court, moyen et long terme
7.	Revoir l'organisation des soins et l'organisation du travail compte tenu des besoins des clientèles et des nouvelles façons de faire de manière à maximiser l'apport des infirmières	Associations d'établissements	FIIQ UQII FSSS	Court, moyen et long terme
8.	Voir à un meilleur arrimage entre l'actualisation des développements de soins et de services ayant une incidence sur la main-d'œuvre et la disponibilité et/ou la formation de la main-d'œuvre infirmière	MSSS Régies régionales	Ass. d'établ.	Continu
9.	Faire une planification régionale de la main-d'œuvre de manière à améliorer la concertation régionale et interétablissement sur les besoins de main-d'œuvre	Régies régionales	Établissements	Continu
10.	Mettre en place une banque d'information sur les emplois disponibles	Régies régionales	Emploi-Québec	Court terme

## SECTION II

### Objectifs visant à améliorer l'adéquation entre les compétences et les besoins des clientèles

OBJECTIFS	Coordonnateurs	Partenaires	Échéancier
1. Mettre en place un continuum de formation intégrée collège-université (Comité directeur sur le cadre d'intégration des programmes de formation technique et universitaire)	MEQ	OIIQ Collèges Universités	Moyen terme
2. <ul style="list-style-type: none"> <li>• Améliorer les conditions permettant le développement des ressources humaines (ex. : maintien des compétences, formation continue, perfectionnement, cheminement de carrière)</li> <li>• Mettre en place des mesures permettant de mettre à profit les formations acquises</li> </ul>	Associations d'établissements	FIIQ UQII FSSS	Court et moyen terme
	Associations d'établissements	FIIQ UQII FSSS	Court et moyen terme
3. Mettre en place les conditions permettant aux infirmières d'exercer les nouveaux rôles qui leur sont dévolus	MSSS	MEQ Universités Collèges OIIQ Établ.	Moyen terme
4. Améliorer l'arrimage entre la formation et le travail (ententes interétablissements santé-éducation)	MSSS	MEQ Ass. d'établ.	Moyen terme

## SECTION III

### Objectif visant à rendre la profession plus concurrentielle pour attirer

#### un plus grand bassin de main-d'œuvre

OBJECTIF	Coordonnateur	Partenaires	Échéancier
Faire la promotion de la profession de manière à en améliorer l'image, notamment pour la rendre plus compétitive par rapport à d'autres secteurs de formation	MSSS	Régies régionales OIIQ	Court terme

## SECTION IV

### Objectifs visant à assurer un suivi

OBJECTIFS	Coordonnateurs	Partenaires	Échéancier
<ul style="list-style-type: none"><li>• Confier au groupe de travail la responsabilité d'effectuer un suivi périodique des activités prévues au plan d'action ; faire rapport au Forum</li></ul>	MSSS	Organismes du Forum PMO	Continu
<ul style="list-style-type: none"><li>• Mettre à jour annuellement le processus de planification de la main-d'œuvre à la lumière des nouveaux paramètres entrant dans le modèle de projection<ul style="list-style-type: none"><li>– faire ressortir de façon particulière quel a été le remplacement des infirmières de formation universitaire (s'assurer au minimum du remplacement des infirmières de formation universitaire)</li></ul></li></ul>	MSSS		Annuel

#### 4.2 PLAN D'ACTION DÉTAILLÉ

Dans un deuxième temps, le groupe de travail a explicité les actions à réaliser. On trouvera à l'annexe 4 une fiche détaillée pour chacun des objectifs précités.

Les actions qui ont été retenues interpellent les acteurs du niveau local, du niveau régional et du niveau national.

##### 4.2.1 Au niveau local

Au niveau local, chaque établissement devra entreprendre un exercice de planification de la main-d'œuvre.

En relation avec les exercices nationaux et régionaux de planification, cet exercice doit notamment être l'occasion de dresser un portrait de la main-d'œuvre infirmière dans l'établissement, d'estimer les départs prévisibles, d'évaluer les développements prévus et de les mettre en relation avec les possibilités de recrutement à court terme et à moyen terme. Ce portrait n'est pas uniquement quantitatif mais devrait également prendre en considération les compétences du personnel infirmier en place.

Par la suite, en fonction des moyens de l'établissement, notamment des moyens financiers et des réallocations qu'il est possible de faire, et en fonction des ententes locales qu'il est possible de conclure avec les instances syndicales locales, l'établissement doit se doter d'un plan d'action pour faire face à une pénurie immédiate ou appréhendée et pour améliorer les compétences nécessaires pour mieux répondre aux besoins de la population.

Ce plan d'action devrait viser entre autres à :

- améliorer la disponibilité des infirmières déjà en place ;
- faciliter l'accès au travail des infirmières ;
- revoir l'organisation des soins compte tenu des besoins des clientèles et des nouvelles façons de faire de manière à maximiser l'apport des infirmières ;
- revoir l'organisation du travail compte tenu des besoins des clientèles et des nouvelles façons de faire de manière à maximiser l'apport des infirmières ;
- améliorer les conditions permettant le développement des ressources humaines ;
- mettre en place des mesures permettant de mettre à profit les formations acquises.

Pour la plupart, les actions listées ci-après relèvent de plus d'un de ces objectifs. Elles résultent d'une réflexion des membres du groupe de travail. Cette réflexion doit se poursuivre au niveau local.

1. Analyser les causes de l'absentéisme, déterminer les correctifs appropriés et prendre les mesures nécessaires pour accroître la présence au travail des infirmières.
2. Adopter une structure de postes (temps complet, temps partiel et disponibilité) qui correspond le plus possible aux attentes des infirmières de manière à accroître le nombre d'heures de travail effectivement travaillées par le personnel permanent.
3. Assurer la mise en place d'un programme structuré d'accueil pour faciliter l'adaptation et l'intégration des infirmières nouvellement embauchées, qu'elles soient nouvellement diplômées ou non, et, au besoin, prévoir un programme d'intégration individualisé.
4. Reconnaître et valoriser le rôle de soutien des infirmières en place auprès des nouvelles embauchées, et, s'il y a lieu, des externes et des stagiaires en soins infirmiers, y compris les étudiantes du programme d'internat.
5. Examiner et mettre en place des mesures facilitant la conciliation du travail avec la vie personnelle et familiale.
6. Appliquer des formules d'aménagement du temps de travail dans le respect de la volonté des parties et du personnel concerné.
7. Analyser l'utilisation du temps supplémentaire et mettre en place les mesures appropriées pour diminuer le recours à cette pratique.

8. Avec l'appui de la direction de l'établissement et en association avec les médecins et les autres groupes de professionnels, revoir les modèles actuels de prestation des soins et des services par rapport à différents modèles connus qui donnent des résultats probants, en tenant compte des besoins des clientèles et de l'intensité des ressources infirmières qu'ils requièrent.
9. Privilégier l'adoption de modes de distribution de soins appropriés qui mettent à profit le rôle spécifique de l'infirmière tout en confiant les tâches qui peuvent l'être à d'autres catégories de personnel.
10. Alléger les tâches des infirmières par l'adoption de solutions appropriées.
11. Assurer la présence d'équipes de base suffisantes en effectifs.
12. Favoriser la continuité des soins par une augmentation du personnel permanent dans les équipes de base.
13. Soutenir cette révision de l'organisation des soins et du travail en :
  - favorisant tant l'utilisation et le développement d'outils de mesure, d'indicateurs appropriés et de données solides, fidèles, fiables et complètes pour assurer une meilleure adéquation entre les besoins des clientèles et les ressources ;
  - évaluant les méthodes et protocoles utilisés à l'heure actuelle et en favorisant l'harmonisation de ces protocoles entre les différentes missions d'établissements ;
  - dégageant les ressources matérielles requises pour la prestation de soins et de services de qualité aux clientèles ;
  - développant les technologies modernes dans la pratique et la gestion des soins infirmiers, notamment les outils informatiques, tout en soutenant et en formant adéquatement les infirmières pour les rendre aptes à utiliser ces technologies.
14. Mettre en place ou renforcer des mécanismes déjà existants pour rendre la profession d'infirmière motivante et valorisante en :
  - établissant un diagnostic sur l'état de la motivation et de la valorisation dans chaque milieu de travail ;
  - fixant des objectifs en vue d'accroître la motivation et la valorisation au travail par une stratégie axée sur la valorisation et la motivation du personnel infirmier et de mettre au point des plans locaux qui s'inscrivent dans le cadre d'un plan de développement des ressources humaines (PDRH) local ;
  - encourageant la formation des gestionnaires portant sur des stratégies de motivation et de valorisation ;
  - accordant plus d'autonomie et de pouvoir décisionnel aux infirmières dans l'exercice de leur profession ;

- offrant un meilleur soutien affectif et cognitif aux infirmières dans le cadre de leur prestation de travail ;
  - utilisant l'expérience, l'expertise et les connaissances des infirmières dans l'accueil et l'orientation des nouvelles diplômées ou le développement des pairs ;
  - assurant que le milieu de travail, l'organisation du travail et les conventions collectives offrent aux infirmières des possibilités de transfert des connaissances acquises par la formation ou l'expérience dans la pratique des soins infirmiers.
15. Assurer une plus grande participation des infirmières au sein de divers comités, groupes ou instance de travail qui les concernent en mettant l'accent sur les éléments qui suivent :
- adopter une philosophie de gestion participative au sein de chaque établissement ;
  - établir un processus de consultation et de communication structuré et formel pour les infirmières, soignantes et gestionnaires, pour toutes les décisions en rapport avec des changements qui ont un effet sur la prestation des soins infirmiers, sur la disponibilité des ressources, sur le milieu de travail, sur les politiques et procédures d'une unité et de l'établissement, etc. ;
  - favoriser une plus grande diffusion de l'information.
16. Concevoir un plan de développement des ressources humaines (PDRH) portant sur les activités à privilégier pour assurer l'acquisition, le maintien et le développement des compétences, notamment par des programmes d'accueil et d'orientation, de formation en cours d'emploi, de perfectionnement et de mise à jour.
17. Mettre en place des conditions et des moyens nécessaires pour encourager et valoriser l'acquisition de compétences en facilitant l'accès à ces programmes et à tout autre programme d'études par des maisons d'enseignement.

#### **4.2.2 Au niveau régional**

En relation avec la planification de la main-d'œuvre nationale, les régies régionales devront préparer un état de situation régional sur la main-d'œuvre infirmière et un plan d'action régional. Elles seront responsables de l'organisation d'événements régionaux pour présenter le diagnostic et le plan d'action du Forum national sur la planification de la main-d'œuvre infirmière, présenter l'état de situation régional sur la main-d'œuvre infirmière et inviter les participants de la région à s'approprier le diagnostic et à déterminer les actions à réaliser.

De façon générale, les régies régionales, en fonction du plan d'action régional en matière de planification de la main-d'œuvre infirmière, devraient viser : 1) à soutenir les établissements dans la mesure de leurs moyens ; 2) en tenant compte des réalités locales et régionales, à orienter l'allocation des ressources de manière à appuyer une

organisation des soins et une organisation du travail permettant de maximiser l'apport des infirmières ; 3) à favoriser les mises en commun prévues au plan d'action régional et 4) à effectuer un suivi périodique des activités réalisées dans la région.

De plus, de façon minimale, les régies régionales auront la responsabilité :

- 1) d'effectuer, dans la région, le suivi des stages des étudiantes en soins infirmiers et de transmettre deux fois par année un bilan au comité national sur les stages ;
- 2) de préparer annuellement un état de situation régional sur les activités de développement planifiées par les établissements et favoriser la mise en commun ;
- 3) de mettre en place un mécanisme permettant l'arrimage entre l'actualisation du développement des soins et des services et la disponibilité et/ou la formation de la main-d'œuvre infirmière ;
- 4) de mettre en place, en collaboration avec Emploi-Québec, une banque d'information sur les emplois disponibles ;
- 5) de mettre à jour annuellement l'état de situation régional sur la main-d'œuvre infirmière, d'effectuer un suivi périodique des activités prévues au plan d'action régional, de l'ajuster et de le mettre à jour à la lumière des conclusions des exercices locaux de main-d'œuvre.

#### **4.2.3 Au niveau national**

Avec le soutien des différents partenaires nationaux concernés, le plan d'action national met de l'avant des mesures visant à accroître le nombre de nouvelles infirmières disponibles sur le marché du travail :

- augmenter les admissions au cégep et à l'université ;
- élargir les bassins de recrutement traditionnels ;
- améliorer les taux de diplomation ;
- mettre en place un programme permettant d'accroître l'immigration ;
- proposer une stratégie pour donner accès à la formation et aux stages aux personnes diplômées de l'extérieur du Canada et des États-Unis en vue de l'obtention du permis de l'OIIQ.

Le plan comprend également des actions pour améliorer la formation des infirmières, notamment par la mise en place d'un continuum de formation intégrée collège-université. Il prévoit des mécanismes pour permettre aux infirmières d'exercer les nouveaux rôles qui leur sont dévolus.

Par ailleurs, de manière à soutenir les activités locales et régionales en matière de planification de la main-d'œuvre, les membres du Forum ont convenu d'un certain nombre d'actions :

- 1) recommander qu'on ajoute au mandat du comité national sur l'assurance-salaire la tâche d'examiner de façon particulière les problématiques de santé touchant la main-d'œuvre infirmière ;
- 2) réaliser, auprès des infirmières en place et auprès des étudiantes en soins infirmiers, une étude nationale pour déterminer les facteurs qui influencent le choix des infirmières d'opter pour un poste à temps plein, à temps partiel ou de s'inscrire sur la liste de disponibilité ;
- 3) effectuer une étude exploratoire permettant de déterminer ce qui constitue, pour les infirmières, un avancement ou une promotion dans la carrière et de mieux connaître leurs attentes et leurs désirs à ce sujet ;
- 4) mettre en place un comité national sur les stages. Ce comité aura notamment comme mandat de recevoir les bilans régionaux sur l'organisation des stages, de s'assurer qu'il n'y a pas de contrainte à l'augmentation du nombre d'étudiantes admis au collège et à l'université et, dans le cadre du nouveau continuum de formation intégrée collège-université, de revoir les modalités de réalisation et de financement des stages. Enfin, ce comité devra voir à produire, à l'intention des établissements, un guide dans le but d'instaurer un système de mentorat, de préceptorat ou de tutorat ;
- 5) revoir les conventions collectives de manière à améliorer l'attraction et la rétention, notamment :
  - les mesures pouvant faciliter la conciliation du travail avec la vie personnelle et familiale,
  - les avantages conventionnés rattachés aux périodes de travail moins attractives ou concernant des milieux moins attrayants,
  - la liste des formations académiques reconnues aux fins d'avancement d'échelon,
  - l'ajout de modalités pour la mise en place d'un plan de carrière ou de modèles permettant un cheminement professionnel,
  - le développement des ressources humaines ;

De plus, il y a lieu de finaliser les travaux en cours sur les relativités salariales et d'accélérer les travaux pour donner suite aux dispositions prévues dans la Loi sur l'équité salariale ;

- 6) revoir l'organisation des services pour mettre en place un véritable système de soins de santé primaires au Québec dans une perspective d'intégration des services à tous les niveaux ;
- 7) mettre en place des mécanismes pour assurer un meilleur arrimage entre l'actualisation du développement des soins et des services et la disponibilité de la main-d'œuvre infirmière ;

- 8) réaliser régulièrement un colloque pour favoriser la diffusion des façons de faire probantes en matière d'organisation des soins et d'organisation du travail en considérant notamment l'apport des technologies ;
- 9) revoir le niveau des ressources disponibles et les mécanismes d'allocation des ressources. En plus des ressources nécessaires pour rehausser et stabiliser les équipes de base en soins infirmiers, et augmenter les heures requises pour répondre aux besoins des clientèles, il y a lieu d'examiner les ressources disponibles dans les secteurs suivants :
  - l'achat et l'entretien d'équipements nécessaires à la prestation de soins infirmiers optimaux,
  - les ressources matérielles en bon état de fonctionnement et en quantité suffisante,
  - les ressources financières dédiées à l'aménagement d'un environnement physique adéquat,
  - les investissements favorisant l'emploi de la technologie informatique soutenant la pratique infirmière,
  - l'accès à des ressources ou des mécanismes de soutien pour aider les infirmières à remédier aux problèmes qui peuvent survenir lorsqu'elles utilisent des outils informatiques,
  - la conception, l'implantation et l'utilisation des systèmes d'information en gestion ; on doit faire en sorte qu'ils facilitent, d'un établissement à l'autre, le partage et la diffusion de l'information et l'accumulation des données,
  - la prévision de budgets suffisants pour former adéquatement les infirmières afin de les rendre aptes à utiliser les technologies dans leur pratique comme soutien aux activités cliniques et administratives,
  - la prévision de budgets additionnels récurrents pour soutenir les employeurs dans leur obligation d'offrir des programmes d'orientation, de formation en cours d'emploi, de perfectionnement ou de mise à jour pouvant répondre adéquatement aux besoins en évolution continue des infirmières dans leur pratique quotidienne,
  - l'allocation de budgets spécifiques pour le développement de la recherche en sciences infirmières en lien direct avec les nouvelles pratiques de soins infirmiers, les besoins des clientèles et ceux des infirmières elles-mêmes ;
- 10) accentuer le développement des cadres en soins infirmiers et assurer la préparation d'une relève. À cette fin, le comité des partenaires relatif au développement du personnel d'encadrement devra, notamment :
  - favoriser la mise en place de programmes de formation pour les gestionnaires portant sur la gestion participative et sur des stratégies de motivation et de valorisation,

- étudier les structures d'encadrement en soins infirmiers ainsi que les ratios actuels cadres/infirmières dans les établissements et proposer des avenues en vue de répondre plus adéquatement aux besoins d'encadrement clinique et clinico-administratif,
- proposer des plans de relève pour inciter les infirmières à faire carrière comme cadre ;

De plus, avec les associations de cadres, il y a lieu de revoir la structure de rémunération pour rendre plus attractifs les postes de cadres ;

- 11) recommander qu'au niveau national on mette en place une structure représentant les infirmières pour conseiller les décideurs dans la gestion des soins, l'organisation et l'évolution du système de santé ;
- 12) concevoir un plan de communication de manière à améliorer l'image de la profession, inciter davantage de jeunes à y faire carrière et améliorer la rétention des infirmières en place ;
- 13) effectuer un suivi périodique des activités prévues au plan d'action — l'ajuster et le mettre à jour à la lumière des conclusions des exercices régionaux et locaux de planification de la main-d'œuvre ;
- 14) mettre à jour annuellement le processus de planification de la main-d'œuvre à la lumière des nouveaux paramètres entrant dans le modèle de projection.

# **A N N E X E 1**

## **Statistiques complémentaires sur les infirmières du réseau**



**Tableau 1**

**Répartition des infirmières selon le titre d'emploi au 31 mars 1999**

<b>Titre</b>	<b>Nombre en emploi</b>	<b>%</b>
Infirmières	44 501	80,8
Infirmières bachelières	8 046	14,6
Infirmières cadres	2 529	4,6
<b>Total *</b>	<b>55 076</b>	<b>100,0</b>

\* En appliquant le facteur individu/poste afin de tenir compte des infirmières qui travaillent dans plus d'un établissement, on compterait 51 071 infirmières.

**Tableau 2**

**Répartition de la main-d'œuvre infirmière selon le titre d'emploi au 31 mars 1999**

<b>Titre</b>	<b>Nombre en emploi</b>	<b>%</b>	<b>Nombre en E.T.C.</b>	<b>%</b>
Infirmières	44 501	44,6	30 478	45,0
Infirmières bachelières.	8 046	8,1	6 099	9,0
Infirmières cadres	2 529	2,5	2 044	3,0
<b>Total infirmières</b>	<b>55 076</b>	<b>55,2</b>	<b>38 621</b>	<b>57,0</b>
Infirmières auxiliaires	14 012	14,1	9 226	13,6
Préposés aux bénéficiaires	30 677	30,8	19 950	29,4
<b>Grand total</b>	<b>99 765</b>	<b>100,0</b>	<b>67 797</b>	<b>100,0</b>

**Tableau 3**

**Répartition des infirmières en emploi selon l'âge au 31 mars 1999**

<b>Âge</b>	<b>Infirmières</b>	<b>%</b>	<b>Infirmières bachelières</b>	<b>%</b>	<b>Infirmières cadres</b>	<b>%</b>	<b>Total</b>	<b>%</b>
20 et 24	3 203	7,2	163	2,0	-		3 366	6,1
25 et 29	4 975	11,2	828	10,3	20	0,8	5 823	10,6
30 et 34	6 388	14,4	1 281	15,9	84	3,3	7 753	14,1
35 et 39	7 011	15,8	1 379	17,1	267	10,6	8 657	15,7
40 et 44	8 207	18,4	1 561	19,4	523	20,7	10 291	18,7
45 et 49	8 174	18,4	1 575	19,6	606	24,0	10 355	18,8
50 et 54	4 787	10,8	919	11,4	749	29,6	6 455	11,7
55 et 59	1 437	3,2	292	3,6	244	9,6	1 973	3,6
60 et 64	278	0,6	41	0,5	31	1,2	350	0,6
65 et 69	35	0,1	5	0,1	5	0,2	45	0,1
70 et +	6	0,0	2	0,0	-	0,0	8	0,0
<b>Total</b>	<b>44 501</b>	<b>100,0</b>	<b>8 046</b>	<b>100,0</b>	<b>2 529</b>	<b>100,0</b>	<b>55 076</b>	<b>100,0</b>

**Tableau 4**

**Répartition des infirmières selon le statut au 31 mars 1999**

Statut	Infirmières				Infirmières bachelières				Infirmières cadres			
	En emploi	%	E.T.C.	%	En emploi	%	E.T.C.	%	En emploi	%	E.T.C.	%
<b>TCR</b>	16 205	36	14 962	49	4 763	59	4 297	70	1 741	69	1 628	80
<b>TPR</b>	15 109	34	9 265	30	1 546	19	937	15	543	21	312	15
<b>TPO</b>	13 187	30	6 250	21	1 737	22	865	14	245	10	99	5
<b>Total</b>	<b>44 501</b>	<b>100</b>	<b>30 477</b>	<b>100</b>	<b>8 046</b>	<b>100</b>	<b>6 099</b>	<b>100</b>	<b>2 529</b>	<b>100</b>	<b>2 039</b>	<b>100</b>

**Tableau 5**

**Répartition des infirmières en emploi selon la région au 31 mars 1999**

Région	Infirmières	%	Infirmières bachelières	%	Infirmières cadres	%	Total	%
1	1 649	3,7	202	2,5	89	3,5	1 940	3,5
2	1 873	4,2	237	2,9	120	4,7	2 230	4,0
3	5 878	13,2	695	8,6	273	10,8	6 846	12,4
4	2 983	6,7	228	2,8	146	5,8	3 357	6,1
5	2 037	4,6	331	4,1	101	4,0	2 469	4,5
6	15 013	33,7	3 891	48,4	1 001	39,6	19 905	36,1
7	1 550	3,5	279	3,5	105	4,2	1 934	3,5
8	1 046	2,4	141	1,8	58	2,3	1 245	2,3
9	712	1,6	77	1,0	42	1,7	831	1,5
10	142	0,3	7	0,1	9	0,4	158	0,3
11	838	1,9	100	1,2	50	2,0	988	1,8
12	1 862	4,2	276	3,4	85	3,4	2 223	4,0
13	1 152	2,6	330	4,1	96	3,8	1 578	2,9
14	1 345	3,0	198	2,5	51	2,0	1 594	2,9
15	1 634	3,7	306	3,8	94	3,7	2 034	3,7
16	4 546	10,2	724	9,0	203	8,0	5 473	9,9
17	121	0,3	14	0,2	5	0,2	140	0,3
18	120	0,3	10	0,1	1	0,0	131	0,2
<b>Total</b>	<b>44 501</b>	<b>100,0</b>	<b>8 046</b>	<b>100,0</b>	<b>2 529</b>	<b>100,0</b>	<b>55 076</b>	<b>100,0</b>

**Tableau 6**

**Répartition des infirmières en emploi par mission au 31 mars 1999**

<b>Mission</b>	<b>Infirmières</b>	<b>%</b>	<b>Infirmières bachelières</b>	<b>%</b>	<b>Infirmières cadres</b>	<b>%</b>	<b>Total</b>	<b>%</b>
CHPSY	1 819	4,1	227	2,8	156	6,2	2 202	4,0
CHSGS	31 786	71,4	4 260	52,9	1 308	51,7	37 354	67,8
CHSLD	3 711	8,3	391	4,9	650	25,7	4 752	8,6
CJ	53	0,1	7	0,1	1	0,0	61	0,1
CLSC	5 228	11,7	3 035	37,7	206	8,1	8 469	15,4
CR	361	0,8	24	0,3	12	0,5	397	0,7
PR CH	166	0,4	20	0,2	21	0,8	207	0,4
PR CR	43	0,1		0,0	4	0,2	47	0,1
PR LD	1 307	2,9	70	0,9	171	6,8	1 548	2,8
RRSSS	27	0,1	12	0,1		0,0	39	0,1
<b>Total</b>	<b>44 501</b>	<b>100,0</b>	<b>8 046</b>	<b>100,0</b>	<b>2 529</b>	<b>100,0</b>	<b>55 076</b>	<b>100,0</b>

**Tableau 7**

**Répartition des infirmières selon le syndicat au 31 mars 1999**

<b>SYNDICAT</b>	<b>NOMBRE EN EMPLOI</b>	<b>%</b>
CSD	111	0,2
FIIQ	42 969	78,0
FPSSS (CSQ)	5	0,0
FSSS (CSN)	3 693	6,7
Non-syndiqué	790	1,4
SCFP (FTQ)	284	0,5
SQEES	889	1,6
UQII (CSQ)	3 806	6,9
<b>Sous-total</b>	<b>52 547</b>	<b>95,4</b>
Cadres	2 529	4,6
<b>Total</b>	<b>55 076</b>	<b>100,0</b>

**Tableau 8****Évolution du nombre d'infirmières et d'infirmières bachelières de 1980-1981 à 1998-1999**

Année	Total		T.C.R.		T.P.R.		T.P.O.	
	En emploi	En E.T.C.	En emploi	En E.T.C.	En emploi	En E.T.C.	En emploi	En E.T.C.
1980-1981	39 393	26 485	19 294	17 352	8 158	4 021	11 942	5 113
1985-1986	45 948	29 852	18 286	16 206	15 229	8 136	12 434	5 511
1990-1991	51 573	34 811	21 144	18 811	17 632	9 958	12 796	6 042
1995-1996	53 546	36 830	21 888	20 349	18 729	10 988	12 929	5 494
1996-1997	52 811	35 923	21 140	19 556	18 393	10 785	13 278	5 582
1997-1998	50 804	35 501	18 945	18 126	16 257	10 122	15 602	7 253
1998-1999	52 547	36 578	20 965	19 259	16 655	10 202	14 927	7 117

**Tableau 9****Évolution du nombre d'infirmières de 1980-1981 à 1998-1999**

Année	Total		T.C.R.		T.P.R.		T.P.O.	
	En emploi	En E.T.C.	En emploi	En E.T.C.	En emploi	En E.T.C.	En emploi	En E.T.C.
1980-1981	39 393	26 485	19 294	17 352	8 158	4 021	11 942	5 113
1985-1986	45 948	29 852	18 286	16 206	15 229	8 136	12 434	5 511
1990-1991	47 714	32 032	18 917	16 864	16 775	9 465	12 021	5 703
1995-1996	47 019	31 910	18 083	16 839	17 367	10 195	11 569	4 877
1996-1997	45 753	30 652	17 190	15 921	16 913	9 927	11 650	4 804
1997-1998	43 482	29 913	14 907	14 361	14 859	9 269	13 716	6 283
1998-1999	44 501	30 479	16 204	14 962	15 109	9 265	13 188	6 252

**Tableau 10****Évolution du nombre d'infirmières bachelières de 1989-1990 à 1998-1999**

Année	Total		T.C.R.		T.P.R.		T.P.O.	
	En emploi	En E.T.C.	En emploi	En E.T.C.	En emploi	En E.T.C.	En emploi	En E.T.C.
1989-1990	1 168	815	666	568	285	155	217	92
1990-1991	3 859	2 779	2 227	1 947	857	493	775	339
1995-1996	6 527	4 920	3 805	3 510	1 362	793	1 360	617
1996-1997	7 058	5 271	3 950	3 635	1 480	858	1 628	778
1997-1998	7 322	5 588	4 038	3 765	1 398	853	1 886	970
1998-1999	8 046	6 099	4 761	4 297	1 546	937	1 739	865

**Tableau 11****Évolution des heures travaillées (régulières et supplémentaires) en soins infirmiers de 1985-1986 à 1998-1999**

Année	Infirmières et bachelières	% d'aug.	Préposés aux bénéficiaires	% d'aug.	Infirmières auxiliaires	% d'aug.	Total	% d'aug.
1985-1986	49 203 446		30 739 890		19 829 456		99 772 792	
1990-1991	56 813 744	15,5	33 387 995	8,6	18 958 231	-4,4	109 159 970	9,4
1995-1996	58 911 276	3,7	32 262 779	-3,4	17 784 857	-6,2	108 958 912	-0,2
1996-1997	57 051 284	-3,2	31 682 733	-1,8	16 729 984	-5,9	105 464 001	-3,2
1997-1998	57 389 107	0,6	31 519 162	-0,5	15 468 225	-7,5	104 376 494	-1,0
1998-1999	59 096 666	3,0	32 716 751	3,8	14 582 419	-5,7	106 395 836	1,9

**Tableau 12****Évolution des heures travaillées régulières en soins infirmiers de 1985-1986 à 1998-1999**

Année	Infirmières et bachelières	% d'aug.	Préposés aux bénéficiaires	% d'aug.	Infirmières auxiliaires	% d'aug.	Total	% d'aug.
1985-1986	48 451 195		30 530 092		19 654 717		98 636 004	
1990-1991	55 654 336	14,9	33 095 089	8,4	18 714 366	-4,8	107 463 791	8,9
1995-1996	58 218 069	4,6	32 102 167	-3,0	17 708 975	-5,4	108 029 211	0,5
1996-1997	56 300 459	-3,3	31 499 295	-1,9	16 650 350	-6,0	104 450 104	-3,3
1997-1998	56 220 001	-0,1	31 259 365	-0,8	15 348 183	-7,8	102 827 549	-1,6
1998-1999	57 711 161	2,7	32 412 820	3,7	14 440 251	-5,9	104 564 232	1,7

**Tableau 13****Évolution des heures travaillées supplémentaires en soins infirmiers de 1985-1986 à 1998-1999**

Année	Infirmières et bachelières	% d'aug.	Préposés aux bénéficiaires	% d'aug.	Infirmières auxiliaires	% d'aug.	Total	% d'aug.
1985-1986	752 251		209 798		174 739		1 136 788	
1990-1991	1 159 408	54,1	292 906	39,6	243 865	39,6	1 696 179	49,2
1995-1996	693 207	-40,2	160 612	-45,2	75 882	-68,9	929 701	-45,2
1996-1997	750 825	8,3	183 438	14,2	79 634	4,9	1 013 897	9,1
1997-1998	1 169 106	55,7	259 797	41,6	120 042	50,7	1 548 945	52,8
1998-1999	1 385 504	18,5	303 932	17,0	142 168	18,4	1 831 604	18,2



## **A N N E X E 2**

### **Présentation du « Système de monitoring » pour la planification de la main-d'œuvre du réseau de la santé et des services sociaux**

**Suzanne Jean**

**Planification et développement de la main-d'œuvre**

**MSSS-DGPMO**

**9 février 2000**



## Présentation du « système de monitoring »

<b>1</b>	<b>Présentation générale</b> .....	80
<b>2</b>	<b>Les regroupements de titres d'emploi</b> .....	80
2.1	Établissement d'une table de correspondance avec le MEQ.....	80
2.2	Lien direct avec la banque de données du MSSS.....	80
2.3	Facteur individu/poste.....	81
<b>3</b>	<b>Le modèle en trois volets</b> .....	81
3.1	Projection de l'attrition.....	81
3.1.1	Projection initiale des départs.....	81
3.1.2	Choix du scénario d'évolution des statuts.....	82
3.1.3	Facteurs spécifiques de modulation des départs.....	82
3.2	Estimation de l'évolution des besoins et du recrutement.....	82
3.2.1	Année de départ de la projection.....	82
3.2.2	Secteur d'activité en développement.....	83
3.2.3	Évolution des besoins.....	83
3.2.4	Évolution organisationnelle.....	83
3.2.5	Évolution du nombre de jours de congé.....	83
3.2.6	Effectif désiré.....	83
3.2.7	Recrutement brut.....	84
3.2.8	Recrutement net ou nécessaire.....	84
3.3	Comparaison entre les besoins de recrutement et les diplômés disponibles.....	84
3.3.1	Projection des diplômés disponibles.....	84
3.3.2	Comparaison entre l'offre et les besoins.....	84
<b>4</b>	<b>En cas de déséquilibre appréhendé</b> .....	85
<b>5</b>	<b>En conclusion</b> .....	85

## **PRÉSENTATION DU « SYSTÈME DE MONITORAGE »**

### **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 Les 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 Le 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 un surplus ou une 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 En 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.



## **A N N E X E 3**

**Projection des besoins de recrutement et  
comparaison avec les diplômées disponibles**



# Tableau 1

## Projection des besoins de recrutement d'infirmières selon différents scénarios

Nombre estimatif d'infirmières du réseau au 31 mars 1999 : 51 071

Nombre d'infirmières actives inscrites à l'OIIQ au 31 mars 1999 : 59 546

	RSSS A	RSSS B	RSSS C	OIIQ D	OIIQ E	DIPLÔMÉES DISPONIBLES (1)
Retraite	Nouvelles	Nouvelles	Nouvelles	Nouvelles	Nouvelles	
Cessation	Intermédiaire	Intermédiaire	Intermédiaire	Intermédiaire	Intermédiaire	
Pénurie	Aucune	1 500	1 500	1 500	1 500	
Besoins	Aucun	Aucun	1,13%	1,13%	1,13%+auxil	
<b>1999</b>	960	2 483	3 087	3 404	3 515	1 305
<b>2000</b>	1 146	1 180	1 807	2 241	2 376	1 066
<b>2001</b>	1 212	1 248	1 898	2 324	2 470	1 387
<b>2002</b>	1 325	1 362	2 035	2 464	2 630	2 043
<b>2003</b>	1 490	1 527	2 221	2 690	2 878	2 098
<b>2004</b>	1 586	1 624	2 339	2 754	2 975	2 160
<b>2005</b>	<b>1 734</b>	<b>1 771</b>	<b>2 507</b>	<b>2 926</b>	<b>3 170</b>	<b>2 150</b>
<b>2006</b>	1 880	1 918	2 675	3 100	3 372	2 185
<b>2007</b>	2 105	2 142	2 920	3 363	3 660	2 142
<b>2008</b>	2 281	2 318	3 116	3 552	3 891	2 156
<b>2009</b>	2 443	2 480	3 298	3 657	4 010	2 205
<b>2010</b>	<b>2 518</b>	<b>2 555</b>	<b>3 395</b>	<b>3 716</b>	<b>4 072</b>	<b>2 298</b>
<b>2011</b>	2 559	2 596	3 457	3 747	4 102	2 316
<b>2012</b>	2 546	2 583	3 464	3 722	4 073	2 308
<b>2013</b>	2 473	2 510	3 410	3 629	3 973	2 251
<b>2014</b>	2 412	2 448	3 367	3 536	3 870	2 251
<b>2015</b>	<b>2 441</b>	<b>2 478</b>	<b>3 414</b>	<b>3 566</b>	<b>3 893</b>	<b>2 251</b>
<b>1999 à 2015</b>	33 111	35 223	48 410	54 391	58 930	34 572

1. Le nombre de diplômées disponibles est basé sur le nombre de diplômées projeté par le MEQ multiplié par le taux d'inscription à l'OIIQ, qui est estimé à 92,5 %.

## Tableau 2

### Évolution des écarts annuels selon différents scénarios

Nombre estimatif d'infirmières du réseau au 31 mars 1999 : 51 071

Nombre d'infirmières actives inscrites à l'OIIQ au 31 mars 1999 : 59 546

	RSSS A	RSSS B	RSSS C	OIIQ D	OIIQ E	DIPLÔMÉES DISPONIBLES (1)
Retraite	Nouvelles	Nouvelles	Nouvelles	Nouvelles	Nouvelles	
Cessation	Intermédiaire	Intermédiaire	Intermédiaire	Intermédiaire	Intermédiaire	
Pénurie	Aucune	1 500	1 500	1 500	1 500	
Besoins	Aucun	Aucun	1,13%	1,13%	1,13%+auxil	
<b>1999</b>	345	-1 178	-1 782	-2 099	-2 210	1 305
<b>2000</b>	-80	-114	-741	-1 175	-1 310	1 066
<b>2001</b>	175	139	-511	-937	-1 083	1 387
<b>2002</b>	718	681	8	-421	-587	2 043
<b>2003</b>	608	571	-123	-592	-780	2 098
<b>2004</b>	574	536	-179	-594	-815	2 160
<b>2005</b>	<b>416</b>	<b>379</b>	<b>-357</b>	<b>-776</b>	<b>-1 020</b>	<b>2 150</b>
<b>2006</b>	305	267	-490	-915	-1 187	2 185
<b>2007</b>	37	0	-778	-1 221	-1 518	2 142
<b>2008</b>	-125	-162	-960	-1 396	-1 735	2 156
<b>2009</b>	-238	-275	-1 093	-1 452	-1 805	2 205
<b>2010</b>	<b>-220</b>	<b>-257</b>	<b>-1 097</b>	<b>-1 418</b>	<b>-1 774</b>	<b>2 298</b>
<b>2011</b>	-243	-280	-1 141	-1 431	-1 786	2 316
<b>2012</b>	-238	-275	-1 156	-1 414	-1 765	2 308
<b>2013</b>	-222	-259	-1 159	-1 378	-1 722	2 251
<b>2014</b>	-161	-197	-1 116	-1 285	-1 619	2 251
<b>2015</b>	<b>-190</b>	<b>-227</b>	<b>-1 163</b>	<b>-1 315</b>	<b>-1 642</b>	<b>2 251</b>
<b>Cumulatif</b>	<b>1 461</b>	<b>-651</b>	<b>-13 838</b>	<b>-19 819</b>	<b>-24 358</b>	

1. Voir tableau 1

# Tableau 3

## Évolution des écarts cumulatifs selon différents scénarios

Nombre estimatif d'infirmières du réseau au 31 mars 1999 : 51 071

Nombre d'infirmières actives inscrites à l'OIIQ au 31 mars 1999 : 59 546

	<b>RSSS A</b>	<b>RSSS B</b>	<b>RSSS C</b>	<b>OIIQ D</b>	<b>OIIQ E</b>	<b>DIPLÔMÉES DISPONIBLES (1)</b>
<b>Retraite</b>	Nouvelles	Nouvelles	Nouvelles	Nouvelles	Nouvelles	
<b>Cessation</b>	Intermédiaire	Intermédiaire	Intermédiaire	Intermédiaire	Intermédiaire	
<b>Pénurie</b>	Aucune	1 500	1 500	1 500	1 500	
<b>Besoins</b>	Aucun	Aucun	1,13%	1,13%	1,13%+auxil	
<b>1999</b>	345	-1 178	-1 782	-2 099	-2 210	1 305
<b>2000</b>	265	-1 292	-2 523	-3 274	-3 520	1 066
<b>2001</b>	440	-1 153	-3 034	-4 211	-4 603	1 387
<b>2002</b>	1 158	-472	-3 026	-4 632	-5 190	2 043
<b>2003</b>	1 766	99	-3 149	-5 224	-5 970	2 098
<b>2004</b>	2 340	635	-3 328	-5 818	-6 785	2 160
<b>2005</b>	<b>2 756</b>	<b>1 014</b>	<b>-3 685</b>	<b>-6 594</b>	<b>-7 805</b>	<b>2 150</b>
<b>2006</b>	3 061	1 281	-4 175	-7 509	-8 992	2 185
<b>2007</b>	3 098	1 281	-4 953	-8 730	-10 510	2 142
<b>2008</b>	2 973	1 119	-5 913	-10 126	-12 245	2 156
<b>2009</b>	2 735	844	-7 006	-11 578	-14 050	2 205
<b>2010</b>	<b>2 515</b>	<b>587</b>	<b>-8 103</b>	<b>-12 996</b>	<b>-15 824</b>	<b>2 298</b>
<b>2011</b>	2 272	307	-9 244	-14 427	-17 610	2 316
<b>2012</b>	2 034	32	-10 400	-15 841	-19 375	2 308
<b>2013</b>	1 812	-227	-11 559	-17 219	-21 097	2 251
<b>2014</b>	1 651	-424	-12 675	-18 504	-22 716	2 251
<b>2015</b>	<b>1 461</b>	<b>-651</b>	<b>-13 838</b>	<b>-19 819</b>	<b>-24 358</b>	<b>2 251</b>

1. Voir tableau 1

# Tableau 4

## Impact de l'hypothèse du comportement en matière de cessation d'emploi sur les besoins de recrutement

Nombre estimatif d'infirmières du réseau au 31 mars 1999 : 51 071

	RSSS C	RSSS C1	RSSS C2	Écart entre	DIPLÔMÉES
Retraite	Nouvelles	Nouvelles	Nouvelles	C1 et C2	DISPONIBLES (1)
Cessation	Intermédiaire	Maintien	Tous TC		
Pénurie	1 500	1 500	1 500		
Besoins	1,13%	1,13%	1,13%		
<b>1999</b>	3 087	3 318	2 858	460	1 305
<b>2000</b>	1 807	2 046	1 575	471	1 066
<b>2001</b>	1 898	2 152	1 658	494	1 387
<b>2002</b>	2 035	2 300	1 787	513	2 043
<b>2003</b>	2 221	2 496	1 969	527	2 098
<b>2004</b>	2 339	2 632	2 073	559	2 160
<b>2005</b>	<b>2 507</b>	<b>2 813</b>	<b>2 233</b>	580	<b>2 150</b>
<b>2006</b>	2 675	2 999	2 387	612	2 185
<b>2007</b>	2 920	3 256	2 624	632	2 142
<b>2008</b>	3 116	3 469	2 809	660	2 156
<b>2009</b>	3 298	3 662	2 986	676	2 205
<b>2010</b>	<b>3 395</b>	<b>3 777</b>	<b>3 069</b>	708	<b>2 298</b>
<b>2011</b>	3 457	3 859	3 115	744	2 316
<b>2012</b>	3 464	3 899	3 094	805	2 308
<b>2013</b>	3 410	3 870	3 022	848	2 251
<b>2014</b>	3 367	3 836	2 975	861	2 251
<b>2015</b>	<b>3 414</b>	<b>3 894</b>	<b>3 016</b>	878	<b>2 251</b>
<b>1999 à 2015</b>	48 410	54 278	43 250	11 028	34 572

1. Voir tableau 1

# Tableau 5

**Impact de l'hypothèse du transfert vers le privé sur les besoins de recrutement lorsqu'on considère l'ensemble des infirmières actives inscrites à l'OIIQ**

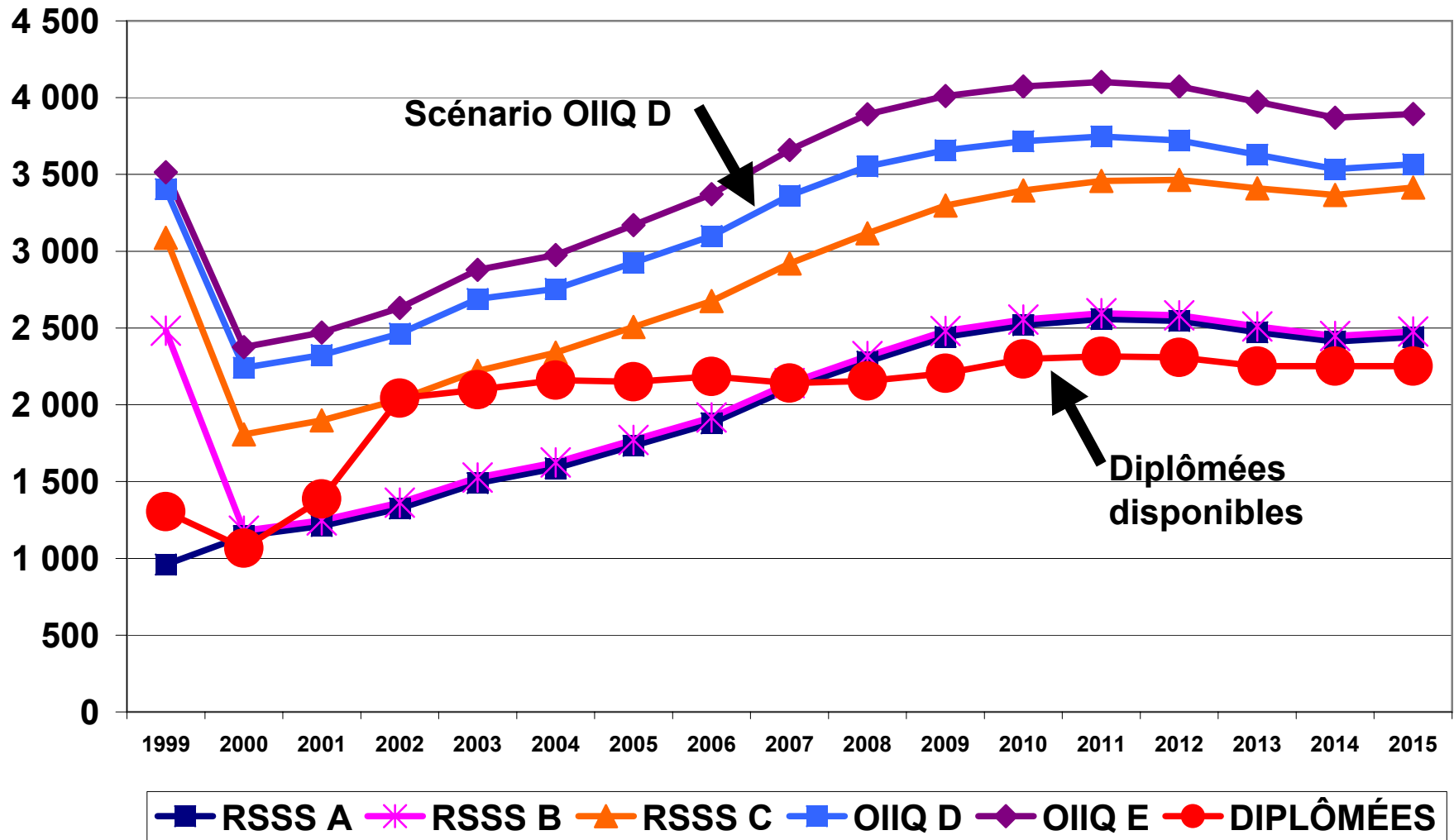
Nombre d'infirmières actives inscrites à l'OIIQ au 31 mars 1999 : 59 546

	OIIQ D Sans transfert	OIIQ D Avec transfert	Écart	DIPLÔMÉES DISPONIBLES (1)
Retraite	Nouvelles	Nouvelles		
Cessation	Intermédiaire	Intermédiaire		
Pénurie	1 500	1 500		
Besoins	1,13%	1,13%		
<b>1999</b>	3 580	3 404	176	1 305
<b>2000</b>	2 429	2 241	188	1 066
<b>2001</b>	2 522	2 324	198	1 387
<b>2002</b>	2 669	2 464	205	2 043
<b>2003</b>	2 902	2 690	212	2 098
<b>2004</b>	2 975	2 754	221	2 160
<b>2005</b>	<b>3 155</b>	<b>2 926</b>	<b>229</b>	<b>2 150</b>
<b>2006</b>	3 338	3 100	238	2 185
<b>2007</b>	3 611	3 363	248	2 142
<b>2008</b>	3 811	3 552	259	2 156
<b>2009</b>	3 927	3 657	270	2 205
<b>2010</b>	<b>4 000</b>	<b>3 716</b>	<b>284</b>	<b>2 298</b>
<b>2011</b>	4 043	3 747	296	2 316
<b>2012</b>	4 028	3 722	306	2 308
<b>2013</b>	3 945	3 629	316	2 251
<b>2014</b>	3 861	3 536	325	2 251
<b>2015</b>	<b>3 899</b>	<b>3 566</b>	<b>333</b>	<b>2 251</b>
<b>1999 à 2015</b>	58 695	54 391	4 304	34 572

1. Voir tableau 1

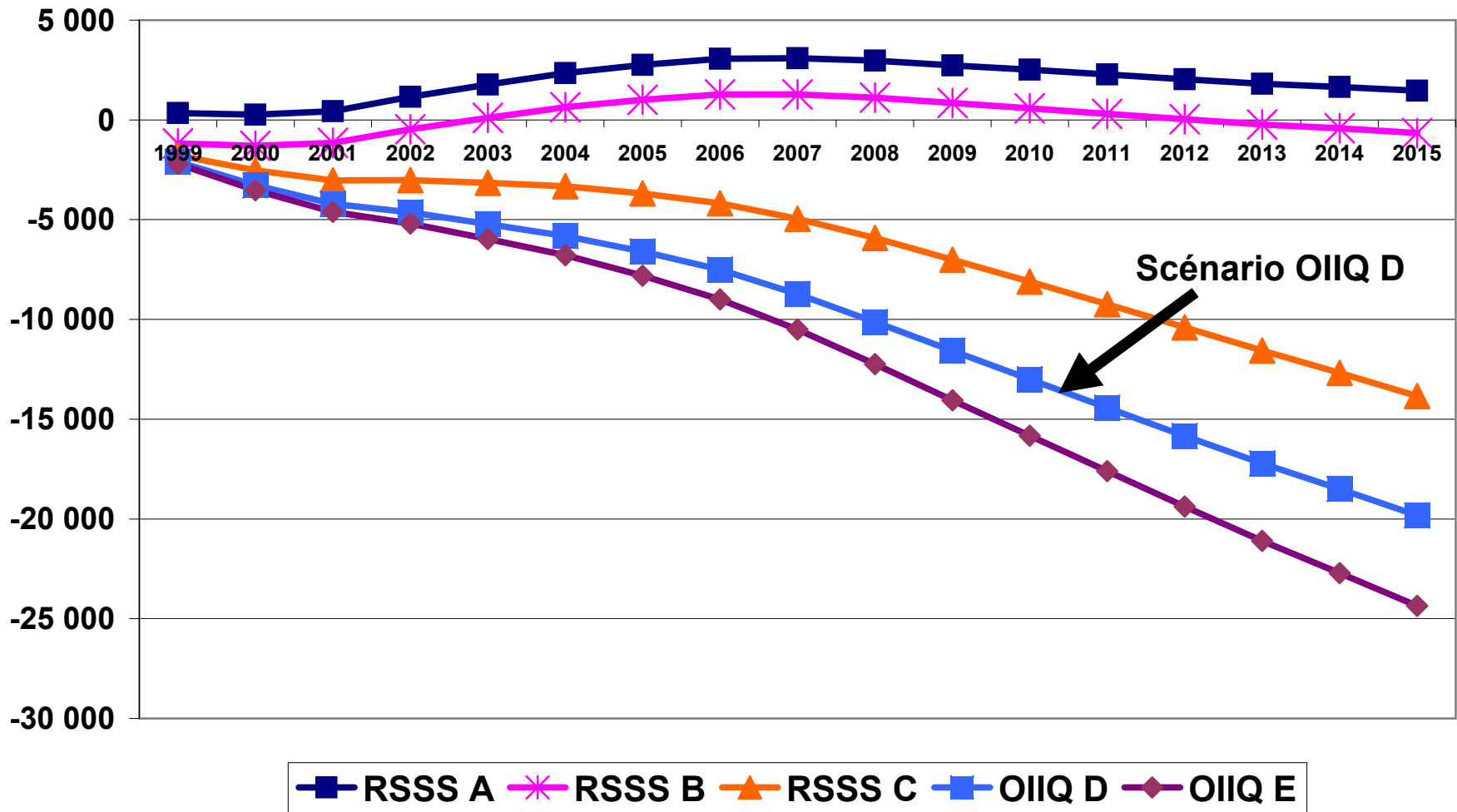
# Graphique 1

## Besoins de recrutement selon différents scénarios



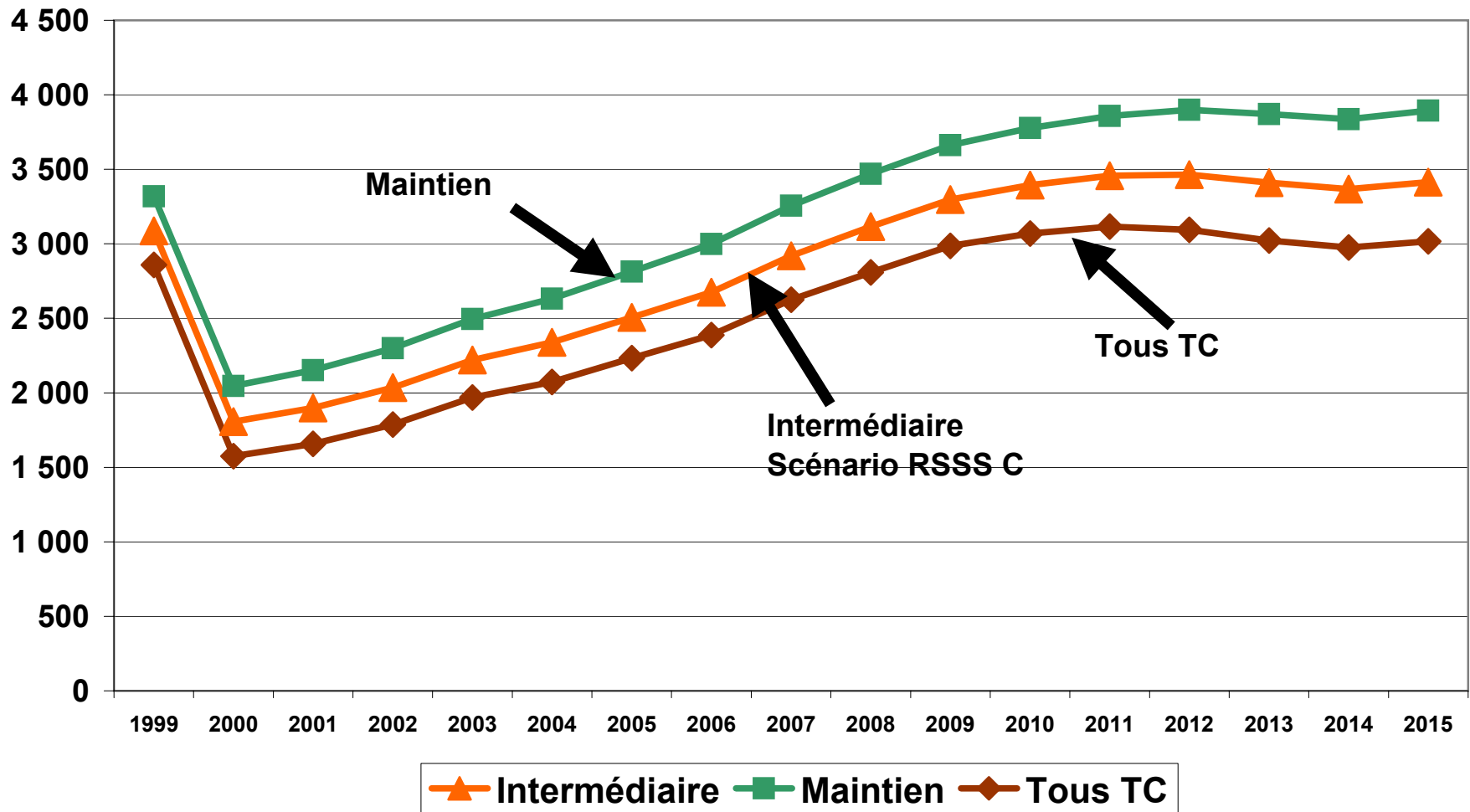
# Graphique 2

## Écarts cumulatifs



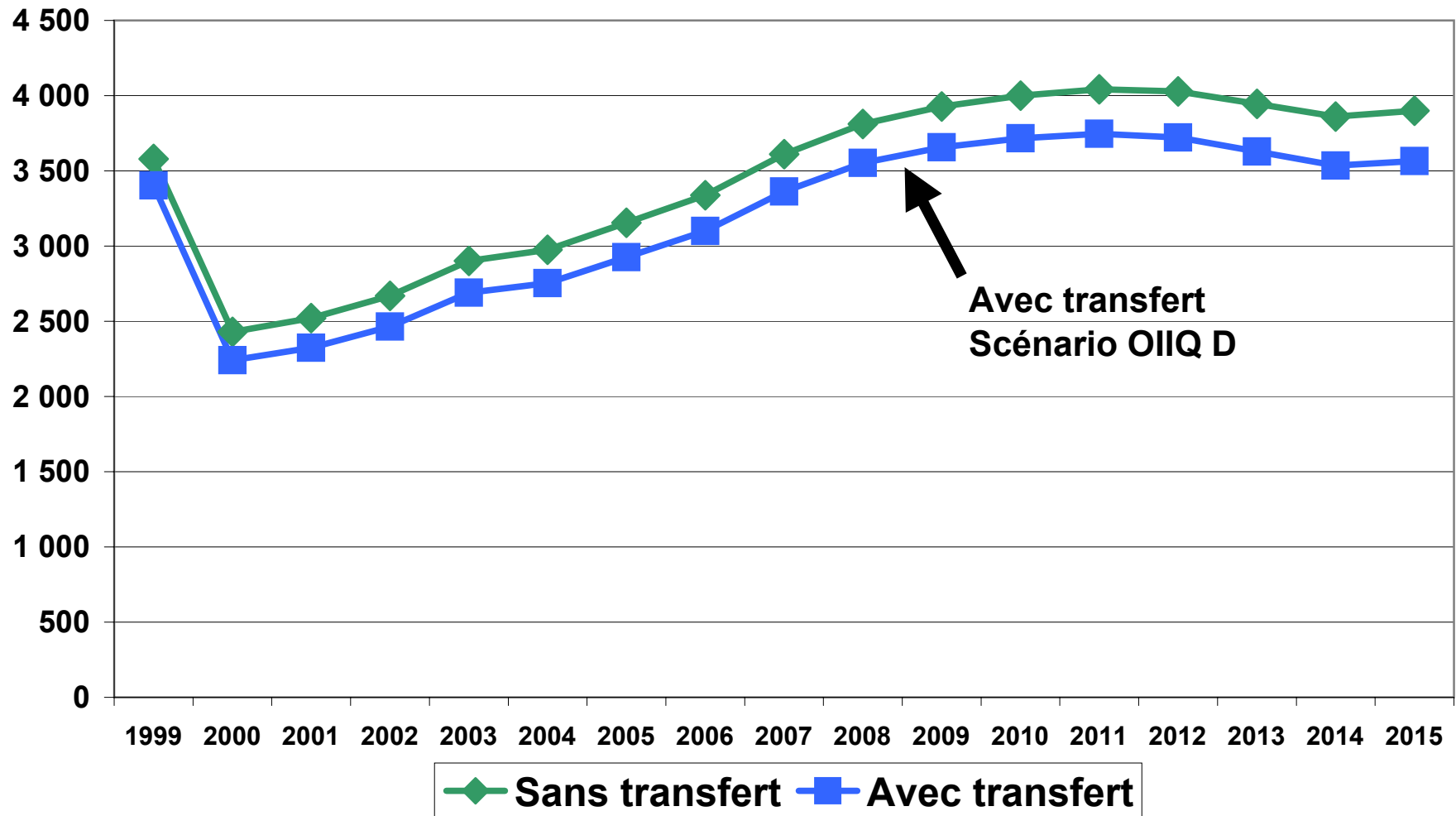
### Graphique 3

## Impact de l'hypothèse de cessations sur les besoins de recrutement



# Graphique 4

## Impact de l'hypothèse de transfert vers le privé sur les besoins de recrutement





## **ANNEXE 4**

### **Plan d'action détaillé**



# PLANIFICATION DE LA MAIN-D'ŒUVRE EN SOINS INFIRMIERS

## PLAN D'ACTION NATIONAL

### SECTION I

#### **Objectif 1**

Augmenter le nombre de personnes admises aux différents programmes.

1. *Augmenter les admissions au cégep et les admissions à l'université.*
2. *S'assurer qu'il n'y a pas de contraintes financières ou techniques limitant l'accès des candidats aux programmes.*

#### **Résultats attendus :**

Une augmentation du nombre d'admissions au cégep et à l'université et la disponibilité des ressources des milieux d'enseignement.

#### **Plan d'action :**

*Au cégep :*

1. Abolir les contingentements (effectif à partir de 2001-2002).
2. S'assurer que le nombre de places de stage disponibles ne limite pas les admissions dans les programmes (continu).
3. S'assurer que le ministère de l'Éducation dispose des ressources nécessaires et qu'il n'y a pas de contraintes techniques (continu).

*À l'université :*

1. Augmenter le nombre d'admissions possibles dans les programmes de formation initiale (2000-2001).
2. Permettre à un plus grand nombre d'établissements d'offrir un programme de formation initiale.

#### **Acteurs concernés :**

Coordination : MEQ  
Collaboration : Collèges, universités, régies régionales

# PLANIFICATION DE LA MAIN-D'ŒUVRE EN SOINS INFIRMIERS

## PLAN D'ACTION NATIONAL

### SECTION I

#### Objectif 1

Augmenter le nombre de personnes admises aux différents programmes.

3. *Élargir les bassins de recrutement traditionnels.*

- *Déterminer les facteurs de choix de carrière.*

#### Résultats attendus :

Une meilleure connaissance des facteurs d'attrait pour la profession ainsi que de ceux considérés comme étant des inconvénients afin de cibler les interventions pertinentes permettant d'agir sur ces facteurs.

#### Plan d'action :

Déterminer les facteurs de choix de carrière par la tenue de groupes de discussion auprès des étudiantes en sciences de la nature et auprès des étudiantes en sciences infirmières (activité réalisée en janvier 2000).

#### Acteurs concernés :

Coordination : OIIQ

# PLANIFICATION DE LA MAIN-D'ŒUVRE EN SOINS INFIRMIERS

## PLAN D'ACTION NATIONAL

### SECTION I

#### **Objectif 2**

Favoriser des formules accélérées de formation dans les deux ordres d'enseignement afin de réduire les délais de formation.

#### **Résultats attendus :**

Un assouplissement des formules de formation.

#### **Plan d'action :**

Sensibiliser les collègues à la pertinence de formules souples de formation à l'occasion :

- de la rencontre générale du MEQ en janvier 2001 ;
- de la tournée régionale du MSSS en février et mars 2001.

#### **Acteurs concernés :**

Coordination : MEQ  
Collaboration : Collèges, universités, établissements

# PLANIFICATION DE LA MAIN-D'ŒUVRE EN SOINS INFIRMIERS

## PLAN D'ACTION NATIONAL

### SECTION I

#### Objectif 3

Proposer une stratégie pour donner accès à la formation et aux stages aux personnes diplômées de l'extérieur du Canada et des États-Unis en vue de l'obtention du permis de l'OIIQ.

1. *Faciliter l'accès au programme Intégration en soins infirmiers du Cégep Saint-Laurent aux personnes diplômées hors Québec dont la formation est au moins équivalente à un niveau collégial III et détenant une recommandation de formation de l'OIIQ.*

#### Résultats attendus :

Un accès plus facile au programme *Intégration en soins infirmiers* du Cégep Saint-Laurent.

#### Plan d'action :

1. Proposer des actions permettant d'assurer la récurrence du financement ; au besoin, s'assurer de la contribution des ministères et organismes concernés par la pénurie de main-d'œuvre infirmière et de ceux concernés par le financement de la formation (début des travaux en octobre 2000).
2. Demander au MEQ de trouver une formule encourageant les cégeps à offrir une formation ne menant pas à un diplôme (printemps 2001).
3. Mettre en place les conditions permettant d'organiser une session d'été lorsque le bassin de candidats le justifie (début des travaux au printemps 2001).
4. Établir des liens étroits avec l'organisme recruteur et informer les candidats sur les conditions d'admissibilité au programme *Intégration en soins infirmiers* (continu).
5. Proposer des pistes de solution afin que les candidats qui quittent un emploi pour suivre le programme *Intégration en soins infirmiers* puissent bénéficier des mesures de soutien de revenu.
6. Évaluer la possibilité de mettre en place un cours spécialisé de français à l'intention des immigrants non-francophones, de stade intermédiaire en français langue seconde, afin de faciliter l'accès au programme *Intégration en soins infirmiers* (janvier 2001).
7. Examiner la possibilité d'offrir la première étape du programme *Intégration en soins infirmiers* aux candidats d'autres régions : la deuxième partie pourrait être offerte par un ou deux cégeps en région ; solliciter la collaboration des cégeps concernés.

#### Acteurs concernés :

Coordination : MRCI

Collaboration : OIIQ, CAMO\* personnes immigrantes, Cégep Saint-Laurent, L'Hirondelle, MSSS, MEQ, régies régionales, Emploi-Québec

\* CAMO (Comité d'adaptation de la main-d'œuvre)

# PLANIFICATION DE LA MAIN-D'ŒUVRE EN SOINS INFIRMIERS

## PLAN D'ACTION NATIONAL

### SECTION I

#### Objectif 3

Proposer une stratégie pour donner accès à la formation et aux stages aux personnes diplômées de l'extérieur du Canada et des États-Unis en vue de l'obtention du permis de l'OIIQ.

2. *Faciliter l'accès aux programmes de formation en soins infirmiers autres que Intégration en soins infirmiers aux personnes qui ne peuvent obtenir une reconnaissance d'équivalence de l'OIIQ.*

#### Résultats attendus :

Une meilleure reconnaissance des acquis et un accès plus facile aux programmes de formation en soins infirmiers autres que *Intégration en soins infirmiers*.

#### Plan d'action :

Dans le cadre d'un projet pilote (début des travaux : octobre 2000) :

1. Évaluer la possibilité de créer ou d'améliorer les outils en vue de favoriser une meilleure reconnaissance de la formation acquise à l'étranger.
2. Évaluer la possibilité d'obtenir du cégep une évaluation de la formation requise aux fins de l'obtention du diplôme en soins infirmiers.
3. Mettre en œuvre les orientations retenues.
4. Suivre de près les travaux du MEQ relativement au projet de politique de la formation continue afin qu'elle tienne compte des besoins des personnes immigrantes.

#### Acteurs concernés :

Coordination : MRCI  
Collaboration : OIIQ, Cégep Saint-Laurent

# PLANIFICATION DE LA MAIN-D'ŒUVRE EN SOINS INFIRMIERS

## PLAN D'ACTION NATIONAL

### SECTION I

#### Objectif 3

Proposer une stratégie pour donner accès à la formation et aux stages aux personnes diplômées de l'extérieur du Canada et des États-Unis en vue de l'obtention du permis de l'OIIQ.

3. *Améliorer l'information transmise aux personnes diplômées en soins infirmiers de l'extérieur du Canada (candidats à l'immigration et personnes immigrantes).*

#### Résultats attendus :

Diffusion d'une information à jour aux personnes diplômées en soins infirmiers de l'extérieur du Canada sur les conditions d'exercice de la profession et sur les obstacles susceptibles d'être rencontrés pour obtenir un permis d'exercice.

#### Plan d'action :

1. Préparer une fiche d'information sur l'exercice de la profession d'infirmière et la faire valider par l'OIIQ (octobre 2000).
2. Intégrer à la fiche de brèves mises en garde au sujet des obstacles susceptibles d'être rencontrés pour obtenir une reconnaissance d'équivalence et accéder à la formation d'appoint (octobre 2000).
3. Diffuser la fiche à l'étranger et au Québec (novembre 2000).

#### Acteurs concernés :

Coordination : MRCI  
Collaboration : OIIQ

# PLANIFICATION DE LA MAIN-D'ŒUVRE EN SOINS INFIRMIERS

## PLAN D'ACTION NATIONAL

### SECTION I

#### **Objectif 3**

Proposer une stratégie pour donner accès à la formation et aux stages aux personnes diplômées de l'extérieur du Canada et des États-Unis en vue de l'obtention du permis de l'OIIQ.

4. *Faciliter l'accès au programme accéléré de baccalauréat en sciences infirmières de l'Université de Montréal aux personnes ayant une formation médicale.*

#### **Résultats attendus :**

Un accès plus facile au programme accéléré de baccalauréat en sciences infirmières de l'Université de Montréal aux personnes ayant une formation médicale.

#### **Plan d'action :**

1. Diminuer le nombre de cours à compléter pour obtenir le diplôme, si le candidat réussit un examen (réalisé en décembre 2000).
2. Proposer des actions pour assurer le financement des cours et des stages durant l'été ; au besoin, s'assurer de la contribution des ministères et organismes concernés par la pénurie de main-d'œuvre infirmière et de ceux concernés par le financement de la formation.

#### **Acteurs concernés :**

Coordination : MRCI

Collaboration : Faculté des sciences infirmières de l'Université de Montréal, Régie régionale de la Montérégie, MEQ, MSSS

# PLANIFICATION DE LA MAIN-D'ŒUVRE EN SOINS INFIRMIERS

## PLAN D'ACTION NATIONAL

### SECTION I

#### Objectif 4

Mettre sur pied un programme permettant d'accroître l'immigration de personnes répondant à des profils recherchés.

#### Résultats attendus :

La facilitation des procédures et une meilleure information afin d'accroître l'immigration de personnes qui répondent à des profils recherchés.

#### Plan d'action (en cours) :

1. Faciliter les procédures d'admission à l'OIIQ.
2. Faciliter les procédures d'immigration temporaire et permanente.
3. Créer une banque d'emplois infirmiers.
4. Définir une politique de mesures incitatives.
5. Préparer une pochette d'information pour les candidates.
6. Organiser des missions d'embauche à l'étranger (printemps 2001 en Belgique, Salon infirmier en France, mai 2001).
7. Faciliter l'accès aux entrevues d'embauche pour les candidates à l'étranger.
8. Organiser du recrutement sur place.

#### Acteurs concernés :

Coordination : MRCI

Collaboration : MSSS, CIC\*, DRHC\*, MRI\*, OIIQ, associations d'établissements

\* CIC (Citoyenneté et Immigration Canada)  
DRHC (Développement des ressources humaines Canada)  
MRI (Ministère des Relations internationales)

# PLANIFICATION DE LA MAIN-D'ŒUVRE EN SOINS INFIRMIERS

## PLAN D'ACTION NATIONAL

### SECTION I

#### Objectif 5

Améliorer les taux de diplomation.

#### Résultats attendus :

Une amélioration des taux de diplomation dans les deux ordres d'enseignement.

#### Plan d'action :

1. À partir des constats établis, établir des pistes de solution (mars 2001).
2. Convenir avec les cégeps de la mise en œuvre de moyens d'amélioration des taux de diplomation à l'occasion de la rencontre générale du MEQ en janvier 2001 et de la tournée régionale.
3. Implanter le programme de formation collégiale comportant un rehaussement des préalables en 2001-2002.
4. Prendre en compte l'amélioration des taux de diplomation au moment de la signature des contrats de performance des universités.
5. Réaliser le bilan de l'externat.

#### Acteurs concernés :

Coordination :	MEQ
Collaboration :	Collèges, universités
Pour le bilan de l'externat :	OIIQ

# PLANIFICATION DE LA MAIN-D'ŒUVRE EN SOINS INFIRMIERS

## PLAN D'ACTION NATIONAL

### SECTION I

#### **Objectif 6a)**

Améliorer la disponibilité des infirmières pour le travail.

*1. Accroître la présence au travail des infirmières disponibles en réduisant le taux d'absentéisme.*

#### **Résultats attendus :**

L'accroissement de la présence au travail des infirmières disponibles par la réduction du taux d'absentéisme.

#### **Plan d'action :**

1. Recommander qu'on ajoute au mandat du comité national sur l'assurance-salaire la tâche d'examiner de façon particulière les problématiques de santé de la main-d'œuvre infirmière.
2. S'assurer que cet examen tienne compte des études réalisées sur ce sujet.
3. Analyser les causes d'absentéisme et déterminer les correctifs appropriés pour y remédier.
4. Implanter des mécanismes permettant de réduire le taux d'absentéisme.
5. Prévoir une rencontre des syndicats avec le comité national sur l'assurance-salaire afin de faire le point sur les travaux du comité et voir comment la contribution des syndicats pourrait s'intégrer.

#### **Acteurs concernés :**

Pour la réalisation de l'étude :	Comité national sur l'assurance-salaire avec la collaboration du MSSS, des régies régionales, des associations d'établissements et des établissements
Pour les actions à réaliser :	Établissements, avec la collaboration des syndicats

# PLANIFICATION DE LA MAIN-D'ŒUVRE EN SOINS INFIRMIERS

## PLAN D'ACTION NATIONAL

### SECTION I

#### Objectif 6a)

Améliorer la disponibilité des infirmières pour le travail.

2. *Accroître le nombre d'infirmières disponibles en agissant sur les facteurs susceptibles d'influencer le choix d'un poste à temps plein ou à temps partiel, ou la décision de se mettre en disponibilité.*

#### Résultats attendus :

L'accroissement du nombre d'infirmières disponibles.

#### Plan d'action :

1. Effectuer une étude au niveau national sur la base d'un échantillon représentatif auprès des étudiantes infirmières et des infirmières au travail afin de déterminer les facteurs qui influencent le choix des infirmières d'opter pour un poste à temps plein ou à temps partiel, ou de s'inscrire sur la liste de disponibilité.
2. Agir sur les facteurs qui rendent les infirmières plus disponibles sur le marché du travail.

#### Acteurs concernés :

Pour la réalisation de l'étude :	MSSS, avec la collaboration des associations d'établissements, des syndicats et des établissements
Pour les actions à réaliser :	Établissements, avec la collaboration des syndicats

# PLANIFICATION DE LA MAIN-D'ŒUVRE EN SOINS INFIRMIERS

## PLAN D'ACTION NATIONAL

### SECTION I

#### **Objectif 6b)**

Faciliter l'accès au travail des infirmières.

1. *Faciliter l'intégration des infirmières au travail.*

#### **Résultats attendus :**

Une amélioration de l'intégration des infirmières au travail.

#### **Plan d'action :**

1. S'assurer que chaque établissement mette sur pied un programme structuré d'accueil et d'intégration pour faciliter l'adaptation et l'intégration des infirmières nouvellement embauchées, qu'elles soient nouvellement diplômées ou non, et au besoin, un programme d'intégration individualisé.
2. Reconnaître et valoriser le rôle de soutien des infirmières en place auprès des nouvelles embauchées, et, s'il y a lieu, des externes et des stagiaires en soins infirmiers, y compris les étudiantes du programme d'internat.
3. Confier aux régions régionales le mandat d'effectuer deux fois par année un bilan des stages réalisés et des difficultés rencontrées.
4. Mettre en place un comité national sur les stages. Ce comité aura notamment comme mandat de recevoir les bilans régionaux sur l'organisation des stages, de s'assurer qu'il n'y a pas de contrainte à l'augmentation du nombre d'étudiants admis aux collèges et à l'université et de revoir, dans le cadre du nouveau continuum de formation intégrée collège-université, les modalités de réalisation et de financement des stages.

#### **Acteurs concernés :**

Pour les actions à réaliser :

Pour le comité national sur les stages :

Établissements, avec la collaboration des syndicats  
MSSS, MEQ, avec la collaboration des associations  
d'établissements, des collèges et des universités

# PLANIFICATION DE LA MAIN-D'ŒUVRE EN SOINS INFIRMIERS

## PLAN D'ACTION NATIONAL

### SECTION I

#### **Objectif 6b)**

Faciliter l'accès au travail des infirmières.

2. *Amenuiser la difficulté de concilier le travail avec la vie personnelle et familiale.*

#### **Résultats attendus :**

L'amenuisement des difficultés empêchant la conciliation du travail avec la vie personnelle et familiale.

#### **Plan d'action :**

Mettre en place aux niveaux national et local différentes mesures adaptées au milieu de travail et facilitant la conciliation du travail avec la vie personnelle et familiale.

#### **Acteurs concernés :**

*Au niveau national*

Coordination : MSSS

Collaboration : Associations d'établissements, syndicats

*Au niveau local*

Coordination : Établissements

Collaboration : Syndicats

# PLANIFICATION DE LA MAIN-D'ŒUVRE EN SOINS INFIRMIERS

## PLAN D'ACTION NATIONAL

### SECTION I

#### **Objectif 6b)**

Faciliter l'accès au travail des infirmières.

3. *Améliorer les horaires de travail afin d'augmenter la satisfaction au travail et de réduire la fatigue physique et mentale.*

#### **Résultats attendus :**

Une augmentation de la satisfaction au travail et une réduction de la fatigue physique et mentale par l'amélioration des horaires de travail.

#### **Plan d'action :**

1. Favoriser l'application de différentes formules d'aménagement du temps de travail dans le respect de la volonté des parties et du personnel concerné.
2. Analyser l'utilisation du temps supplémentaire et mettre en place les mesures appropriées pour diminuer le recours à cette pratique.

#### **Acteurs concernés :**

Coordination : Établissements  
Collaboration : Syndicats

# PLANIFICATION DE LA MAIN-D'ŒUVRE EN SOINS INFIRMIERS

## PLAN D'ACTION NATIONAL

### SECTION I

#### **Objectif 6b)**

Faciliter l'accès au travail des infirmières.

4. *Attirer et intégrer des infirmières dans des plages horaires de travail moins attirantes comme le soir, la nuit, les fins de semaine, les jours fériés et les vacances d'été, ou dans des secteurs d'activité ou des milieux moins attractifs.*

#### **Résultats attendus :**

Plus de facilité à attirer et intégrer des infirmières dans des plages horaires de travail moins attirantes ou des secteurs d'activité ou des milieux moins attractifs.

#### **Plan d'action :**

1. Améliorer les avantages conventionnés rattachés aux périodes de travail moins attirantes.
2. Mettre en place des mesures particulières pour attirer et intégrer des infirmières dans des plages horaires de travail ou dans des services ou des milieux moins attractifs.

#### **Acteurs concernés :**

*Au niveau national*

Coordination : MSSS

Collaboration : Associations d'établissements, syndicats

*Au niveau local*

Coordination : Établissements

Collaboration : Syndicats

# PLANIFICATION DE LA MAIN-D'ŒUVRE EN SOINS INFIRMIERS

## PLAN D'ACTION NATIONAL

### SECTION I

#### Objectif 7a)

Revoir l'organisation des soins, compte tenu des besoins des clientèles et des nouvelles façons de faire, de manière à maximiser l'apport des infirmières.

#### Résultats attendus :

Le recours plus grand à des modes d'organisation de soins axés sur la continuité des soins, sur la coordination, la responsabilisation, l'autonomie, la prévention des maladies, la promotion de la santé et le leadership infirmier devrait permettre de maximiser l'apport des infirmières.

#### Plan d'action :

1. Analyser, évaluer, encourager et soutenir financièrement l'instauration des changements appropriés aux modes actuels d'organisation et de prestation des soins infirmiers aux différentes clientèles en visant à s'assurer de l'utilisation appropriée des ressources disponibles.
2. Choisir les modes de distribution de soins appropriés qui mettent à profit l'expertise de l'infirmière dans son rôle spécifique, tout en confiant les tâches qui peuvent l'être à d'autres catégories de personnel.
3. Déterminer les besoins de la clientèle et mesurer l'intensité des soins requis.
4. Favoriser la continuité des soins par une augmentation du personnel permanent dans les équipes de base.
5. Susciter et alimenter la réflexion éthique favorisant un retour aux valeurs fondamentales associées au « caring ».
6. Accorder plus d'autonomie et de pouvoir décisionnel aux infirmières dans l'exercice de leur profession.
7. Revoir l'organisation des services et accorder des ressources suffisantes pour mettre en place un véritable système de soins de santé primaires au Québec dans une perspective d'intégration des services à tous les niveaux.
8. Réaliser régulièrement un colloque pour favoriser la diffusion des façons de faire probantes en matière d'organisation des soins et d'organisation de travail en considérant notamment l'apport des technologies.

#### Acteurs concernés :

*Au niveau local*

Coordination :	Établissements
Collaboration :	Syndicats
Pour la réalisation du colloque :	MSSS, associations d'établissements, OIIQ

# PLANIFICATION DE LA MAIN-D'ŒUVRE EN SOINS INFIRMIERS

## PLAN D'ACTION NATIONAL

### SECTION I

#### **Objectif 7b)**

Revoir l'organisation du travail, compte tenu des besoins des clientèles et des nouvelles façons de faire, de manière à maximiser l'apport des infirmières.

- 1. Réduire la précarité de l'emploi et maximiser la stabilisation des équipes de travail par l'augmentation des postes permanents.*

#### **Résultats attendus :**

Une augmentation des postes permanents.

#### **Plan d'action :**

- En relation avec la PMO nationale :
  - ♦ se doter, au niveau local, d'un plan global de planification de la main-d'œuvre infirmière à partir de la prise en compte de particularités locales et de l'évolution prévue de la main-d'œuvre ;
  - ♦ procéder à une planification de la main-d'œuvre sur une base régionale avec chaque partenaire concerné en relation avec les PMO locales.
- Investir, sur une base récurrente, des sommes d'argent nécessaires à l'augmentation des heures consacrées à la réponse aux besoins en soins infirmiers requis par les clientèles dans le but de stabiliser et de rehausser les équipes de base.

#### **Acteurs concernés :**

Coordination : Établissements, régies régionales

# PLANIFICATION DE LA MAIN-D'ŒUVRE EN SOINS INFIRMIERS

## PLAN D'ACTION NATIONAL

### SECTION I

#### **Objectif 7b)**

Revoir l'organisation du travail, compte tenu des besoins des clientèles et des nouvelles façons de faire, de manière à maximiser l'apport des infirmières.

2. *Alléger les tâches des infirmières par l'apport de solutions appropriées.*

#### **Résultats attendus :**

L'allègement des tâches des infirmières par l'apport de solutions appropriées afin que l'infirmière joue pleinement son rôle.

#### **Plan d'action :**

1. Assurer la présence d'équipes de base suffisantes en effectifs.
2. Investir dans l'utilisation ou le développement d'outils de mesure, d'indicateurs appropriés et de données valides, fidèles, fiables et complètes pour assurer une meilleure adéquation entre les besoins des clientèles et les ressources.
3. Diminuer le plus possible le recours à du personnel occasionnel quand les conditions locales le permettent.
4. Localement, tenir compte de l'incidence des décisions administratives et autres sur les besoins en soins infirmiers.
5. Évaluer les méthodes et les protocoles utilisés à l'heure actuelle en pratique infirmière dans une perspective d'harmonisation interétablissement.
6. Rendre disponibles les ressources ou les mécanismes de soutien pour permettre aux infirmières d'exercer pleinement leur rôle.

#### **Acteurs concernés :**

Coordination : Établissements  
Collaboration : Syndicats

# PLANIFICATION DE LA MAIN-D'ŒUVRE EN SOINS INFIRMIERS

## PLAN D'ACTION NATIONAL

### SECTION I

#### **Objectif 7b)**

Revoir l'organisation du travail, compte tenu des besoins des clientèles et des nouvelles façons de faire, de manière à maximiser l'apport des infirmières.

3. *Faire en sorte que chaque établissement ait les ressources matérielles nécessaires et suffisantes pour offrir des soins et des services de qualité aux clientèles.*

#### **Résultats attendus :**

Des ressources matérielles nécessaires et suffisantes pour offrir des soins et des services de qualité aux clientèles.

#### **Plan d'action :**

1. Allouer des budgets suffisants aux établissements pour l'achat et l'entretien d'équipements nécessaires à la prestation de soins infirmiers optimaux.
2. Assurer la disponibilité et l'accessibilité des ressources matérielles appropriées, en bon état de fonctionnement et en quantité suffisante.
3. Dégager annuellement des ressources financières dédiées à l'aménagement d'un environnement physique adéquat.

#### **Acteurs concernés :**

Pour la révision du niveau des ressources disponibles et des mécanismes d'allocation : MSSS  
Pour les autres actions à réaliser : Établissements

# PLANIFICATION DE LA MAIN-D'ŒUVRE EN SOINS INFIRMIERS

## PLAN D'ACTION NATIONAL

### SECTION I

#### **Objectif 7b)**

Revoir l'organisation du travail, compte tenu des besoins des clientèles et des nouvelles façons de faire, de manière à maximiser l'apport des infirmières.

4. *Intégrer la technologie moderne dans la pratique et la gestion des soins infirmiers.*

#### **Résultats attendus :**

L'intégration de la technologie moderne dans la pratique et la gestion des soins infirmiers.

#### **Plan d'action :**

1. Favoriser le développement et faciliter l'emploi de techniques de communication et d'enseignement modernes destinées à la clientèle, aux familles et au personnel infirmier.
2. Donner la priorité à des investissements favorisant l'emploi de la technologie informatique soutenant la pratique infirmière.
3. Assurer de façon permanente l'accès rapide à des ressources ou des mécanismes de soutien pour aider les infirmières à remédier aux problèmes qui peuvent survenir lorsqu'elles utilisent des outils informatiques.
4. Mettre au point, implanter et utiliser des systèmes d'information en gestion et faire en sorte qu'ils facilitent, d'un établissement à l'autre, le partage et la diffusion de l'information et l'accumulation de données.
5. Prévoir des budgets suffisants pour former adéquatement les infirmières afin de les rendre aptes à utiliser les technologies dans leur pratique comme soutien aux activités cliniques et administratives.

#### **Acteurs concernés :**

Coordination : Établissements  
Collaboration : Syndicats

# PLANIFICATION DE LA MAIN-D'ŒUVRE EN SOINS INFIRMIERS

## PLAN D'ACTION NATIONAL

### SECTION I

#### **Objectif 7b)**

Revoir l'organisation du travail, compte tenu des besoins des clientèles et des nouvelles façons de faire, de manière à maximiser l'apport des infirmières.

5. *Améliorer le milieu de travail afin de rendre l'exercice de la profession d'infirmière plus motivant et valorisant.*

#### **Résultats attendus :**

Une amélioration du milieu de travail rendant l'exercice de la profession d'infirmière plus motivant et valorisant.

#### **Plan d'action :**

1. Établir un diagnostic sur l'état de la motivation et de la valorisation dans chaque milieu de travail.
2. Établir des objectifs pour accroître la motivation et la valorisation au travail par une stratégie axée sur la valorisation et la motivation du personnel infirmier et mettre au point des plans locaux qui s'inscrivent dans le cadre d'un PDRH local.
3. Confier au Comité des partenaires sur le développement des cadres le mandat d'accorder une attention particulière aux gestionnaires en soins infirmiers en privilégiant des programmes de formation portant sur des stratégies de motivation et de valorisation.
4. Utiliser l'expérience, l'expertise et les connaissances des infirmières dans l'accueil et l'orientation des nouvelles diplômées ou le développement des pairs.
5. Produire à l'intention des établissements un guide dans le but d'instaurer un système de mentorat, de préceptorat ou de tutorat.
6. Accorder aux établissements des ressources financières nécessaires et suffisantes pour permettre aux infirmières expérimentées d'offrir une formation aux infirmières nouvellement diplômées et de disposer du temps voulu pour ce faire.
7. Offrir un meilleur soutien affectif et cognitif aux infirmières dans le cadre de leur prestation de travail.

#### **Acteurs concernés :**

Coordination : Établissements

Collaboration : Comité des partenaires sur le développement des cadres, syndicats

# PLANIFICATION DE LA MAIN-D'ŒUVRE EN SOINS INFIRMIERS

## PLAN D'ACTION NATIONAL

### SECTION I

#### **Objectif 7b)**

Revoir l'organisation du travail, compte tenu des besoins des clientèles et des nouvelles façons de faire, de manière à maximiser l'apport des infirmières.

6. *Assurer une plus grande participation des infirmières au sein de divers comités, groupes ou instances de travail qui les concernent.*

#### **Résultats attendus :**

Une participation plus importante des infirmières au sein de divers comités, groupes ou instances de travail qui les concernent.

#### **Plan d'action :**

1. Adopter une philosophie de gestion participative au sein de chaque établissement.
2. Favoriser l'utilisation des mécanismes existants ou au besoin établir un processus de consultation et de communication structuré et formel pour les infirmières, soignantes et gestionnaires, pour toutes les décisions en rapport avec des changements qui ont un effet sur la prestation des soins infirmiers, sur la disponibilité des ressources, sur le milieu de travail, sur les politiques et procédures d'une unité et de l'établissement, etc.
3. Favoriser une plus grande diffusion de l'information.
4. Assurer que sur les plans régional et national des structures formelles représentatives des infirmières soient en place, pouvant conseiller les décideurs dans la gestion des soins, l'organisation et l'évolution du système de santé.

#### **Acteurs concernés :**

Coordination : Établissements  
Collaboration : Régies régionales, MSSS, syndicats

# PLANIFICATION DE LA MAIN-D'ŒUVRE EN SOINS INFIRMIERS

## PLAN D'ACTION NATIONAL

### SECTION I

#### **Objectif 7b)**

Revoir l'organisation du travail, compte tenu des besoins des clientèles et des nouvelles façons de faire, de manière à maximiser l'apport des infirmières

- 7. Assurer aux infirmières une rémunération qui tient compte des conditions d'exercice et des responsabilités qu'elles assument dans l'exercice de leur profession au sein des différents milieux de travail.*

#### **Résultats attendus :**

Une rémunération adaptée aux conditions d'exercice et aux responsabilités assumées.

#### **Plan d'action :**

1. Finaliser les travaux en cours sur les relativités salariales.
2. Accélérer les travaux relatifs aux dispositions prévues dans la Loi sur l'équité salariale.
3. Confier aux parties négociantes le mandat d'étudier la possibilité et la pertinence de rémunérer toutes les formations académiques faisant partie de la liste apparaissant dans les conventions collectives concernées et les formations qui devraient s'y ajouter, le cas échéant, considérant les besoins changeants et évolutifs de la clientèle ; à partir de cette étude, déterminer quelles formations devraient être reconnues aux fins de l'avancement d'échelon.

#### **Acteurs concernés:**

Coordination : MSSS

Collaboration : Associations d'établissements, syndicats

# PLANIFICATION DE LA MAIN-D'ŒUVRE EN SOINS INFIRMIERS

## PLAN D'ACTION NATIONAL

### SECTION I

#### **Objectif 7b)**

Revoir l'organisation du travail, compte tenu des besoins des clientèles et des nouvelles façons de faire, de manière à maximiser l'apport des infirmières.

8. *S'assurer de la disponibilité adéquate du personnel d'encadrement.*

#### **Résultats attendus :**

Une amélioration de l'encadrement.

#### **Plan d'action :**

1. Confier au Comité des partenaires sur le développement des cadres, le mandat d'étudier les structures d'encadrement en soins infirmiers ainsi que les ratios actuels cadres/infirmières dans les établissements et proposer des avenues en vue de répondre plus adéquatement aux besoins d'encadrement clinique et clinico-administratif, compte tenu du plus grand nombre de jeunes à encadrer.
2. Proposer des plans de relève pour inciter les infirmières à faire carrière comme cadre.
3. Réviser la structure de rémunération du personnel d'encadrement pour rendre plus attractifs les postes de cadres.
4. S'assurer du développement des compétences des cadres de façon continue.

#### **Acteurs concernés :**

Coordination : Comité des partenaires sur le développement des cadres

Pour la révision de la structure de rémunération : MSSS, associations d'établissements, associations de cadres

# PLANIFICATION DE LA MAIN-D'ŒUVRE EN SOINS INFIRMIERS

## PLAN D'ACTION NATIONAL

### SECTION I

#### **Objectif 8**

Voir à un meilleur arrimage entre l'actualisation des développements de soins et de services ayant une incidence sur la main-d'œuvre et la disponibilité et/ou la formation de la main-d'œuvre infirmière.

#### **Résultats attendus :**

La mise en place de mécanismes d'arrimage entre les régies régionales, puis entre le Ministère et les régies régionales, permettant d'assurer le lien entre l'organisation des services, les finances et les ressources humaines.

#### **Plan d'action (2000-2001) :**

1. Sensibiliser la Table des directeurs généraux des régies régionales sur la nécessité d'intégrer la planification de la main-d'œuvre à la confection des plans régionaux d'organisation de services.
2. Transmettre l'information sur la situation de la main-d'œuvre dans les régions, à la Table MSSS-régies régionales, deux fois par année.
3. Mettre en place un groupe inter-forums (conférence) regroupant des représentants des forums « Organisation de services », « Finances » et « Ressources humaines » afin d'assurer la vigie nécessaire sur les projets de développement et l'arrimage avec la planification de la main-d'œuvre.

#### **Acteurs concernés :**

Coordination : MSSS et régies régionales  
Collaboration : Associations d'établissements

# PLANIFICATION DE LA MAIN-D'ŒUVRE EN SOINS INFIRMIERS

## PLAN D'ACTION NATIONAL

### SECTION I

#### **Objectif 9**

Faire une planification régionale de la main-d'œuvre de manière à améliorer la concertation régionale et interétablissement sur les besoins de main-d'œuvre.

#### **Résultats attendus :**

La production de portraits régionaux de main-d'œuvre dans les secteurs où une pénurie a été constatée, et conséquemment pour le secteur d'activité « Infirmière », à partir de la méthodologie nationale et en appui aux portraits nationaux.

#### **Plan d'action (2000-2001) :**

1. Monter une application de la méthodologie nationale aux fins de la production de portraits régionaux.
2. Produire les 16 portraits régionaux.
3. En assurer la diffusion dans chacune des régions.
4. Amorcer des discussions avec les partenaires régionaux dans la recherche de solutions adaptées.
5. Mettre au point une application locale afin d'amorcer un processus « ascendant » de planification de la main-d'œuvre.

#### **Acteurs concernés :**

Coordination : Régies régionales  
Collaboration : Établissements

# PLANIFICATION DE LA MAIN-D'ŒUVRE EN SOINS INFIRMIERS

## PLAN D'ACTION NATIONAL

### SECTION I

#### **Objectif 10**

Mettre en place une banque d'information sur les emplois disponibles.

#### **Résultats attendus :**

La consolidation des liens entre chacune des régies régionales et Emploi-Québec afin de partager les renseignements relatifs à la planification de la main-d'œuvre et aux besoins de recrutement.

#### **Plan d'action (2000-2001) :**

1. Les régies régionales examineront, avec les établissements de leur région, les possibilités de maillage avec Emploi-Québec afin de rendre accessible au marché de l'emploi de la région l'information sur les emplois disponibles.
2. Éventuellement, cette banque d'information pourrait être en lien avec les sites Internet des régies régionales pour converger vers celui du Ministère.

#### **Acteurs concernés :**

Coordination : Régies régionales  
Collaboration : Emploi-Québec

# PLANIFICATION DE LA MAIN-D'ŒUVRE EN SOINS INFIRMIERS

## PLAN D'ACTION NATIONAL

### SECTION II

#### Objectif 1

Mettre en place un continuum de formation intégrée collège-université.

#### Résultats attendus :

Favoriser le passage à l'université des diplômées en soins infirmiers du collégial par la mise en place d'un continuum DEC-BAC de cinq ans.

#### Plan d'action :

1. Création d'un comité directeur et d'un comité de spécialistes chargés d'étudier la question en juin 2000.
2. Remise d'un rapport sur le sujet en décembre 2000.
3. Annonce par le MEQ de mesures visant le financement de consortiums de formation intégrée en décembre 2000.
4. Rencontre générale sur la formation intégrée en janvier 2001.
5. Développement de projets de programmes intégrés par les consortiums (mars-juin 2001).
6. Financement par le MEQ de la mise en œuvre de programmes de formation intégrée (2000-2001).

#### Acteurs concernés :

Coordination : MEQ

Collaboration : Collèges, universités, OIIQ

# PLANIFICATION DE LA MAIN-D'ŒUVRE EN SOINS INFIRMIERS

## PLAN D'ACTION NATIONAL

### SECTION II

#### **Objectif 2a)**

Améliorer les conditions permettant le développement des ressources humaines (maintien des compétences, formation continue, perfectionnement, cheminement de carrière).

1. *Mieux connaître la nature des compétences en soins infirmiers dont on aura besoin compte tenu de l'évolution du système de soins de santé.*

#### **Résultats attendus :**

La sensibilisation des milieux à la nécessité de connaître la nature des compétences en soins infirmiers dont on aura besoin compte tenu de l'évolution du système de soins de santé.

#### **Plan d'action :**

1. Établir un portrait des compétences du personnel infirmier dans les établissements.
2. Déterminer la nature des compétences à améliorer ou à acquérir pour mieux répondre aux besoins de la population.
3. Répertoire et diffuser auprès des intervenants du réseau la teneur des travaux récents portant sur les compétences essentielles requises en soins infirmiers dont on prévoit avoir besoin compte tenu de l'évolution du système de santé.

#### **Acteurs concernés :**

Coordination : Établissements  
Collaboration : Syndicats, régies régionales, MSSS

# PLANIFICATION DE LA MAIN-D'ŒUVRE EN SOINS INFIRMIERS

## PLAN D'ACTION NATIONAL

### SECTION II

#### **Objectif 2a)**

Améliorer les conditions permettant le développement des ressources humaines (maintien des compétences, formation continue, perfectionnement, cheminement de carrière).

2. *Structurer l'acquisition, le maintien et le développement des compétences.*

#### **Résultats attendus :**

L'amélioration des processus d'acquisition, de maintien et de développement des compétences des infirmières.

#### **Plan d'action :**

1. Élaborer dans chaque établissement un plan de développement des ressources humaines portant sur les activités à privilégier pour assurer l'acquisition, le maintien et le développement des compétences, notamment par des programmes d'accueil et d'orientation, de formation en cours d'emploi, de perfectionnement et de mise à jour.
2. Mettre en place des conditions et des moyens nécessaires pour encourager, faciliter et valoriser l'acquisition de compétences en facilitant l'accès à ces programmes et à tout autre programme d'étude par des maisons d'enseignement.
3. Développer, conjointement entre établissements, du matériel de formation et assurer une meilleure diffusion des programmes et du matériel déjà existants.
4. S'assurer du développement des compétences en matière d'approche interdisciplinaire.

#### **Acteurs concernés :**

Coordination : Établissements  
Collaboration : Régies régionales, syndicats

# PLANIFICATION DE LA MAIN-D'ŒUVRE EN SOINS INFIRMIERS

## PLAN D'ACTION NATIONAL

### SECTION II

#### **Objectif 2a)**

Améliorer les conditions permettant le développement des ressources humaines (maintien des compétences, formation continue, perfectionnement, cheminement de carrière).

3. *Allouer des budgets suffisants pour permettre l'acquisition, le maintien et le développement des compétences.*

#### **Résultats attendus :**

L'allocation de budgets suffisants pour permettre l'acquisition, le maintien et le développement des compétences des infirmières.

#### **Plan d'action :**

1. S'assurer que les budgets conventionnés sont affectés en totalité aux établissements pour développer les activités de formation en cours d'emploi et pour permettre aux infirmières une participation suffisante à ces activités.
2. Effectuer une étude pour déterminer le montant optimal des budgets nécessaires pour assurer l'acquisition, le maintien et le développement des compétences des infirmières.
3. Prévoir, au niveau du MSSS, les budgets additionnels récurrents pour soutenir les employeurs dans leur obligation d'offrir des programmes d'orientation, de formation en cours d'emploi, de perfectionnement ou de mise à jour pouvant répondre adéquatement aux besoins en évolution continue des infirmières dans leur pratique quotidienne.
4. Encourager les établissements à mettre en place des mécanismes de reconnaissance des compétences.

#### **Acteurs concernés :**

Coordination : MSSS

Collaboration : Syndicats, régies régionales, associations d'établissements, établissements

# PLANIFICATION DE LA MAIN-D'ŒUVRE EN SOINS INFIRMIERS

## PLAN D'ACTION NATIONAL

### SECTION II

#### **Objectif 2a)**

Améliorer les conditions permettant le développement des ressources humaines (maintien des compétences, formation continue, perfectionnement, cheminement de carrière).

4. *Permettre aux infirmières d'avoir un cheminement professionnel intéressant.*

#### **Résultats attendus :**

Un accroissement des opportunités de carrière offertes aux infirmières susceptibles de leur permettre un cheminement professionnel intéressant.

#### **Plan d'action :**

1. Effectuer au niveau national une étude exploratoire permettant de déterminer ce qui constitue pour les infirmières un avancement ou une promotion dans la carrière et de mieux connaître leurs attentes et leurs désirs à ce sujet.
2. Instaurer des plans de carrière pour susciter chez les infirmières un intérêt pour un cheminement professionnel plus avantageux.
3. Analyser, adapter ou développer des modèles permettant un cheminement professionnel intéressant pour les infirmières.
4. Apporter les ajustements nécessaires aux conventions collectives.

#### **Acteurs concernés :**

Coordination : MSSS

Collaboration : Associations d'établissements, syndicats

# PLANIFICATION DE LA MAIN-D'ŒUVRE EN SOINS INFIRMIERS

## PLAN D'ACTION NATIONAL

### SECTION II

#### **Objectif 2a)**

Améliorer les conditions permettant le développement des ressources humaines (maintien des compétences, formation continue, perfectionnement, cheminement de carrière).

5. *Développer la recherche en sciences infirmières.*

#### **Résultats attendus :**

La mise en place d'assises matérielles appropriées afin de faciliter et d'accroître la recherche en sciences infirmières.

#### **Plan d'action :**

1. Réunir des spécialistes pour déterminer les axes de recherche.
2. Consacrer des budgets particuliers pour le développement de la recherche en sciences infirmières en lien direct avec les nouvelles pratiques de soins infirmiers, les besoins des clientèles et ceux des infirmières elles-mêmes.

#### **Acteurs concernés :**

Coordination : MSSS  
Collaboration : OIIQ, universités, établissements

# PLANIFICATION DE LA MAIN-D'ŒUVRE EN SOINS INFIRMIERS

## PLAN D'ACTION NATIONAL

### SECTION II

**Objectif 2b)**

Mettre en place des mesures permettant de mettre à profit les formations acquises.

**Résultats attendus :**

Utilisation optimale de tout le potentiel (savoirs, savoir être, savoir-faire) offert par les infirmières dans tous les milieux de travail.

**Plan d'action :**

Assurer que le milieu de travail, l'organisation de travail et les conventions collectives offrent aux infirmières des possibilités de transfert des connaissances acquises par la formation ou l'expérience dans la pratique des soins infirmiers.

**Acteurs concernés :**

Coordination : Établissements  
Collaboration : Syndicats

# PLANIFICATION DE LA MAIN-D'ŒUVRE EN SOINS INFIRMIERS

## PLAN D'ACTION NATIONAL

### SECTION II

#### **Objectif 3**

Mettre en place les conditions permettant aux infirmières d'exercer les nouveaux rôles qui leur sont dévolus.

1. *Rôles cliniques dans des secteurs très spécialisés (néonatalogie, soins critiques, dialyse rénale, suivi des clientèles stables mais complexes réseau intégré).*

#### **Résultats attendus :**

L'exercice par les infirmières de nouveaux rôles cliniques dans des secteurs très spécialisés.

#### **Plan d'action :**

1. Préciser la nature des fonctions et des compétences requises.
2. Prévoir les conditions d'exercice et de travail.
3. Prévoir des postes.
4. Faciliter l'accès à la formation requise.
5. Adapter la rémunération.
6. Revoir les mécanismes de délégation des actes médicaux (continu).

#### **Acteurs concernés :**

Coordination : OIIQ

Collaboration : MSSS, Office des professions, associations d'établissements, syndicats

# PLANIFICATION DE LA MAIN-D'ŒUVRE EN SOINS INFIRMIERS

## PLAN D'ACTION NATIONAL

### SECTION II

#### Objectif 3

Mettre en place les conditions permettant aux infirmières d'exercer les nouveaux rôles qui leur sont dévolus.

2. *Rôle de l'infirmière praticienne.*

#### Résultats attendus :

L'exercice du rôle d'infirmière praticienne.

#### Plan d'action :

1. Préciser la nature des fonctions exercées par l'infirmière praticienne (printemps 2001).
2. Enquêter sur les besoins (court terme et moyen terme) :
  - nombre ;
  - secteurs d'activité ;
  - implication possible des milieux.
3. Préparer pour la période transitoire des projets de démonstration du rôle de l'infirmière praticienne.
4. Prévoir le financement des projets de démonstration pour la période de transition.
5. Gérer la période de transition concernant les infirmières exerçant en régions isolées :
  - formation ;
  - rémunération ;
6. Relativement à la formation :
  - définir la formation requise ;
  - choisir un site de formation ;
  - prévoir les équivalences et la transition.
7. Participer à la préparation d'un projet de loi :
  - reconnaissance du statut ;
  - définition du champ de pratique et des conditions d'exercice.
8. Prévoir les conditions de rémunération.

#### Acteurs concernés :

Coordination : OIIQ, MSSS

Collaboration : Établissements, universités, Office des professions, syndicats, associations d'établissements, MEQ, régies régionales concernées

# PLANIFICATION DE LA MAIN-D'ŒUVRE EN SOINS INFIRMIERS

## PLAN D'ACTION NATIONAL

### SECTION II

#### **Objectif 3**

Mettre en place les conditions permettant aux infirmières d'exercer les nouveaux rôles qui leur sont dévolus.

3. *Rôle de l'infirmière première assistante en chirurgie.*

#### **Résultats attendus :**

L'exercice du rôle d'infirmière première assistante en chirurgie.

#### **Plan d'action :**

1. Adopter un règlement spécifique (réalisé en décembre 2000).
2. Prévoir des postes.
3. Faciliter l'accès à la formation requise.
4. Adapter la rémunération.

#### **Acteurs concernés :**

Coordination : Office des professions, AHQ-MSSS

Collaboration : Établissements, syndicats

# PLANIFICATION DE LA MAIN-D'ŒUVRE EN SOINS INFIRMIERS

## PLAN D'ACTION NATIONAL

### SECTION II

#### **Objectif 3**

Mettre en place les conditions permettant aux infirmières d'exercer les nouveaux rôles qui leur sont dévolus.

4. *Infirmières expertes en activités clinico-administratives (informatique, gestion, éthique, etc.).*

#### **Résultats attendus :**

L'exercice par les infirmières de rôles d'infirmières expertes en activités clinico-administratives.

#### **Plan d'action :**

1. Prévoir des postes.
2. Prévoir une formation spécifique.
3. Prévoir la mise au point des outils clinico-administratifs.

#### **Acteurs concernés :**

Coordination : Établissements  
Collaboration : Syndicats

# PLANIFICATION DE LA MAIN-D'ŒUVRE EN SOINS INFIRMIERS

## PLAN D'ACTION NATIONAL

### SECTION II

#### Objectif 4

Améliorer l'arrimage entre la formation et le travail (ententes interétablissements santé-éducation).

#### Résultats attendus :

- Une amélioration de la formation théorique et pratique.
- Une sensibilisation plus rapide des étudiants au marché du travail.
- Une amélioration des taux de diplomation.
- Un plus grand nombre de candidats à la profession.
- Des échanges d'expertise entre le réseau de l'éducation et celui de la santé.

#### Plan d'action :

Inviter les établissements des deux réseaux à consolider les partenariats existants et à en créer de nouveaux, en particulier dans le contexte de la mise en place de consortiums pour une formation intégrée entre les collèges et les universités. On pourrait penser par exemple à des actions visant à :

- améliorer l'accueil des stagiaires ;
- convenir d'ententes pour permettre l'échange d'infirmières expertes entre les établissements du réseau de la santé et les établissements d'enseignement ;
- sensibiliser les jeunes au secteur des soins infirmiers par des visites dans les écoles, des emplois d'été ou de fin de semaine...

#### Acteurs concernés :

Coordination : Établissements soutenus au niveau régional et national

# PLANIFICATION DE LA MAIN-D'ŒUVRE EN SOINS INFIRMIERS

## PLAN D'ACTION NATIONAL

### SECTION III

#### **Objectif général**

Faire la promotion de la profession de manière à en améliorer l'image, notamment pour la rendre plus compétitive par rapport à d'autres secteurs de formation.

#### **Résultats attendus :**

Un plus grand nombre de candidates et de candidats aux programmes de formation.

Une valorisation accrue de la profession et, ultimement, une amélioration de la rétention du personnel infirmier au travail.

Une amélioration de l'image de l'infirmière auprès de l'ensemble de la population.

#### **Plan d'action :**

Diverses actions de communication à déterminer selon l'évaluation périodique de la situation.

Dans un premier temps, attirer un plus grand nombre de candidats dans la profession.

#### *Les publics cibles*

- Personnes aux études (secondaire, cégep et université) ;
- Clientèle non traditionnelle : celle des centres d'emploi susceptible d'envisager une seconde carrière.

Un accent particulier devra être mis en vue d'augmenter l'intérêt de la gent masculine pour la profession.

Dans un deuxième temps, améliorer l'image de l'infirmière auprès de l'ensemble de la population.

#### *Les moyens*

Divers mécanismes de diffusion pourraient être utilisés :

- les moyens respectifs existants : périodiques, sites Internet, bulletins, colloques, médias électroniques, etc. ;
- le site Internet du ministère de la Santé et des Services sociaux , section « emploi » (avec lien vers les sites des établissements qui offrent des programmes de formation et les sites d'emploi d'été) ;
- les Salons de l'emploi ;
- les activités d'orientation de carrière dans les milieux d'enseignement ;
- une pochette d'information sur les besoins et les perspectives d'emploi au sein du réseau à l'intention des orienteurs professionnels et des conseillers pédagogiques des établissements ;
- les périodiques destinées à la clientèle ciblée, les revues spécialisées sur l'emploi, les journaux étudiants ;
- une affiche promotionnelle dans les établissements d'enseignement.

Dans un premier temps, les orienteurs professionnels et/ou conseillers pédagogiques des établissements d'enseignement seront invités à participer aux tournées régionales de lancement du Plan d'action de la planification de la main-d'œuvre infirmière.

**Acteurs concernés :**

Coordination : MSSS

Collaboration : MEQ, OIIQ, régies régionales, associations d'établissements, syndicats

# PLANIFICATION DE LA MAIN-D'ŒUVRE EN SOINS INFIRMIERS

## PLAN D'ACTION NATIONAL

### SECTION IV

**Objectif**

Assurer le suivi du plan d'action.

**Résultats attendus :**

La mise en place d'un processus continu de planification de la main-d'œuvre infirmière.

**Plan d'action :**

1. Le groupe de travail effectue un suivi périodique des activités prévues au plan d'action et fait rapport au Forum.
2. Le MSSS met à jour annuellement le processus de planification de la main-d'œuvre à la lumière des nouveaux paramètres entrant dans le modèle de projection.

**Acteurs concernés :**

Coordination : MSSS  
Collaboration : Membres du groupe de travail et du Forum

# **A N N E X E 5**

**Liste des références**

**et**

**liste des tableaux statistiques**



## LISTE DES RÉFÉRENCES

### FORUM NATIONAL SUR LA PLANIFICATION DE LA MAIN-D'ŒUVRE INFIRMIÈRE

---

1. Ministère de la Santé et des Services sociaux, Jean, Suzanne. *Projection des départs chez les infirmières du réseau de la santé et des services sociaux. Estimation du nombre de nouvelles infirmières à recruter pour maintenir l'effectif de 1999 à 2015*, 21 mai 1999, 12 p. et annexes.  
  
Expédié avec l'avis de convocation de la rencontre du 3 novembre 1999.
2. Ordre des infirmières et infirmiers du Québec. *Évolution des effectifs de la profession infirmière à court et moyen termes au Québec. Étude exploratoire*, janvier 1999, 47 p.  
  
Distribué lors de la rencontre du 9 décembre 1999.
3. Groupe de travail sur les soins infirmiers. *Rapport final du Groupe de travail sur les soins infirmiers*, novembre 1997, 27 p.
4. Association des CLSC et des CHSLD du Québec, en partenariat avec l'ACHAP. *Les compétences essentielles requises en soins infirmiers*, mars 1999, 9 p.
5. Association des hôpitaux du Québec. *Identification des compétences requises par les infirmières et le personnel d'assistance en fonction des besoins des clientèles du réseau de la santé et des services sociaux* (extraits), mars 1999, p. 11-14.
6. Commission des universités sur les programmes. *Les programmes de sciences infirmières, santé communautaire, épidémiologie, hygiène du milieu, travail social, animation sociale et culturelle, gérontologie et gestion des services de santé dans les universités du Québec*, Rapport n° 9, mars 1999, 111 p. et annexes.
7. Comité-conseil sur la formation infirmière. *Rapport du Comité-conseil sur la formation infirmière présenté au ministre de l'Éducation du Québec*, 30 juin 1999, 40 p.
8. Groupe de travail sur les soins infirmiers. *Soins infirmiers de qualité : un gage pour le 21<sup>e</sup> siècle*, janvier 1999, 41 p. (rapport de l'Ontario).

#### Mise à jour du 1999 10 18

---

9. AHQ, ACAQ, ACHAP, FCLSCQ, MSSS. *Rapport du Comité d'étude sur la main-d'œuvre en soins infirmiers*, février 1987, 120 p.
10. Association des hôpitaux du Québec. *Planification du niveau d'activités en période estivale : implication administrative de la direction des soins infirmiers*, mai 1987, 33 p.

11. Association des hôpitaux du Québec. *L'infirmière, force vive du centre hospitalier*, avril 1988, 60 p.
12. Association des hôpitaux du Québec. *Rapport sur la situation de la main-d'œuvre infirmière, la rétention et le roulement du personnel infirmier dans les hôpitaux affiliés à l'Institut conjoint hospitalier de Montréal*, octobre 1988, 84 p.
13. Association des hôpitaux du Québec. *L'organisation des soins infirmiers : évolution et perspectives*, mai 1990, 141 p.
14. Association des hôpitaux du Québec. *Enquête sur la distribution des infirmières détenant un baccalauréat dans les hôpitaux du Québec*, août 1990, 15 p.
15. Groupe de travail sur la planification stratégique de la main-d'œuvre infirmière. *Rapport ad hoc sur la planification stratégique de la main-d'œuvre infirmière à court terme (la période estivale 1999), à moyen et à long terme*, mars 1999, 13 p.
16. Baumann, A., L. O'Brien-Pallas et M. Butt. *Issues in Resource Planning, A report prepared for the Ontario Hospital Association by the Nursing Effectiveness, Utilization and Outcomes Research Unit McMaster University and University of Toronto*, 20 août 1999, 32 p.
17. Ministère de la Santé et des Services sociaux, Jean, Suzanne. *Projection des départs chez les infirmières du réseau de la santé et des services sociaux. Estimation du nombre de nouvelles infirmières à recruter pour maintenir l'effectif de 1999 à 2015, Répartition par région*, août 1999, 2 p. et annexes.

Document expédié aux membres du groupe de travail le 16 novembre 1999.

---

#### **Mise à jour du 1999 11 29**

18. Comité de mise en œuvre de l'enseignement des sciences infirmières (Ontario). *Rapport du Comité de mise en œuvre de l'enseignement des sciences infirmières*, 26 juillet 1999, 65 p.

Document expédié aux membres du groupe de travail et aux invitées le 13 décembre 1999.

---

#### **Mise à jour du 1999 12 13**

19. Rapson, Mary Fry et Rebecca B. Rice. « *Progress and Outcomes of the Colleagues in Caring Program* ». Jona., vol. 29, no 7/8, juillet-août 1999, 4 p.

20. Ministère de la Santé et des Services sociaux. *La projection de l'effectif médical au Québec*, novembre 1999.

Document expédié aux membres du groupe de travail le 7 février 2000.

21. Ministère de la Santé et des Services sociaux. Jean, Suzanne. – *Présentation du « Système de monitoring » pour la planification de la main-d'œuvre du réseau de la santé et des services sociaux*, 9 février 2000.

---

#### **Mise à jour du 2000 02 14**

22. Association des hôpitaux du Québec, Association des CLSC et des CHSLD du Québec, Association des établissements privés conventionnés. *Présentation des réflexions sur l'aspect qualitatif de la main-d'œuvre infirmière*, 31 janvier 2000.

---

#### Mise à jour du 2000 02 25

---

23. Comité consultatif des ressources humaines en santé, Groupe de travail sur les ressources en soins infirmiers et les travailleurs non-réglés de la santé. *Vers une stratégie pour les soins infirmiers au Canada, Document de consultation à l'intention des intervenants*, mars 2000.

Document expédié aux membres du groupe de travail le 22 mars 2000.

---

#### Mise à jour du 2000 03 24

---

24. Lapointe, Paul-André. « La réorganisation du travail : continuité, rupture et diversité », dans *La réorganisation du travail : Efficacité et implication*, sous la direction de Rodrigue Blouin et al., Sainte-Foy, Les Presses de l'Université Laval, 1995, p. 3-43.
25. St-Onge, Sylvie, Michel Audet, Victor Hains et André Petit. *Relever les défis de la gestion des ressources humaines*, Gaétan Morin Éditeur, 1998, 701 p.
26. Conseil consultatif du travail et de la main-d'œuvre. Document de réflexion. *Une nouvelle organisation du travail*.
27. Faculté des sciences infirmières, Université de Montréal. *Attractions et maintien du personnel en soins infirmiers, une recension des écrits*, juin 1992.
28. Giordani, Raymonde, École des sciences infirmières de l'Université Laval. *Le défi de soigner*, mars 1990.
29. Collinge, Judith. Rapport sur la situation de la main-d'œuvre infirmière, *La rétention et le roulement du personnel infirmier dans les hôpitaux affiliés à l'Institut conjoint hospitalier de Montréal*, octobre 1988.
30. Working Group in Nursing Resources and Unregulated Health Care Workers Adversory Committee on Health Human Resources. *The Nursing Strategy for Canada*, juin 2000.

---

#### Mise à jour du 2000 06 16

---

31. Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ). *Plan d'action pour la planification de la main-d'œuvre infirmière – Actions visant à réduire la pénurie globale – Action 1*, septembre 2000.

32. Ministère des Relations avec les citoyens et de l'Immigration (MRCI) et Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ). *Plan de travail sur le mandat de proposer une stratégie pour donner accès à la formation et au stage aux personnes diplômées de l'extérieur du Canada et des États-Unis en vue de l'obtention du permis de l'OIIQ*, 21 septembre 2000.
33. Ministère des Relations avec les citoyens et de l'Immigration (MRCI). *Plan de travail concernant le volet immigration et recrutement international*, 6 juin 2000.
34. Associations d'établissements et Fédération des infirmières et infirmiers du Québec (FIIQ). *Aide-mémoire sur les objectifs 6 et 7 de la section 1 et l'objectif 2 de la section 2 du plan d'action pour la planification de la main-d'œuvre infirmière*, 21 septembre 2000.
35. Comité consultatif sur les ressources humaines en santé. *La stratégie pour les soins infirmiers au Canada*, octobre 2000.
36. Bourbonnais, Renée, Romaine Malenfant, Chantal Viens, Michel Vézina, et Nancy Côté. *Le travail infirmier sous tension, Une approche compréhensive du travail infirmier en période de transition*, août 2000.
37. Bourbonnais, Renée, Romaine Malenfant, Chantal Viens, Michel Vézina, Chantal Brisson, Denis Laliberté et Janet Sarmiento. *Les impacts positifs et négatifs de la transformation du réseau de la santé sur la vie professionnelle, la vie familiale et la santé des infirmières et des infirmiers de l'agglomération de Québec*, Rapport de recherche soumis au Conseil québécois de la recherche sociale CQRS, août 2000.
38. Joron, Pierre. *Face aux pénuries de main-d'œuvre opter pour la compétition ou pour l'entraide ?*, 29 septembre 2000.
39. Roy, Pierre. Lettre à madame Pauline Champoux-Lesage, sous-ministre du ministère de l'Éducation, sur la révision du programme en soins infirmiers, 6 avril 2000.
40. Champoux-Lesage, Pauline. Lettre à madame Gyslaine Desrosiers, de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, sur les programmes de formation en soins infirmiers et en sciences infirmières, 26 mai 2000.
41. Ministère des Relations avec les citoyens et de l'Immigration (MRCI). *Plan d'action pour le recrutement international d'infirmières*, 3 novembre 2000.

42. Fédération des infirmières et infirmiers du Québec (FIIQ). *À propos de la pénurie de la main-d'œuvre infirmière – Plan d'action visant à améliorer l'attraction et la rétention des infirmières au sein du réseau public des soins et des services de santé (Document de travail)*, 3 novembre 2000. (Ce document ne peut faire l'objet de distribution à l'extérieur du sous-groupe de travail qu'avec l'autorisation expresse de la FIIQ.)

---

#### **Mise à jour du 2000 12 12**

---

43. Ministère de la Santé et des Services sociaux, Direction des communications. *Plan de communications « Promotion de la profession infirmière et infirmier »*, décembre 2000.
44. Ministère de l'Éducation, DGFPT et DGER. *Plan d'action du ministère de l'Éducation*, 15 décembre 2000.
45. Associations d'établissements et FIIQ. Plan d'action déposé à la rencontre du 15 décembre 2000 portant sur les objectifs 6 et 7 de la section I et l'objectif 2 de la section II du plan d'action général.
46. Régies régionales. Plan d'action déposé à la rencontre du 15 décembre 2000 portant sur les objectifs 8, 9 et 10 de la section I du plan d'action général.
47. Régies régionales. *Projet d'événements régionaux sur la PMO infirmière*, document déposé à la rencontre du 15 décembre 2000.
48. Ministère de la Santé et des Services sociaux et OIIQ. *Plan d'action pour la mise en place de conditions permettant aux infirmières d'exercer les nouveaux rôles qui leur sont dévolus*, 14 décembre 2000.
49. Ministère de la Santé et des Services sociaux. *Plan d'action pour améliorer l'arrimage formation travail*, 8 décembre 2000.
50. Ministère de l'Éducation, DGFPT et DGER. *Plan d'action du ministère de l'Éducation*, 11 janvier 2001.

---

#### **Mise à jour du 2001 01 25**

---

**LISTE DES TABLEAUX STATISTIQUES**  
**FORUM NATIONAL SUR LA PLANIFICATION DE LA MAIN-D'ŒUVRE INFIRMIÈRE**

---

1. Ministère de la Santé et des Services sociaux. *Évolution des effectifs. Infirmières et infirmières bachelières dans le réseau de la santé et des services sociaux, 1980-1981 à 1997-1998*, 3 tableaux, 6 octobre 1999.

Expédié avec l'avis de convocation de la rencontre du 3 novembre 1999.

2. Ministère de la Santé et des Services sociaux. *Programme de départ volontaire à la retraite (PDV) de 1997, infirmières salariées en ETC par région socio-sanitaire et en % de l'effectif en 1996-1997*, janvier 1999, 3 p.

Expédié avec l'avis de convocation de la rencontre du 3 novembre 1999.

3. Institut canadien de l'information sur la santé (ICIS). *Infirmiers(ères) autorisés(ées) travaillant en soins infirmiers par province, 1993 et 1998*, 4 tableaux, mai 1999.

Expédié avec l'avis de convocation de la rencontre du 3 novembre 1999.

---

**Fin de la mise à jour du 18 octobre 1999**

---

4. Ministère de la Santé et des Services sociaux. *Heures régulières et supplémentaires Évolution des heures travaillées (rég. et suppl.) en soins infirmiers selon la catégorie d'emploi, 1985-1986 à 1998-1999*, 3 tableaux, 1<sup>er</sup> novembre 1999.  
(tableaux incluant les auxiliaires familiales)

Distribué à la rencontre du 3 novembre 1999.

5. Ministère de la Santé et des Services sociaux. *Évolution des heures travaillées par statut occupationnel, 1985-1986 à 1998-1999*, 7 tableaux, 1<sup>er</sup> novembre 1999.  
(tableaux incluant les auxiliaires familiales)

Distribué à la rencontre du 3 novembre 1999.

6. Ministère de la Santé et des Services sociaux. *Heures travaillées par la main-d'œuvre indépendante en soins infirmiers dans les centres d'activités pertinents retenus, 1986-1987 à 1998-1999*, 2 p. 29 octobre 1999.

Distribué à la rencontre du 3 novembre 1999.

7. Ministère de la Santé et des Services sociaux. *Évolution des heures travaillées*, 1997-1998 à 1998-1999 par période mensuelle, 2 tableaux et 2 graphiques, 1<sup>er</sup> novembre 1999.

Distribué à la rencontre du 3 novembre 1999.

8. Ministère de la Santé et des Services sociaux. *Heures régulières et supplémentaires Évolution des heures travaillées (rég. et suppl.) en soins infirmiers selon la catégorie d'emploi*, 1985-1986 à 1998-1999, 3 tableaux et 2 graphiques, 2 novembre 1999.  
(tableaux excluant les auxiliaires familiales)

Distribué à la rencontre du 3 novembre 1999.

9. Ministère de la Santé et des Services sociaux. *Évolution des heures travaillées par statut occupationnel*, 1985-1986 à 1998-1999, 6 tableaux, 2 novembre 1999.  
(tableaux excluant les auxiliaires familiales)

Distribué à la rencontre du 3 novembre 1999.

10. Ministère de la Santé et des Services sociaux. *Impact de l'effet de substitution des heures travaillées*, 3 tableaux, 8 novembre 1999.

Distribué à la rencontre du 15 novembre 1999.

11. Ministère de la Santé et des Services sociaux. *Année 1997-1998 — Détail par mission Heures régulières et supplémentaires Distribution des heures travaillées en soins infirmiers par catégorie d'emploi, Année 1997-1998 — Détail par mission*, 5 tableaux, 9 novembre 1999.

Expédié avec l'avis de convocation de la rencontre du 15 novembre 1999.

12. Ministère de la Santé et des Services sociaux. *Année 1997-1998 — Détail par mission Distribution des heures travaillées par les infirmières selon la catégorie d'emploi (heures régulières et supplémentaires)*, 4 p., 23 novembre 1999.

Expédié avec l'avis de convocation du 9 décembre 1999.

---

### **Mise à jour du 29 novembre 1999**

13. Ministère de la Santé et des Services sociaux. *Année 1997-1998 — Comparaison des établissements désignés universitaires avec les autres CHSGS. Distribution des heures travaillées par les infirmières selon la catégorie d'emploi (heures régulières et supplémentaires)*, 6 p., 22 décembre 1999 ; *Liste des établissements désignés universitaires*, 1 p., 26 novembre 1999.

Modification expédiée avec l'avis de convocation de la rencontre du 31 janvier 2000.

---

### **Mise à jour du 7 janvier 2000**

14. Ministère de la Santé et des Services sociaux. *Distribution des infirmières cadres selon le titre d'emploi en 1997-1998*, 1 p., 25 novembre 1999.

Expédié avec l'avis de convocation du 9 décembre 1999.

15. Ministère de la Santé et des Services sociaux. *Congés conventionnés temps complet régulier en poste toute la période, années 96-97, 97-98, 98-99, catégorie d'emplois : infirmières, infirmières bachelières*, 6 p.

Expédié avec l'avis de convocation du 9 décembre 1999 (année 1997-1998).

Distribué à la rencontre du 15 mars 2000 (années 1996-1997 et 1998-1999).

---

#### **Fin de la mise à jour du 29 novembre 1999**

16. Ministère de la Santé et des Services sociaux. *Infirmières et infirmières bachelières :*
- *Listes des titres d'emploi retenus sous les regroupements « infirmières » et « infirmières bachelières »*, 1 p., 25 novembre 1999 ;
  - *Liste des établissements classés « CLSC » en 1997-1998 dans les fichiers du MSSS*, 3 p., 25 novembre 1999 ;
  - *Liste des établissements classés « CHSLD » en 1997-98 dans les fichiers du MSSS*, 5 p., 25 novembre 1999 ;
  - *Détail des heures travaillées en CLSC, Année 1997-1998*, 1 p., 25 novembre 1999 ;
  - *Détail des heures travaillées en CHSLD, Année 1997-1998*, 1 p., 25 novembre 1999.

Distribués à la rencontre du 9 décembre 1999.

17. Ministère de la Santé et des Services sociaux. *Distribution des infirmières et bachelières selon l'âge au 31 mars 1998*, 1 p., 7 décembre 1999.

Distribué à la rencontre du 9 décembre 1999.

---

#### **Fin de la mise à jour du 7 décembre 1999**

18. Ministère de l'Éducation, 8 graphiques et un tableau :

- 1) *Scénarisation du cheminement ;*
- 2) *Évolution annuelle des inscriptions en 1<sup>re</sup> année. Soins infirmiers et DEC techniques ;*
- 3) *Évolution des inscriptions en 1<sup>re</sup> année et des diplômes décernés, techniques infirmières (180.01 et 180.21) de 1992 à 1997 et scénario de prévision de 1999 à 2004. Hypothèse de travail ;*
- 4) *Prévisions de l'effectif au collégial. Nombre d'élèves à l'enseignement ordinaire à temps plein selon la formation et la classe au collégial. Ensemble du réseau, observations de 1993 à 1998 et prévisions de 1999 à 2008 (sessions d'automne). Effectifs en première année d'études préuniversitaire et technique ;*
- 5) *Évolution des effectifs en première année de formation préuniversitaire et technique. Observations de 1993 à 1998, prévisions de 1999 à 2008. Ensemble du réseau collégial ;*
- 6) *Variation annuelle des effectifs en première année de formation préuniversitaire et technique. Observations de 1993 à 1998 et prévisions de 1999 à 2008. Ensemble du réseau collégial ;*
- 7) *Situation des diplômé(e)s de Techniques infirmières (180.01) selon la Relance 1998 ;*
- 8) *Situation des personnes retournées aux études DEC de Techniques infirmières (180.01) ;*
- 9) *Programmes d'études poursuivis à l'université. Diplômé(e)s en Techniques infirmières (180.01).*

Distribués à la rencontre du 9 décembre 1999.

19. Ordre des infirmières et infirmiers du Québec. *Statistiques relatives aux infirmières et infirmiers inscrits au tableau au 31 mars 1999*, octobre 1999, 18 p.

Distribué à la rencontre du 9 décembre 1999.

20. Ordre des infirmières et infirmiers du Québec. « Sondage auprès des jeunes diplômées. On convoite la relève », *Le Journal*, supplément de *L'infirmière du Québec*, vol. 7, no 2, novembre/décembre 1999, p. 2.

Distribué à la rencontre du 9 décembre 1999.

21. Ordre des infirmières et infirmiers du Québec. *Résumé de l'étude « Évolution des effectifs de la profession infirmière à court et moyen termes au Québec ». Étude exploratoire. Chapitre : Scénarios d'évolution de la profession infirmière d'ici l'an 2015*, 5 p.

Distribué à la rencontre du 9 décembre 1999.

22. Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, 9 rapports (**Ces rapports sont confidentiels et ne peuvent faire l'objet de distribution à l'extérieur du groupe de travail qu'avec l'autorisation expresse de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec**) :

*Liste récapitulative des rapports*

*Variables utilisées*

*Rapport 1 : Infirmières par secteur d'emploi, selon le tableau du 1<sup>er</sup> novembre 1999*

*Rapport 2 : Infirmières du réseau socio-sanitaire par mission (catégorie), selon le tableau du 1<sup>er</sup> novembre 1999*

*Rapport 3 : Infirmières par région de résidence, selon le statut d'emploi ou de retraitées, selon le tableau du 1<sup>er</sup> novembre 1999*

*Rapport 4 : Infirmières par région de l'employeur et secteur d'emploi, selon le tableau au 1<sup>er</sup> novembre 1999*

*Rapport 5 : Statistiques sur les infirmières enseignantes et professeures des cégeps et universités, au 1<sup>er</sup> novembre 1999*

*Rapport 6 : Données sur le principal champ de pratique des infirmières des centres hospitaliers universitaires (CHU), des centres hospitaliers affiliés (CHA) et des instituts universitaires*

*Rapport 7 : Données sur le principal champ de pratique des infirmières des centres hospitaliers universitaires (CHU)*

*Rapport 8 : Données sur les infirmières en soins critiques dans les centres hospitaliers universitaires (CHU), les centres hospitaliers affiliés (CHA) et les instituts universitaires*

*Rapport 9 : Données sur les infirmières en soins critiques dans les centres hospitaliers universitaires (CHU)*

Distribués à la rencontre du 9 décembre 1999.

---

**Fin de la mise à jour du 12 janvier 2000**

---

23. Ordre des infirmières et infirmiers du Québec :

*1- Données sur les infirmières par classe d'âge et mission selon le niveau de formation obtenue.*

*2- Données sur les infirmières par classe d'âge et mission selon le niveau des études en cours.*

Distribués à la rencontre du 31 janvier 2000.

---

**Fin de la mise à jour du 14 février 2000**

---

24. Ministère de l'Éducation. *Portrait des effectifs étudiants en soins infirmiers et en sciences infirmières*, 23 février 2000.

Distribué à la rencontre du 23 février 2000.

25. Ministère de l'Éducation. *Scénario sur l'offre de diplômé(e)s provenant des programmes de formation technique soins infirmiers (180.01 et 180.21) pour la période de 1999 à 2013*, février 2000.

Distribué à la rencontre du 23 février 2000.

26. Ministère de l'Éducation. *Évolution des inscriptions dans les certificats de premier cycle en sciences de la santé et nursing (class 5104), santé communautaire et épidémiologie (class 5150), pluridisciplinaire : sciences humaines-gérontologie (class 5499), gestion de la santé (class 5841) 1992-1998*, février 2000.

Distribué à la rencontre du 23 février 2000.

27. Ministère de la Santé et des Services sociaux. *Hypothèses considérées pour les scénarios à présenter le 23 février 2000*, 23 février 2000.

Distribué à la rencontre du 23 février 2000.

---

#### **Fin de la mise à jour du 25 février 2000**

28. Ministère de la Santé et des Services sociaux. *Évolution des effectifs. Infirmières et infirmières bachelères dans le réseau de la santé et des services sociaux, 1980-1981 à 1998-1999*, 3 tableaux, 9 mars 2000 (mise à jour de la liste 1).

Distribué à la rencontre du 15 mars 2000.

29. Ministère de la Santé et des Services sociaux. *Heures régulières et supplémentaires. Évolution des heures travaillées (rég. et suppl.) en soins infirmiers selon la catégorie d'emploi, 1985-1986 à 1998-1999*, 3 tableaux, 2 mars 2000 (tableaux excluant les auxiliaires familiales) (mise à jour de la liste 8).

Distribué à la rencontre du 15 mars 2000.

30. Ministère de la Santé et des Services sociaux. *Évolution des heures travaillées par statut occupationnel, 1985-1986 à 1998-1999*, 6 tableaux, 9 mars 2000 (tableaux excluant les auxiliaires familiales) (mise à jour de la liste 9).

Distribué à la rencontre du 15 mars 2000.

31. Ministère de la Santé et des Services sociaux. *Impact de l'effet de substitution des heures travaillées*, 3 tableaux, 9 mars 2000.

Ministère de la Santé et des Services sociaux. *Calcul du nombre d'heures travaillées par poste*, 2 mars 2000 (mise à jour de la liste 10).

Distribués à la rencontre du 15 mars 2000.

32. Ministère de la Santé et des Services sociaux. *Année 1998-1999 – Détail par mission Distribution des heures travaillées par les infirmières selon la catégorie d'emploi (heures régulières et supplémentaires)*, 4 p., 7 mars 2000 (mise à jour de la liste 12).

Distribué à la rencontre du 15 mars 2000.

33. Ministère de la Santé et des Services sociaux. *Présentation de Suzanne Jean sur les besoins de recrutement de main-d'œuvre infirmière au Québec de 1999 à 2015*, 21 p., 15 mars 2000.

Distribué à la rencontre du 15 mars 2000.

34. Ministère de la Santé et des Services sociaux. *Graphiques et tableaux sur la projection des besoins de recrutement d'infirmières au Québec de 1999 à 2015*, 9 p., 15 mars 2000.

Distribué à la rencontre du 15 mars 2000.

35. Ministère de l'Éducation :

- *Projection des diplômés au baccalauréat en sciences infirmières 1999-2013* – Note adressée aux membres du Groupe de travail par Hélène Gautron, 7 p., 14 mars 2000.
- *Estimation du nombre de diplômé(e)s de la profession d'infirmière – Programmes techniques de soins infirmiers (180.01 et 180.21) et universitaires de sciences infirmières (formation initiale) – Scénario de 1999 à 2013*, 1 p., février 2000.
- *Situation des personnes diplômées de la formation technique un an après leur promotion – Programme de soins infirmiers (180.01 et 180.21)*, 1 p., mars 2000.

Distribués à la rencontre du 15 mars 2000.

---

#### **Fin de la mise à jour du 24 mars 2000**

36. Ministère de la Santé et des Services sociaux, Groupe de travail PMO — *Planification de la main-d'œuvre infirmière*, 30 mars 2000.

Distribué à la rencontre du 30 mars 2000.

37. Ministère de la Santé et des Services sociaux. *Jean, Suzanne. – Besoins de recrutement de main-d'œuvre infirmière au Québec de 1999 à 2015*, 30 mars 2000.

Distribué à la rencontre du 30 mars 2000.

---

**Fin de la mise à jour du 14 avril 2000**

38. Ministère de la Santé et des Services sociaux. *Demandes et admissions dans le programme de soins infirmiers* – Tableau préparé par Anne Magnan selon les données du MEQ pour l'automne 1999 et pour l'automne 2000, 24 août 2000.

Distribué à la rencontre du 22 septembre 2000.

39. Ministère de l'Éducation, DERU. *Projection de diplômés – Baccalauréat en sciences infirmières – MEQ, DERU*, juin 2000.

---

**Fin de la mise à jour du 13 novembre 2000**

40. Ministère de l'Éducation, DSEQ. *Situation des personnes diplômées de la formation technique un an après leur promotion – Programme de soins infirmiers (180.01 et 180.21)*, novembre 2000.

Distribué à la rencontre du 15 novembre 2000.

41. Ordre des infirmières et infirmiers du Québec. *Statistiques sur la population infirmière par région administrative à partir du fichier des membres au 1<sup>er</sup> novembre 1999*, février 2000.

42. Ordre des infirmières et infirmiers du Québec. *Évolution des effectifs de la profession infirmière au Québec – Statistiques au 31 mars 2000*, novembre 2000.

---

**Fin de la mise à jour du 22 novembre 2000**

43. Ministère de la Santé et des Services sociaux. *Jean, Suzanne. Impact des statistiques de l'OIIQ au 31 mars 2000 sur le scénario OIIQ D, 6 décembre 2000.*

Distribué à la rencontre du 15 décembre 2000.

---

**Fin de la mise à jour du 25 janvier 2001**

