

planification de la main-d'œuvre



*dans le secteur de la
réadaptation physique*

planification de la main-d'œuvre



dans le secteur de la réadaptation physique

Physiothérapeutes
Thérapeutes en réadaptation physique
Ergothérapeutes
Audiologistes
Orthophonistes
Spécialistes en orientation et mobilité et agents de réadaptation en déficience visuelle
Techniciens en éducation spécialisée
Techniciens en orthèses-prothèses
Neuropsychologues

Juillet 2002

**Santé
et Services sociaux**

Québec



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

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

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

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

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

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

Dépôt légal
Bibliothèque nationale du Québec, 2002
Bibliothèque nationale du Canada, 2002
ISBN 2-550-39638-3

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

© Gouvernement du Québec

Sainte-Foy, 20 juin 2002

Monsieur Jacques Larouche
Sous-ministre adjoint
Direction générale de la planification de la main-d'œuvre

Monsieur le sous-ministre adjoint,

À titre de président du groupe de travail, il me fait plaisir de vous transmettre le rapport du groupe de travail sur la planification de la main-d'œuvre dans le secteur de la réadaptation physique. Le diagnostic et le plan d'action présentés dans ce rapport ont fait consensus.

Le plan d'action a pour objectif de résorber les pénuries, de favoriser une meilleure adéquation entre le contenu de la formation, le niveau du diplôme et les besoins des milieux de travail et enfin, de revoir l'organisation du travail pour s'assurer de répondre efficacement aux besoins de la population. Il prévoit aussi un suivi des activités prévues de même que la mise à jour annuelle du processus de planification de main-d'œuvre dans ce secteur.

J'aimerais attirer votre attention sur deux aspects du plan d'action qui demandent une attention plus immédiate. Il s'agit d'une part, de l'augmentation des admissions dans les programmes de formation souhaitée pour septembre 2002 et d'autre part, de la réflexion qu'il faut poursuivre sur l'organisation du travail.

Je profite de l'occasion qui m'est donnée pour remercier l'ensemble des membres du groupe de travail pour les efforts consentis et particulièrement M. Georges Jodoin, qui a été le rédacteur principal de ce rapport.

Veuillez agréer, Monsieur le sous-ministre adjoint, l'expression de nos meilleurs sentiments.

Robert Tremblay

TABLE DES MATIÈRES

Faits saillants.....	7
Introduction	10
PARTIE I VUE D'ENSEMBLE DE LA PLANIFICATION DE LA MAIN-D' ŒUVRE EN RÉADAPTATION PHYSIQUE	17
1 Situation actuelle.....	17
1.1 Croissance des effectifs	17
1.2 Pénurie persistante	21
2 Besoins en main-d'œuvre	26
2.1 Résorption de la pénurie initiale	26
2.2 Remplacement des départs.....	26
2.3 Développement des services	27
3 Préoccupations communes.....	35
3.1 Adéquation entre l'offre et la demande de compétences.....	35
3.2 Stages de formation	37
3.3 Organisation des services.....	38
3.4 Organisation du travail.....	39
3.5 Précarité des emplois	41
3.6 Conditions de travail.....	43
PARTIE II ANALYSE PRÉVISIONNELLE PAR PROFESSION.....	45
SECTION 1 PHYSIOTHÉRAPEUTES.....	49
SECTION 2 THÉRAPEUTES EN RÉADAPTATION PHYSIQUE.....	79
SECTION 3 ERGOTHÉRAPEUTES	97
SECTION 4 AUDIOLOGISTES.....	127
SECTION 5 ORTHOPHONISTES	143
SECTION 6 SPÉCIALISTES EN ORIENTATION ET MOBILITÉ ET AGENTS DE RÉADAPTATION EN DÉFICIENCE VISUELLE	163
SECTION 7 AUTRES CATÉGORIES D'EMPLOI.....	183
PARTIE III PLAN D'ACTION.....	199
ANNEXE 1 Description du système de monitoring.....	225
ANNEXE 2 Nombre annuel de diplômés au baccalauréat selon le programme de formation, de 1991 à 2000	237
ANNEXE 3 Services de première, deuxième et troisième lignes pour les personnes susceptibles de présenter des incapacités	239

FAITS SAILLANTS

L'IMPORTANCE DE LA MAIN-D'ŒUVRE EN RÉADAPTATION PHYSIQUE DANS LE RÉSEAU DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX

La main-d'œuvre en réadaptation physique occupe une place névralgique dans le réseau de la santé et des services sociaux. Les groupes que nous avons étudiés plus spécifiquement, soit les physiothérapeutes, les thérapeutes en réadaptation physique, les ergothérapeutes, les audiologistes et les orthophonistes, les spécialistes en orientation et mobilité et les agents de réadaptation en déficience visuelle, représentant quelque 10 000 personnes au Québec, sans compter d'autres groupes qui travaillent dans le secteur, notamment les éducateurs, et différents emplois de nature administrative, professionnelle ou technique.

LA PÉNURIE DE MAIN-D'ŒUVRE ET LA CROISSANCE DES BESOINS

On connaît actuellement une pénurie de main-d'œuvre dans le secteur de la réadaptation physique, particulièrement en orthophonie, en ergothérapie et en physiothérapie.

De plus, plusieurs facteurs vont contribuer à faire augmenter rapidement la demande de main-d'œuvre dans ce secteur au cours des prochaines années. On peut mentionner la volonté collective de maintenir le plus longtemps possible l'autonomie fonctionnelle d'une population vieillissante ; l'augmentation des usagers et l'alourdissement des problèmes résultant de la capacité d'intervention médicale et de l'utilisation de nouvelles technologies de pointe qui permettent de sauver des vies ; l'augmentation de la demande de services de qualité de la part d'une population mieux informée et plus exigeante ; les orientations ministérielles pour les personnes ayant une déficience physique, qui prévoient rendre accessibles dans chacune des régions du Québec des services de réadaptation de première et deuxième lignes.

Ces facteurs expliquent sans doute la croissance annuelle moyenne de 5,3 % de la main-d'œuvre en réadaptation physique dans le réseau de la santé et des services sociaux au cours des dernières années. Un tel taux de croissance est trois fois plus élevé que le taux de croissance général de la main-d'œuvre dans le réseau.

Si la tendance se maintenait, on aurait dû retenir un taux de l'ordre de 5 % par année pour simuler la croissance prévisible des besoins au cours des prochaines années, puisqu'on ne dispose pas d'indications voulant qu'il y aurait un ralentissement des besoins exprimés. De plus, il faut considérer la place importante qu'occupe le secteur privé dans le domaine de la réadaptation physique.

Cependant, dans un souci de prudence et sur la base de travaux qui démontrent qu'au cours des prochaines années des occasions de carrière plus grandes et plus variées seront offertes à des jeunes dont la population décroît¹, et en considérant que les budgets alloués au secteur de la réadaptation physique demeureront vraisemblablement limités et eu égard aux possibilités d'une organisation du travail faisant davantage appel à du personnel de soutien technique et administratif, le groupe de travail a retenu un scénario général de croissance des besoins de 3 % par an. Ce scénario jugé conservateur fera toutefois l'objet d'un suivi à court terme.

LA CROISSANCE DES ADMISSIONS DANS LES PROGRAMMES DE FORMATION

À partir d'un scénario de croissance des besoins de 3 % et considérant les départs prévisibles pour des raisons de décès, retraite ou réorientation d'emploi au cours des prochaines années, une augmentation importante des admissions à certains programmes de formation sera nécessaire dès septembre 2002, soit

- 48 admissions en physiothérapie et, sous réserve d'un suivi de l'évolution des besoins en main-d'œuvre, des augmentations supplémentaires en 2007 et 2012 ;
- 85 admissions en ergothérapie ;
- 30 admissions en orthophonie² ;
- la mise en place d'un programme de formation pour les agents de réadaptation en déficience visuelle.

L'ADAPTATION DU MILIEU DE TRAVAIL ET L'ORGANISATION DU TRAVAIL

Pour répondre aux besoins grandissants de la population, on doit également miser sur la capacité de retenir la main-d'œuvre et sur la révision de l'organisation du travail.

Au cours des dernières années, plusieurs facteurs ont eu des répercussions négatives sur la main-d'œuvre. Mentionnons d'abord le fardeau des tâches et les pressions de la part d'une population de plus en plus exigeante alors que les ressources pour offrir les services demeurent limitées. Puis les remplacements à la hausse liés surtout aux congés de maternité et aux congés parentaux fréquents

-
1. Marie-Ève Buteau et Suzanne Jean, *Perspectives d'évolution des inscriptions au collégial et à l'université dans le contexte de la planification de la main-d'œuvre du réseau de la santé et des services sociaux*, ministère de la Santé et des Services sociaux, mars 2002, 50 p.
 2. Cette recommandation prend en compte le fait que 25 places ont été ajoutées dans le cadre de la création du programme d'orthophonie à l'Université Laval en septembre 2001, en conformité avec l'une des recommandations du document *Rapport des travaux - Comité sur l'effectif en audiologie et en orthophonie*, MSSS, mai 2000, 44 p. et annexes.

dans les professions qui comptent une forte proportion de femmes. Ces remplacements sont également le fait d'un recours accru à l'assurance salaire.

Les remplacements ne peuvent cependant pas toujours être comblés en raison soit de la pénurie de main-d'œuvre, soit des contraintes budgétaires, accentuant de ce fait le fardeau des tâches de ceux qui restent et les risques d'épuisement professionnel. Et lorsqu'ils sont comblés, ces remplacements sont le plus souvent effectués par du personnel à temps partiel occasionnel.

Par ailleurs, compte tenu de l'ampleur des besoins exprimés, il est vraisemblable que la contrainte des ressources disponibles va demeurer, du moins pour quelques années. Dans ce contexte, il sera nécessaire de revoir les façons de faire, l'organisation des services et l'organisation du travail. Cette révision devra avoir comme objectif d'améliorer la qualité du milieu de travail. Elle devra également permettre la prestation d'un plus grand volume de services.

Cette nécessité de revoir l'organisation du travail découle aussi de la forte concurrence prévisible au cours des prochaines années pour attirer des jeunes en nombre suffisant dans les professions de la santé.

En corollaire, tout en reconnaissant la pertinence d'améliorer la formation des professionnels dans des secteurs spécialisés de même que le bien-fondé d'adapter le contenu de la formation à l'évolution des connaissances, il faudra également s'assurer que les besoins du milieu de travail en matière de compétences et les besoins de la population soient pris en compte dans l'évolution des programmes de formation initiale.

LE PLAN D'ACTION

Le plan d'action est présenté dans la troisième partie du rapport. Il comprend des recommandations visant à :

- augmenter les admissions dans la plupart des programmes de formation ;
- revoir l'organisation des services et du travail ;
- faire un bilan des problèmes liés au nombre et à l'organisation des stages de formation ;
- mettre en place un mécanisme devant permettre des échanges entre les employeurs, les ordres professionnels et les universités sur la révision des programmes de formation et la révision des pratiques en milieu clinique ;
- améliorer la qualité du milieu de travail ;
- mettre en place des mécanismes de suivi du plan d'action.

INTRODUCTION

Le ministère de la Santé et des Services sociaux considère devoir amorcer un processus de planification de la main-d'œuvre se rapportant spécifiquement aux physiothérapeutes, aux thérapeutes en réadaptation physique, aux ergothérapeutes, aux audiologistes, aux orthophonistes et aux spécialistes en orientation et mobilité³.

Par ailleurs, le groupe de travail a abordé sommairement la situation d'autres travailleurs dans le secteur de la réadaptation, notamment celle des agents de réadaptation en déficience visuelle, des techniciens en orthèses-prothèses, des techniciens en éducation spécialisée et des neuropsychologues. L'analyse plus approfondie de ces professions a été prévue dans le cadre des mesures de suivi du plan d'action.

La réalisation des travaux de planification de la main-d'œuvre visant l'ensemble des titres d'emploi clinique du réseau fait partie du programme de travail de la Direction de la planification et du développement de la main-d'œuvre et de la recherche du Ministère. Pour mieux définir ses priorités d'intervention, la Direction a établi un système de monitoring permettant de cibler les titres d'emploi pour lesquels des déséquilibres peuvent être appréhendés dans un horizon de quinze ans. Ces travaux sont menés de concert avec le ministère de l'Éducation du Québec (MEQ). Les résultats de ce suivi sont disponibles pour tous les titres d'emploi relatifs aux services de santé et aux services sociaux requérant une formation professionnelle, technique et universitaire.

Les demandes pressantes de la part de certains intervenants du secteur de la réadaptation physique ont conduit la Direction à donner priorité aux professions de ce secteur et à réunir autour d'une même table les représentants des principales organisations intéressées par les services dans ce domaine.

Cette approche intégrée présentait l'avantage d'exposer la démarche méthodologique à l'ensemble des représentants, assurant du même coup une compréhension commune et une certaine uniformisation du processus. La présence des divers intervenants visés, dont plusieurs travaillent en complémentarité sinon dans un même lieu de pratique, a également amélioré la capacité d'appréhender la réalité complexe de l'organisation du travail. Elle a permis en outre un exercice de planification pour chaque profession à l'intérieur de sous-groupes de travail.

3. Il faut noter que les compétences des professionnels mentionnés ici peuvent déborder le seul champ de la réadaptation physique et que, par ailleurs, la réadaptation physique met à contribution d'autres catégories de personnel.

Au terme de l'étape de l'analyse diagnostique, qui comprend pour chaque profession une projection des besoins de recrutement pour combler les départs par attrition et des besoins pour assurer le développement des services, de même qu'une appréciation de l'écart entre les besoins de recrutement et les diplômés disponibles, le groupe de travail soumet ses recommandations sous forme d'un plan d'action applicable à l'ensemble du secteur et à chaque profession en particulier.

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

Il faut noter que, parmi les mesures de suivi, les effets de la mise en application éventuelle des recommandations du rapport du groupe de travail ministériel sur les professions de la santé et des relations humaines devront être pris en considération dans le diagnostic des besoins en main-d'œuvre.

MANDAT DU GROUPE DE TRAVAIL

Le mandat du groupe de travail consiste à mettre en commun les expertises, les préoccupations et les informations liées à la planification de l'effectif et à proposer au Ministère des orientations et un plan d'action à partir de consensus entourant différents problèmes et de visions communes quant aux solutions à appliquer. Le plan d'action vise principalement à proposer des mesures à court, moyen et long terme pour que le Québec puisse disposer d'une main-d'œuvre qualifiée en nombre suffisant pour répondre aux besoins.

DÉMARCHE MÉTHODOLOGIQUE

Afin de remplir le mandat, le Ministère a proposé une démarche méthodologique qu'il a mise au point pour l'ensemble des emplois cliniques du réseau. Sa description détaillée est présentée à l'annexe 1. Les membres du groupe de travail ont adhéré à cette démarche.

Essentiellement, le groupe de travail a été appelé à :

- faire une projection des besoins de recrutement ;
- effectuer une projection du nombre de nouveaux diplômés disponibles ;
- évaluer l'écart entre ces deux projections ;
- proposer les mesures requises pour atteindre l'équilibre entre l'offre et la demande de main-d'œuvre.

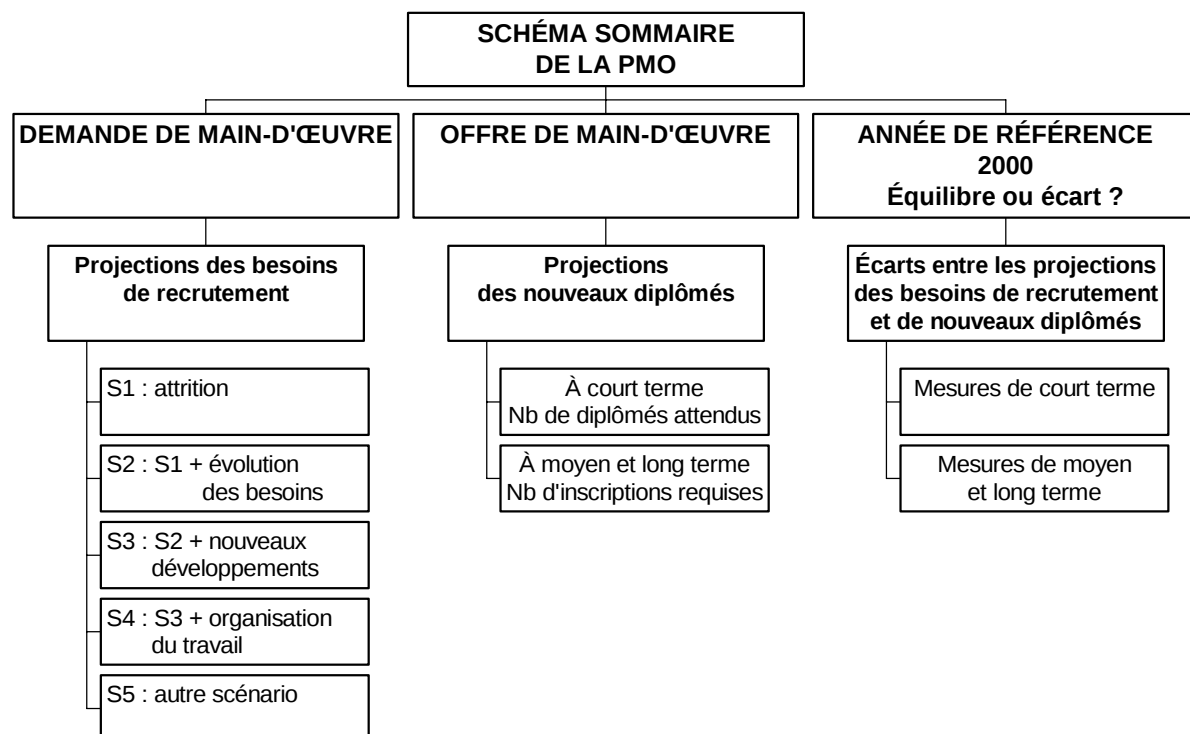
De plus, en cours de route, le groupe de travail a convenu de proposer des mesures visant à solutionner divers problèmes touchant la formation (niveaux de compétences requises, réalisation des stages, etc.), l'organisation du travail en rapport avec les besoins en main-d'œuvre ainsi que les conditions de travail et d'exercice.

La projection des besoins de recrutement nécessite :

- que l'on convienne de l'année de départ de la projection ;
- que l'on estime, pour l'année de départ de la projection, l'écart entre l'offre et la demande de main-d'œuvre, c'est-à-dire l'ampleur de la pénurie ou du surplus de main-d'œuvre ;
- que l'on évalue l'attrition de l'effectif actuel causée par les départs à la retraite, les décès et les cessations d'emploi ;
- que l'on convienne de l'évolution probable des besoins en considérant notamment l'effet du vieillissement et de l'augmentation de la population et en tenant compte de l'effet des nouveaux développements dans les secteurs d'activité ;
- que l'on prévoit si possible les répercussions de l'organisation du travail et de son évolution prévisible sur les ressources et les compétences requises.

La projection des diplômés disponibles au niveau collégial repose par ailleurs sur le modèle de prévisions mis au point par le ministère de l'Éducation. Au niveau universitaire, elle a été établie en fonction du nombre d'étudiants actuellement admis dans les programmes et des taux de diplomation et d'installation estimés par les membres du groupe de travail. Enfin, l'observation des écarts annuels entre les besoins de recrutement (évalués en fonction des départs et de l'accroissement de la demande de services) et le nombre de diplômés attendus donne la mesure des surplus ou des déficits prévus.

Le dernier volet du rapport, le plan d'action, résume les mesures qui doivent être prises à court, moyen et long terme pour répondre aux besoins pressentis. Il indique quels sont les organismes et les personnes responsables de définir ces mesures, leurs collaborateurs le cas échéant, et propose un échéancier de réalisation. Le plan d'action devra être ajusté à la lumière des nouveaux diagnostics qui seront éventuellement produits dans le cadre du processus dynamique de planification.



COMPOSITION DU GROUPE DE TRAVAIL

Organismes	Représentants
Association des établissements de réadaptation en déficience physique du Québec (AERDPQ)	Madame Anne Lauzon Monsieur Serge Lemieux Monsieur Yves Robitaille Madame Gisèle Hall Monsieur Michel Bouchard
Société québécoise des thérapeutes en réadaptation physique (SQTRP)	Madame Renée Laplace Madame Louise Lemieux
Association des hôpitaux du Québec (AHQ)	Monsieur Raymond Paquin
Ordre des ergothérapeutes du Québec (OEQ)	Madame Françoise Rollin Madame Louise Tremblay
Ordre des orthophonistes et audiologistes du Québec (OOAQ)	Monsieur Louis Beaulieu Madame Evelyne Perras
Ordre professionnel des physiothérapeutes du Québec (OPPQ)	Madame Louise Bleau Monsieur Paul Castonguay ¹
Régies régionales de la santé et des services sociaux du Québec (RSSSQ)	Monsieur Michel Lachapelle
Commission de la santé et de la sécurité du travail (CSST)	Madame Louise Gauthier ²
Centrale des syndicats du Québec (CSQ)	Monsieur René Beauséjour
Syndicat canadien de la fonction publique (SCFP) Affaires sociales	Monsieur Benoît Guilbault
Association des CLSC et des CHSLD du Québec	Madame Louise Trépanier
Fédération des professionnels – CSN	Madame Nathalie Touchette
Fédération de la santé et des services sociaux (FSSS) – CSN	Monsieur Guy Laurion Madame Louise Bertrand
Fédération des travailleurs et travailleuses du Québec (FTQ) – Syndicat québécois des employées et employés de service	Monsieur Raymond Forget
Centrale des professionnelles et professionnels de la santé (CPS)	Madame Marie-Hélène Boudreau Madame Carole Dubé Madame Anne-Marie Forget Madame Marie-Claude Raynault Madame Marie-Claude Sauvageau
Université de Montréal, École de réadaptation	Madame Francine Ferland Monsieur Bertrand Arsenault
Ministère de l'Éducation (MEQ)	Monsieur Alain Rousseau Monsieur Roger Murray Monsieur Jean-Pierre Fons
Emploi-Québec (MESS)	Monsieur André Grenier
Ministère de la Santé et des Services sociaux	Monsieur Robert Tremblay Monsieur Denis Gagnon Monsieur Georges Jodoin Madame Danielle Denis Madame Claire Piché

1. A remplacé madame Mariette L-Lanthier à titre de président de l'Ordre à compter du 1^{er} juin 2001.

2. Madame Louise Gauthier s'est jointe au groupe de travail à l'automne 2001.

planification de la main-d'œuvre dans le secteur de la réadaptation physique



Partie 1 : Vue d'ensemble de la planification de la main-d'oeuvre en réadaptation physique

PARTIE 1 VUE D'ENSEMBLE DE LA PLANIFICATION DE LA MAIN-D'ŒUVRE EN RÉADAPTATION PHYSIQUE

Avant d'aborder l'analyse prévisionnelle proprement dite, profession par profession, la présente partie donne une vue d'ensemble de l'évolution du secteur et des approches qui ont été privilégiées pour prévoir les besoins en main-d'œuvre dans ce domaine.

Elle met également en relief les préoccupations communes qui, en marge de l'analyse diagnostique sur les besoins en main-d'œuvre, se sont dégagées des discussions du groupe de travail.

1 SITUATION ACTUELLE

Au cours des quinze dernières années, l'évolution du secteur a été marquée à la fois par :

- une croissance rapide des effectifs en réadaptation physique ;
- une situation de pénurie persistante découlant du fait que les besoins de recrutement ont augmenté sans qu'ils s'accompagnent d'une hausse correspondante du nombre de diplômés⁴.

1.1 Croissance des effectifs

L'augmentation remarquable des services et des effectifs dans le domaine de la réadaptation physique n'a pas été un phénomène propre au Québec. Elle a également eu cours dans le reste du Canada, comme le montre le tableau 1.

Le tableau 2 trace quant à lui un portrait de l'évolution des effectifs en réadaptation physique dans le réseau de la santé et des services sociaux.

4. Les taux de croissance annuels moyens des diplômés en physiothérapie, en audiologie et orthophonie et en ergothérapie ont été respectivement de 1,16 %, 0,5 % et 3 % entre 1991 et 2000. Le tableau à l'annexe 2 présente les données annuelles du MEQ sur le nombre de diplômés selon le type de programme de formation.

Tableau 1

Évolution des effectifs de certaines professions dans le secteur de la réadaptation physique au Canada, selon la province, 1988, 1992, 1997

	Physiothérapeutes			Ergothérapeutes			Audiologistes et orthophonistes		
	1988	1997	%	1988	1997	%	1988	1992	%
Terre-Neuve	100	154	4,9	46	108	9,9	33	60	16,1
Île-du-Prince-Édouard	30	42	3,8	21	41	7,7	13	17	6,9
Nouvelle-Écosse	261	411	5,2	108	242	9,4	151	150	0,0
Nouveau-Brunswick	206	368	6,7	88	172	7,7	69	131	17,4
Québec	1 791	3 077	6,2	1 003	2 192	9,1	500	659	7,1
Ontario	3 722	5 100	3,6	872	2 858	14,1	1 118	1 480	7,3
Manitoba	364	498	3,5	236	343	4,2	173	201	3,8
Saskatchewan	310	457	4,4	83	172	8,4	102	131	6,5
Alberta	1 177	1 691	4,1	398	722	6,8	365	511	8,8
Colombie-Britannique	1 585	2 558	5,5	467	1 040	9,3	457	407	-2,9
Canada	9 546	14 356	4,6	3 322	7 890	10,1	2 981	3 747	5,9

Sources : *Health Personnel in Canada 1988 to 1997*, Canadian Institute for Health Information, 2000 et *Le personnel de la santé au Canada 1992*, Santé Canada, 1995.

Tableau 2

**Évolution des effectifs dans le secteur de la réadaptation physique
du réseau de la santé et des services sociaux,
1985-1986 à 1999-2000
(nombre de personnes en poste)**

	Physio- thérapie	Thérapeutes en réadaptation physique	Ergo- thérapie	Audiologie et orthophonie	Spécialistes en orientation et mobilité	Total
1985-1986	1 282	488	855	343	17	2 985
1986-1987	1 293	525	948	350	19	3 135
1987-1988	1 365	570	995	374	20	3 324
1988-1989	1 416	624	1 118	412	21	3 591
1989-1990	1 366	673	1 175	428	28	3 670
1990-1991	1 454	707	1 300	457	30	3 948
1991-1992	1 548	755	1 400	481	31	4 215
1992-1993	1 590	795	1 514	509	32	4 440
1993-1994	1 707	808	1 660	544	34	4 753
1994-1995	1 720	800	1 802	578	35	4 935
1995-1996	1 737	825	1 899	603	33	5 097
1996-1997	1 740	823	2 040	649	35	5 287
1997-1998	1 794	847	2 189	686	36	5 552
1998-1999	1 841	932	2 374	746	39	5 932
1999-2000	1 888	986	2 463	767	43	6 147
Taux de crois- sance annuel moyen	2,8 %	5,2 %	7,9 %	5,9 %	6,9 %	5,3 %

Source : Banque de données sur les cadres et les salariés du réseau (R-22), MSSS.

Le réseau de la santé et des services sociaux ne représente pas le seul employeur. Les physiothérapeutes et les thérapeutes en réadaptation physique sont nombreux à travailler en cliniques privées, les orthophonistes dans le réseau scolaire, etc. Le tableau 3 tente de reconstituer l'évolution historique des effectifs à l'aide des données disponibles.

Tableau 3
Évolution des effectifs dans le secteur de la réadaptation physique
ensemble des secteurs d'activité
1985-1986 à 1999-2000

	Physiothérapeutes ¹	Thérapeutes en réadaptation physique	Ergothérapeutes ²	Audiologistes et orthophonistes ³	Spécialistes en orientation et mobilité
1985-1986	1 586	-	770	475	17
1986-1987	1 665	737	841	504	19
1987-1988	1 791	781	1 003	480	20
1988-1989	1 935	847	1 003	516	21
1989-1990	2 056	910	1 147	576	28
1990-1991	2 396	948	1 243	609	30
1991-1992	2 247	1 045	1 340	659	31
1992-1993	2 563	-	1 558	695	32
1993-1994	2 661	1 090	1 666	753	34
1994-1995	2 797	-	1 821	815	35
1995-1996	2 943	-	1 968	872	33
1996-1997	3 003	-	2 087	919	35
1997-1998	3 077	1 165	2 192	976	36
1998-1999	3 137	1 340	2 348	1 029	39
1999-2000	3 260	1 496	2 487	1 085	43
Taux de croissance annuel moyen	5,3 %	5,6 %	8,7 %	6,1 %	6,9 %

1. Membres de l'Ordre professionnel des physiothérapeutes du Québec.

2. Membres de l'Ordre des ergothérapeutes du Québec.

3. Membres de l'Ordre des orthophonistes et audiologistes du Québec.

Il faut noter dans le cas des physiothérapeutes, des audiologistes, des orthophonistes et des ergothérapeutes qu'un certain nombre de personnes qui exercent leur profession au Québec peuvent ne pas être membres de leur ordre professionnel respectif. Le groupe de travail a estimé les effectifs totaux en physiothérapie à 3 299, en audiologie à 192, en orthophonie à 960 et en ergothérapie à 2 900 en 2001.

Comme la population du Québec a augmenté à un rythme beaucoup moins rapide (0,5 %) que les effectifs, le nombre de professionnels en réadaptation par habitant s'est considérablement accru.

Ainsi, depuis 1985, le rythme des dépenses publiques dans le domaine de la réadaptation a progressé plus rapidement que celui du réseau de la santé et des services sociaux en général, soit de 5,3 % contre 1,9 %. Parallèlement, on a pu observer une tendance à la privatisation de certains services courants en réadaptation physique.

Cette augmentation des efforts consacrés à la réadaptation physique s'explique par « une volonté collective de réduire le plus rapidement et le plus complètement possible les séquelles physiques des blessures, des accidents, des maladies et des anomalies congénitales⁵ ».

Cela s'est notamment concrétisé par la mise en place de différents régimes d'indemnisation publics et privés qui ont stimulé la demande de services de réadaptation dans les établissements publics et surtout en cliniques privées pour la prestation de services courants.

Par ailleurs, il y a lieu de signaler que la main-d'œuvre dans le secteur de la réadaptation physique est composée en grande majorité de femmes comme l'indique le tableau 4.

5. *Un continuum intégré de services en déficience physique*, MSSS, 1995, p. 16. Ce document rappelle également que cette volonté n'a pas toujours été présente. « Il faut se rappeler qu'avant la Deuxième Guerre mondiale, les personnes ayant des incapacités permanentes étaient considérées avant tout comme des infirmes, des incapables, une gêne et un poids pour la famille et la communauté. »

Tableau 4

Répartition de l'effectif féminin selon le statut
au 31 mars 2000

Catégorie et titre d'emploi	TCR %	TPR %	TPO %	Total %
Ensemble des professionnels	68,3	84,6	78,7	73,9
<i>Effectifs en :</i>				
Physiothérapie	83,3	93,9	85,4	86,1
Audiologie	87,5	95,0	92,7	91,3
Orthophonie	87,5	95,0	92,7	91,3
Ergothérapie	90,3	97,1	92,9	92,7
Thérapeute en réadaptation physique	90,7	95,2	91,6	92,1
Infirmière bachelière	92,2	94,9	93,4	93,0
Infirmière	87,3	94,6	89,8	90,5
Technicien et assimilé	71,4	86,0	79,1	76,4
Assistant technicien	70,2	82,5	80,4	77,8
Employé de bureau	88,9	92,4	90,6	90,0
Ouvrier et assimilé	36,9	59,2	47,5	45,7
Stagiaire et étudiant	72,5	79,5	69,4	70,2
Ensemble du réseau	72,8	84,7	78,7	77,8

Source : Banque de données sur les cadres et les salariés du réseau (R-22), MSSS.

1.2 Pénurie persistante

On considère qu'il y a pénurie de main-d'œuvre lorsqu'une partie de la demande de travail exprimée par les employeurs est insatisfaite en raison d'une offre de main-d'œuvre insuffisante⁶.

Divers indicateurs peuvent rendre compte d'une telle situation, notamment :

- de nombreux postes vacants difficiles ou impossibles à pourvoir ;
- une forte demande pour des heures supplémentaires ;
- un manque de disponibilité sur les listes de rappel ;
- une forte sollicitation des employés à temps partiel.

6. À ne pas confondre avec une situation où la demande de services exprimée par la population ou par différents organismes est insatisfaite. Les deux situations peuvent évidemment coexister. Les difficultés d'accès aux services peuvent en effet être attribuables à une pénurie de main-d'œuvre. Cette situation a été mise en évidence en orthophonie. Voir à ce sujet *Synthèse des présentations d'associations d'usagers en orthophonie et en audiologie*, MSSS, juin 2000, 52 p.

D'autres indicateurs peuvent attester d'une situation de rareté ou de pénurie relative de main-d'œuvre, tel un taux très élevé d'intégration des nouveaux diplômés dans leur domaine (d'après les enquêtes Relance du MEQ auprès des diplômés après la fin de leurs études).

La pénurie peut également être ressentie dans le secteur privé. Cependant, il est difficile d'évaluer le potentiel de développement non actualisé des services qui pourraient être rendus par le secteur privé en raison d'un manque de professionnels.

Malgré l'expansion rapide des services et la croissance importante des effectifs, il faut reconnaître que les efforts consacrés à la formation de nouveaux diplômés n'ont pas été suffisants, du moins si l'on considère qu'une pénurie relative de professionnels en réadaptation a perduré tout au long de la période. Déjà en 1989 et 1990 diverses études avaient montré l'existence d'une pénurie persistante et généralisée de main-d'œuvre dans le secteur de la réadaptation⁷. En 2000, un rapport consacré à la planification des effectifs en audiologie et en orthophonie venait confirmer ce constat⁸.

De façon récurrente au cours de la période, différentes enquêtes sur les postes vacants dans le réseau ont fait ressortir d'importants taux de vacances dans les établissements publics.

ENQUÊTE SUR LES POSTES VACANTS

Pour les besoins du groupe de travail, une nouvelle enquête sur les postes vacants relatifs aux titres d'emploi à l'étude a été menée auprès des établissements membres de l'Association des hôpitaux du Québec, de l'Association des établissements de réadaptation en déficience physique du Québec et de l'Association des CLSC et des CHSLD du Québec.

Les résultats détaillés de cette enquête ont été présentés dans un document intitulé *Les postes vacants au printemps 2001. Résultats et faits saillants pour le personnel du secteur de la réadaptation physique et pour les techniciens du domaine de la médecine et des laboratoires de la santé et des services sociaux*⁹.

7. Groupe de travail sur la main-d'œuvre en ergothérapie, *La main-d'œuvre en ergothérapie au Québec*, MSSS, juin 1989, 34 p.

Groupe de travail sur la main-d'œuvre en physiothérapie, *La main-d'œuvre en physiothérapie et en techniques de réadaptation physique au Québec*, MSSS, juin 1990, 29 p.

Groupe de travail sur la main-d'œuvre en audiologie et orthophonie, *La main-d'œuvre en orthophonie et en audiologie au Québec*, MSSS, 1990, 47 p.

8. Georges Jodoin, *Rapport des travaux - Comité sur l'effectif en audiologie et en orthophonie*, MSSS, mai 2000, 44 p. et annexes.

9. Denis Gagnon, *Les postes vacants au printemps 2001*, MSSS, août 2001, 57 p.

L'enquête portait sur :

- les postes temporairement dépourvus de titulaire ;
- les postes vacants, en spécifiant ceux en recrutement actif depuis plus de 90 jours après la fin de l'affichage externe ;
- les postes requis mais nécessitant des ressources supplémentaires.

Le tableau 5 présente une synthèse des résultats.

Tableau 5
Résultats de l'enquête sur les postes vacants dans les établissements
du réseau de la santé et des services sociaux
au printemps 2001

Titres d'emploi	Postes visés	Effectifs réseau en 1999-2000	% des postes couverts par l'enquête	Postes vacants	Parmi les postes vacants ceux qui le sont depuis plus de 90 jours
Agent de réadaptation en déficience visuelle	30	73	41	0	0
Audiologiste	123	191	64	9	3
Technicien en éducation spécialisée	1 265	9 976	13	*	*
Ergothérapeute	1 135	2 463	46	87	41
Orthophoniste ¹	386	865	45	58	47
Physiothérapeute	861	1 888	41	37	20
Spécialiste en orientation et mobilité	47	47	100	1	1
Thérapeute en réadaptation physique	268	986	27	7	0

* En raison de la faible représentativité des établissements, ces derniers n'employant que 13 % des éducateurs, les résultats de l'extrapolation ne sont pas significatifs.

1. En ce qui concerne les orthophonistes, il y a lieu de noter que l'enquête ne rendait pas compte des postes vacants dans les établissements du réseau de l'éducation, dont le nombre de postes vacants était sensiblement équivalent selon une étude parrainée par le gouvernement du Québec.

Source : *Les postes vacants au printemps 2001*, MSSS, août 2001.

ENQUÊTES AUPRÈS DES DIPLÔMÉS

Outre la présence de postes vacants et les difficultés de recrutement, les enquêtes menées auprès des nouveaux diplômés fournissent un autre indicateur révélateur de la situation du marché du travail.

D'une façon générale, on constate que pratiquement tous les diplômés universitaires en réadaptation se trouvent un emploi dans leur domaine de formation. Depuis quelques années, cette situation serait toutefois attribuable au fait que plusieurs d'entre eux ont trouvé un emploi dans le secteur privé, surtout en physiothérapie où ce fut le cas de près de la moitié des diplômés.

En résumé, le secteur public, le réseau de la santé et des services sociaux en particulier, a consacré des ressources considérables dans le domaine de la réadaptation en augmentant les budgets à un rythme plus rapide qu'ailleurs. Notons que la pénurie de main-d'œuvre a pu freiner le développement de certains services.

Cependant, ces efforts de rattrapage ne signifient pas pour autant que les moyens déployés ont été suffisants pour répondre intégralement à la demande de services : la présence de listes d'attente importantes et le développement du secteur privé, en particulier en physiothérapie, peuvent en témoigner.

Au premier chef, les établissements du secteur public et les associations qui les représentent sont conscients qu'il faudrait faire davantage et que des budgets supplémentaires seraient requis pour compléter et développer les services.

À cet égard, les lacunes d'accessibilité aux services spécialisés de réadaptation en déficience physique ont été particulièrement mises en évidence par l'Association des établissements de réadaptation en déficience physique du Québec dans un document rendu public en 1999¹⁰.

La description succincte de la situation actuelle a donc permis de dégager deux constats :

- l'offre et la demande de main-d'œuvre en réadaptation physique ont connu une croissance remarquable au cours des quinze dernières années ;
- la demande de main-d'œuvre n'a pas été entièrement satisfaite, comme en ont fait foi certains indicateurs de pénurie ou de rareté de

10. Association des établissements de réadaptation en déficience physique du Québec, *En toute urgence ! Lacunes d'accessibilité aux services spécialisés de réadaptation en déficience physique*, août 1999, 222 p.

personnel (postes vacants, forte sollicitation des employés à temps partiel, taux d'intégration des nouveaux diplômés très élevé, etc.).

Les prochaines sections ont trait à l'analyse prévisionnelle proprement dite. On y résume les principaux résultats de l'analyse des besoins en main-d'œuvre des professions à l'étude.

Rappelons que ces besoins en main-d'œuvre découlent :

- de la nécessité de combler la pénurie initiale de main-d'œuvre, le cas échéant, afin de rétablir l'équilibre entre l'offre et la demande ;
- du remplacement des départs consécutifs aux retraites, décès et cessations d'emploi ;
- d'une demande supplémentaire de main-d'œuvre pour répondre aux besoins générés par la croissance et le vieillissement de la population et un ensemble d'autres facteurs de pression.

2 BESOINS EN MAIN-D'ŒUVRE

L'objectif du groupe de travail a consisté à estimer les besoins en main-d'œuvre pour résorber les pénuries, remplacer les départs et assurer le développement des services, puis à comparer les besoins de recrutement avec l'arrivée de nouveaux diplômés.

2.1 Résorption de la pénurie initiale

L'écart entre les effectifs en 2001 et la demande de main-d'œuvre estimé par le groupe de travail est présenté dans le tableau 6.

Tableau 6

Projection de l'effectif requis en réadaptation en 2001

	Effectifs	Demande	Écart	
Physiothérapie	3 299	3 369	-70	-2 %
Thérapeute en réadaptation physique	1 671	1 496	+175	+12 %
Ergothérapie	2 900	3 075	-175	-6 %
Audiologie	192	192	-5	-3 %
Orthophonie	960	1 060	-100	-9 %
Spécialiste en orientation et mobilité	43	43	0	0 %

2.2 Remplacement des départs

Les départs annuels à la suite des retraites, décès et cessations d'emploi jusqu'en 2016 ont été estimés en s'appuyant sur les taux calculés par la CARRA pour les participants au RREGOP et en pondérant ces résultats le cas échéant.

Tableau 7

**Projection des départs de l'effectif initial en réadaptation physique,
2001-2016**

	Physiothérapie	Thérapeute en réadaptation physique	Ergothérapie	Audiologie	Orthophonie	Spécialiste en orientation et mobilité	Total
2001	56,8	23,4	47,1	5,2	18,4	0,3	151
2002	57,3	22,4	45,9	5,2	19,1	0,4	150
2003	58,8	21,7	45,4	5,2	20,0	0,5	152
2004	61,5	21,4	45,8	5,3	21,3	0,6	156
2005	62,0	21,8	46,8	5,0	22,1	0,9	159
2006	64,5	22,3	48,1	5,1	23,2	1,2	164
2007	68,4	23,2	50,1	5,3	24,9	1,5	173
2008	72,4	24,7	52,8	5,4	26,5	1,8	184
2009	80,3	27,9	58,6	6,0	29,9	2,5	205
2010	83,3	33,5	64,5	5,8	30,7	3,0	221
2011	85,4	37,2	67,0	5,9	30,7	3,1	229
2012	86,3	39,8	68,2	6,0	30,4	3,1	234
2013	88,0	43,3	69,8	6,1	30,1	3,0	240
2014	88,1	45,6	70,7	6,1	29,4	2,8	243
2015	94,3	53,8	77,1	6,6	30,3	2,6	265
2016	98,2	57,0	81,0	6,8	31,0	2,4	276
Total	1 206	519	939	91	418	30	3 203

Note – Le total ne correspond pas nécessairement à la somme des parties, les données ayant été arrondies.

On peut interpréter le nombre de départs comme étant le nombre de diplômés à former pour assurer le *statu quo* en matière d'effectifs.

2.3 Développement des services

De façon générale, les services de réadaptation consistent en un ensemble d'interventions visant la promotion, la prévention, l'évaluation, la réadaptation, le développement, l'ajustement ou le maintien des capacités des personnes. Ils peuvent se répartir en deux grandes catégories.

Les services de réadaptation courants :

- s'adressent à l'ensemble de la population ;
- s'appuient sur des interventions de professionnels généralistes et une infrastructure légère de moyens diagnostiques et d'interventions ;
- permettent de résoudre la majorité des préoccupations et problèmes communs de la population ;

- comprennent également des services de promotion et de prévention en vue de favoriser le développement de saines habitudes de vie et prévenir l'apparition ou l'aggravation de problèmes de santé ou de problèmes sociaux ;
- représentent des services de première ligne¹¹, accessibles localement ou dans le milieu de vie de la personne, ou encore durant la période d'hospitalisation ;
- peuvent être offerts, dans le réseau de la santé, en CLSC, CHSGS, CHSLD et centres de santé - comme ces services sont disséminés dans un grand nombre de centres d'activités, il s'avère toutefois difficile de circonscrire le contour statistique des services courants en réadaptation physique dans le réseau ;
- peuvent être offerts, à l'extérieur du réseau, par les cabinets de médecins (diagnostic surtout) et les cabinets privés de professionnels de la réadaptation physique (diagnostic et traitement) - ici également les statistiques permettant de quantifier l'importance de ces services ne sont guère disponibles.

Ceux offerts par les physiothérapeutes, les ergothérapeutes et les orthophonistes en cliniques privées ont connu un essor important en raison notamment des difficultés du secteur public de répondre adéquatement à la demande de services, elle-même stimulée par la disponibilité plus grande des régimes d'assurance parapublics et privés (CSST, SAAQ, compagnies d'assurances privées).

Les services d'adaptation et de réadaptation spécialisés qui s'adressent aux personnes ayant une déficience physique présentent les caractéristiques suivantes :

- les usagers de ces services représentent environ 10 % de la population ;
- il s'agit de services spécialisés (de 2^e ligne) ou ultraspécialisés (de 3^e ligne) visant des problèmes complexes qui requièrent l'intervention de professionnels ou d'une équipe multidisciplinaire et une infrastructure plus lourde avec matériel spécialisé ;
- les services spécialisés de 2^e ligne sont gérés principalement par des établissements ayant un mandat régional ou plurirégional ;
- les services de 3^e ligne sont offerts sur une base suprarégionale ;
- les services offerts aux personnes ayant une déficience physique ont été délimités par le MSSS en vue de déterminer notamment le contour financier des services aux usagers. Les dépenses en déficience physique

11. Pour une description plus détaillée des services de 1^{re}, 2^e et 3^e lignes, se référer à l'annexe 3.

s'élevaient à 340,4 M\$ en 1994-1995 et à 425,5 M\$ en 1999-2000, croissant ainsi à un rythme annuel moyen de 4,6 % en dollars courants.

Comme les professionnels de la réadaptation offrent leurs services à plusieurs types de personnes et que les besoins font l'objet d'analyses et d'orientations sur la base de la population à servir et non à partir des catégories de personnel, l'analyse globale des besoins en main-d'œuvre, au-delà de la nécessité de combler les besoins liés au remplacement des départs et à la résorption des pénuries le cas échéant, s'est appuyée, pour ce qui est du développement des services, sur les trois approches suivantes :

- les besoins liés à la croissance et au vieillissement de la population ;
- les besoins s'appuyant sur la projection linéaire de l'évolution des heures travaillées dans le réseau de 1985-1986 à 1999-2000 ;
- les besoins conformes à une croissance annuelle moyenne de 3 %.

2.3.1 Besoins liés à la croissance et au vieillissement de la population

Le premier scénario de croissance des besoins se fonde sur l'hypothèse que la population demandera des services proportionnellement au changement de sa taille et de sa composition. Le calcul des taux de croissance utilise la méthode relativement simple des taux d'utilisation constants avec population changeante¹². Rappelons sommairement cette analyse.

Dans un premier temps, il est possible de dresser un tableau des dépenses par habitant selon l'âge et le programme (par exemple, en déficience physique, 38 \$ par personne âgée entre 50 et 54 ans en 1997-1998). On dispose donc d'un indice des efforts consacrés en déficience physique auprès de la population, selon le groupe d'âge.

On utilise par la suite les prévisions de la population par groupe d'âge jusqu'en 2016 (par exemple, la population du groupe des 50-54 ans passera de 504 976 personnes en 1999 à 610 267 en 2016).

Il s'agit ensuite d'appliquer les indices de dépenses par groupe d'âge aux prévisions démographiques selon le groupe d'âge.

On peut ainsi, par exemple, déterminer que le taux de croissance annuel moyen des efforts consacrés en déficience physique sera de 0,92 %. Il faudra ensuite calculer les facteurs d'augmentation des besoins de ressources selon la catégorie

12. Suzanne Jean, *Estimation des besoins en main-d'œuvre liée à l'évolution démographique de la population*, MSSS, 2001.

d'établissements. On peut ventiler les dépenses en déficience physique par catégorie d'établissements.

On connaît par ailleurs la contribution des praticiens de la réadaptation dans les diverses catégories d'établissements (par exemple, chez les physiothérapeutes en centres de réadaptation), exprimée en nombre d'heures travaillées. On assume ainsi que, si par exemple les physiothérapeutes sont en nombre important dans les centres de réadaptation et que les usagers de ces établissements sont appelés à augmenter rapidement, les besoins en physiothérapeutes augmenteront proportionnellement.

Compte tenu de l'augmentation et du vieillissement de la population selon les modèles actuels d'utilisation des services, les taux de croissance des besoins calculés selon cette approche seront les suivants :

Physiothérapeutes :	1,72 %
Thérapeutes en réadaptation physique :	1,88 %
Ergothérapeutes :	1,82 %
Audiologistes :	1,86 %
Orthophonistes :	1,86 %
Spécialistes en orientation et mobilité :	2,26 %

Notons qu'il s'agit de taux de croissance qui consacreront en quelque sorte le *statu quo* en matière de services par habitant et qui, par conséquent, ne tiennent pas compte d'éventuels nouveaux services.

2.3.2 Besoins s'appuyant sur la projection linéaire de l'évolution des heures travaillées dans le réseau de 1985-1986 à 1999-2000

ANALYSE RÉTROSPECTIVE

L'analyse rétrospective équivaut à postuler que la croissance annuelle moyenne des effectifs au cours des quinze dernières années se poursuivrait au même rythme les quinze prochaines années. Les membres du groupe de travail sont conscients des limites de cette approche.

Au regard d'une population qui croît à un rythme annuel d'environ 0,5 %, une augmentation des services de l'ordre de 5 % à 10 % par année signifie une amélioration sensible du nombre de professionnels par habitant.

Les taux de croissance calculés selon cette approche sont les suivants :

Physiothérapeutes :	2,8 % ¹³
Thérapeutes en réadaptation physique :	5,0 %
Ergothérapeutes :	7,8 %
Audiologistes :	5,5 %
Orthophonistes :	5,5 %
Spécialistes en orientation et mobilité :	6,3 %

Dans le cadre de leurs travaux, les membres ont été à même de constater le manque d'indicateurs fiables, probants, complets et continus dans le temps permettant de juger du niveau de satisfaction des besoins atteints et du chemin à parcourir.

Le groupe de travail a tenté de compenser ces lacunes par l'expertise de ses membres en vue de préciser les facteurs susceptibles de justifier un développement accru des services en réadaptation au cours des années à venir.

PERSPECTIVES DE DÉVELOPPEMENT

Les facteurs propres à chaque discipline sont intégrés plus loin à l'analyse des six professions retenues. Cependant, certains facteurs généraux ont été mis en relief dont les suivants :

- augmentation des usagers et alourdissement des problèmes résultant de la capacité d'intervention médicale et de l'utilisation de nouvelles technologies de pointe qui permettent de sauver des vies ;
- augmentation de la demande de services de qualité de la part d'une population mieux informée et plus exigeante ;
- dotation dans chaque région de services de réadaptation de première et deuxième lignes pour les personnes susceptibles de présenter une déficience auditive, motrice, visuelle et langage-parole¹⁴.

Outre ces facteurs généraux, il a été possible de dégager certaines perspectives de développement qui ressortent des politiques et des plans d'action en voie d'élaboration au ministère de la Santé et des Services sociaux.

13. En tenant compte de la croissance du secteur privé, le taux est estimé supérieur à 5 %.

14. Voir annexe 3 pour la définition des services de 1^{re}, 2^e et 3^e lignes.

Le développement du réseau de la santé et des services sociaux sera marqué par la création de réseaux de services intégrés, notamment pour des groupes spécifiques (personnes âgées en perte d'autonomie, personnes ayant un problème de santé mentale, etc.). Cette approche suppose que les services offerts à une même personne ou une même famille soient bien coordonnés et que l'expertise des intervenants dans un contexte d'équipe multidisciplinaire soit mise à profit. Les différents professionnels de la réadaptation ont un rôle à jouer dans une gamme de services mieux adaptés à la diversification et à la complexité des besoins (services courants et services spécialisés).

Le réseau devra vraisemblablement faire face à une augmentation importante des usagers nécessitant des services de réadaptation. Le vieillissement de la population et l'amélioration des technologies d'interventions chirurgicales et thérapeutiques ont une incidence sur l'espérance de vie des personnes, mais la perte d'autonomie graduelle et les maladies chroniques liées au vieillissement (perte d'acuité auditive et visuelle, maladies cardiovasculaires et cérébrovasculaires, cancers, arthrite, maladies dégénératives et autres) augmentent également avec des conséquences sur leur état de santé. Ces personnes devront nécessairement bénéficier de services de réadaptation.

Mentionnons également des développements spécifiques dans les secteurs du réseau de la santé où les professionnels de la réadaptation sont prioritairement visés. D'abord, en déficience physique, un plan d'action doit être défini en 2002, afin de compléter l'application des orientations ministérielles en matière de services pour les personnes présentant une déficience physique et l'implantation d'un véritable continuum de services. Ces services devraient répondre aux besoins des personnes présentant une déficience physique, dans chacun des champs d'intervention du continuum, pour tous les types de déficiences, dans chaque région.

Par exemple, en ce qui concerne la déficience du langage et de la parole, un plan d'action pour des enfants de 0 à 18 ans est en voie d'élaboration, de façon à les identifier le plus tôt possible et améliorer les services.

Puis, en déficience intellectuelle, une nouvelle politique a été élaborée et un plan d'action a été adopté en 2001. La consolidation des services d'adaptation et de réadaptation auprès de ce groupe doit se faire, ce qui suppose une augmentation des services à rendre en réadaptation. Ainsi, de façon spécifique, une augmentation de l'intervention (durée et intensité) auprès des enfants de 0 à 5 ans est ciblée.

Enfin, pour les troubles envahissants du développement, un plan d'action doit être déposé en 2002 pour les personnes ayant de tels troubles. Entre autres, ceci aura comme effet que chaque région sera dotée de une ou plusieurs équipes multidisciplinaires et que la population aura accès à des services d'évaluation et d'intervention en cette matière.

2.3.3 Besoins en main-d'œuvre selon un scénario de croissance de 3 %

En plus du scénario s'appuyant sur l'évolution démographique et celui reposant sur la tendance historique, un troisième scénario prévoit un taux de croissance de 3 % annuellement.

Si la tendance se maintenait, le groupe de travail aurait dû retenir un taux de croissance de 5,3 % par année pour simuler la croissance prévisible des besoins au cours des prochaines années, puisqu'on ne dispose pas d'indications voulant qu'il y aurait un ralentissement des besoins exprimés. De plus, il faut considérer la place importante qu'occupe le secteur privé dans le domaine de la réadaptation physique.

Cependant, dans un souci de prudence et sur la base de travaux qui démontrent qu'au cours des prochaines années des occasions de carrière plus grandes et plus variées seront offertes à des jeunes dont la population décroît¹⁵, et en considérant que les budgets alloués au secteur de la réadaptation physique demeureront vraisemblablement limités et eu égard aux possibilités d'une organisation du travail faisant davantage appel à du personnel de soutien technique et administratif, le groupe de travail a retenu un scénario général de croissance des besoins de 3 % par an. Ce scénario conservateur fera toutefois l'objet d'un suivi à court terme.

Il s'agit par ailleurs d'un taux de croissance retenu par d'autres groupes de travail qui ont examiné des professions en forte demande, en l'occurrence les technologues en radio-oncologie, les médecins médicaux et les pharmaciens en établissements de santé.

Cette hypothèse de croissance des besoins en main-d'œuvre postule que les effectifs dans ce secteur devraient s'accroître plus rapidement que les effectifs médicaux, les infirmières et, de façon plus générale, que les dépenses dans le réseau de la santé et des services sociaux.

Le tableau 8 résume la situation retenue dans d'autres travaux récents de planification de la main-d'œuvre dans le secteur de la santé. Ces données permettent de relativiser les hypothèses utilisées en réadaptation physique par rapport à des travaux analogues, comparables.

15. Marie-Ève Buteau et Suzanne Jean, *Perspective d'évolution des inscriptions au collégial et à l'université dans le contexte de la planification de la main-d'œuvre du réseau de la santé et des services sociaux*, ministère de la Santé et des Services sociaux, mars 2002, 50 p.

Tableau 8

Taux de croissance annuels moyens retenus dans d'autres travaux de planification de la main-d'œuvre dans le réseau de la santé et des services sociaux

	Croissance annuelle moyenne des besoins		
	Perspectives démographiques	Évolution historique des heures travaillées	Scénario retenu
Médecin	0,94 %	10 ans : 1,65 % 20 ans : 2,16 %	0,94 %
Infirmière	1,27 %	1,58 %	1,13 %
Infirmière auxiliaire	2,38 %	-2,10 %	2,28 %
Technologue en radio-oncologie	1,54 %	7,69 %	3,00 %
Physicien médical	1,54 %	7,01 %	3,00 %
Biochimiste clinique	1,54 %	1,11 %	2,00 %
Pharmacien	1,78 %		dont
	1,6 %	2,5 %	1,5 % en officine
	(établissements de santé)	(tableau de l'Ordre) 2,9 % (établissements de santé)	et 2,9 % en établissement de santé
Cadre	1,40 %	-2,69 %	1,00 %

En résumé, l'analyse prévisionnelle des besoins en main-d'œuvre a permis de statuer sur les pénuries de main-d'œuvre, l'attrition des effectifs jusqu'en 2016 et un scénario réaliste visant l'évolution des effectifs.

Ces trois éléments permettent, pour chacune des professions étudiées, de déterminer les besoins annuels de recrutement. Ces besoins sont confrontés par la suite au nombre de diplômés qui seraient disponibles si rien n'était changé au nombre de candidats admis dans les divers programmes de formation. Les écarts observés autoriseront de recommander les ajustements nécessaires pour assurer une adéquation entre l'offre et la demande de main-d'œuvre.

Par ailleurs, en marge de l'analyse prévisionnelle proprement dite, diverses autres préoccupations se sont dégagées des discussions du groupe de travail.

3 PRÉOCCUPATIONS COMMUNES

Le projet de planification de la main-d'œuvre se situe dans un contexte qui se caractérise par diverses remises en question majeures. Il coïncide avec le dépôt du rapport d'étape du Groupe de travail ministériel sur les professions de la santé et des relations humaines, qui suggère une vision renouvelée du système professionnel.

Il se situe également en marge d'une réflexion amorcée par les universités et les ordres professionnels sur l'opportunité de rehausser les exigences de formation initiale conduisant à l'exercice de la profession.

Enfin, il s'inscrit à l'intérieur des préoccupations partagées par plusieurs quant à la capacité du réseau public de continuer à fournir des services de qualité dans un contexte où la demande de services a tendance à croître plus rapidement que les ressources déployées pour y répondre.

Le groupe de travail a mis en relief un certain nombre de préoccupations dont les enjeux transcendent les professions prises individuellement. Ces questions se rapportent :

- à l'adéquation entre l'offre et la demande de compétences ;
- aux stages de formation ;
- à l'organisation des services ;
- à l'organisation du travail ;
- aux besoins de remplacement et à la précarisation ;
- aux conditions de travail.

3.1 Adéquation entre l'offre et la demande de compétences

Le tableau 9 présente un aperçu de l'offre de formation, des diplômes donnant droit au permis délivré par les ordres professionnels. Il fournit également certaines informations complémentaires telles que le nombre de crédits par programme et le nombre de nouvelles inscriptions en 1999 et 2000.

Tableau 9

**Programmes de formation et diplômes donnant droit au permis de l'ordre professionnel
ergothérapie, physiothérapie, audiologie et orthophonie ¹
2002**

Établissement	Nom standard du programme	Cycle	Titre du diplôme	Nombre de crédits	Nouvelles inscriptions Automne	
					1999	2000
Ergothérapie						
Laval	Baccalauréat ès sciences de la santé (ergothérapie)	1 ^{er} cycle	Baccalauréat	107	59	66
Montréal	Baccalauréat ès sciences (ergothérapie)	1 ^{er} cycle	Baccalauréat	110	108	96
McGill	Bachelor of Science in Occupational Therapy	1 ^{er} cycle	Baccalauréat	105	53	53
Audiologie et orthophonie						
Montréal	Maîtrise professionnelle en orthophonie	2 ^e cycle	Maîtrise	45	46	49
Montréal	Maîtrise professionnelle en audiologie	2 ^e cycle	Maîtrise	45		
Laval ²	Maîtrise en orthophonie	2 ^e cycle	Maîtrise	66		
McGill	Master of Science (Applied) in Human Communication Disorders	2 ^e cycle	Maîtrise	66	16	28
Physiothérapie						
Laval	Baccalauréat ès sciences de la santé (physiothérapie)	1 ^{er} cycle	Baccalauréat	106	69	69
Montréal	Baccalauréat ès sciences (physiothérapie)	1 ^{er} cycle	Baccalauréat	111	72	70
McGill	Bachelor of Science in Physical Therapy	1 ^{er} cycle	Baccalauréat	105	63	60

1. Le Règlement sur les diplômes délivrés par les établissements d'enseignement désignés qui donnent droit aux permis et aux certificats de spécialistes des ordres professionnels (c. C-26, r. 1.1) du Code des professions précise les diplômes qui donneront ouverture au permis délivré par l'Ordre professionnel des physiothérapeutes du Québec, par l'Ordre des ergothérapeutes du Québec ou par l'Ordre des orthophonistes et audiologistes du Québec.
2. Le programme de maîtrise en orthophonie à l'Université Laval a débuté en 2001.

L'harmonisation entre les programmes de formation et les besoins du marché du travail, dans la mesure où elle est recherchée, pose la question des rapports entre les établissements d'enseignement, les principaux employeurs des diplômés de ces programmes et les ordres professionnels.

La qualité de ces rapports repose sur un ensemble de facteurs qui dépassent largement le seul cadre des dispositions légales existantes. Il apparaît néanmoins utile de les rappeler brièvement :

- plusieurs des professions dans le secteur de la réadaptation physique sont régies par le Code des professions ;
- les diplômes qui donneront ouverture au permis délivré par un ordre professionnel sont déterminés par règlement du gouvernement adopté en vertu du Code des professions ;
- les conventions collectives précisent par ailleurs les exigences minimales au regard des diplômes requis pour les postes offerts. Actuellement, les employeurs du réseau exigent généralement l'appartenance à un ordre professionnel lors de l'embauche. Toutefois, les dispositions des conventions collectives n'obligent pas les salariés à maintenir leur appartenance à l'ordre professionnel ;
- les établissements d'enseignement jouissent d'une large autonomie. Les changements majeurs dans les programmes, du moins ceux qui ont des répercussions budgétaires importantes, font l'objet de discussions et d'ententes par consensus avec le MEQ.

Comme on peut le constater, les trois principaux acteurs (ordres professionnels, employeurs, établissements d'enseignement) disposent individuellement d'une large marge de manœuvre sur le plan décisionnel. Par conséquent, malgré certains mécanismes de consultation, et compte tenu des objectifs d'harmonisation qui doivent exister au-delà des considérations de chacun, il apparaît impératif que les décisions, en particulier dans un contexte de changements rapides, fassent l'objet d'une concertation préalable.

Il n'y a actuellement aucun mécanisme d'échanges formel entre les employeurs, les établissements d'enseignement et les ordres professionnels¹⁶.

3.2 Stages de formation

Les stages de formation représentent une composante importante de l'apprentissage. Dans le cursus universitaire, ils représentent environ 20 % des crédits du programme.

Le financement des stages devrait être assuré sur la base du nombre de crédits liés à la réalisation des stages. Historiquement, différentes pratiques se sont développées en mettant à contribution les établissements.

16. Notons l'existence de « comités de formation » réunissant des représentants des ordres professionnels, de la Conférence des recteurs et des principaux des universités du Québec et du ministère de l'Éducation du Québec.

Un certain nombre de conditions devraient être réunies pour assurer le succès des stages :

- les acteurs, en l'occurrence les établissements d'enseignement, les stagiaires, les superviseurs, les établissements d'accueil, les ministères (MEQ, MSSS), devraient partager une vision des rôles respectifs de chacun, ce qui semble faire défaut de façon plus marquée depuis quelques temps ;
- dans leurs échanges, ces derniers devraient notamment mettre en évidence les avantages que chacun pourrait retirer ; entre autres, le suivi des stages ne devrait pas entraîner une surcharge de travail ;
- ces avantages semblent de moins en moins incitatifs, d'où les difficultés éprouvées par les établissements d'enseignement à trouver des places de stages.

Il faudrait insister sur le rôle des milieux de travail dans la formation de la relève en faisant davantage ressortir l'importance de la formation clinique. Dans cette perspective, il faudrait revoir le rôle, les qualifications et les modes de gratifications rattachés aux superviseurs cliniques en milieu de travail, de même que les différents modes de compensation. En définitive, il apparaît important de trouver des solutions, en particulier dans l'éventualité d'un accroissement des cohortes d'étudiants.

3.3 Organisation des services

La dernière réforme du réseau de la santé et des services sociaux a eu une incidence directe sur l'organisation des services dans le domaine de la réadaptation. La régionalisation des services et le virage ambulatoire augmentent les besoins dans ce secteur d'activité. Par contre, la période de compressions budgétaires qui a accompagné la transformation du réseau n'a pas permis d'assurer le développement des services tel qu'il était désiré.

La régionalisation des services de réadaptation demeure donc partielle. Quelques régions ont amorcé la mise en place de services de réadaptation, notamment celles de la Chaudière-Appalaches et du Saguenay-Lac-Saint-Jean qui sont nouvellement dotées d'un centre de réadaptation en déficience physique.

Quelques régions offrent des services de suppléance pour d'autres régions qui ne sont pas encore en mesure d'offrir les services. Entre autres, dans le cas des services spécialisés de réadaptation, la mobilité régionale des usagers témoigne de situations où ils doivent se déplacer pour recevoir des services dans une autre région. Ces situations portent à croire également que des personnes ayant besoin de services y renoncent en raison de l'absence de ces services dans leur propre région.

Enfin, l'injection de budgets récurrents et non récurrents au cours des deux dernières années atteste la volonté d'investir dans ce secteur. Toutefois, bien que répondant à des besoins criants à court terme, l'octroi de budgets non récurrents peut avoir des effets non désirés sur la main-d'œuvre, entre autres entretenir la précarité d'emploi.

3.4 Organisation du travail

Au sein de l'établissement, les gestionnaires et le personnel disposent d'une certaine marge de manœuvre leur permettant d'entreprendre un examen approfondi des façons de faire en vue d'améliorer la qualité de vie au travail.

Dans le but de réduire les répercussions de la pénurie de main-d'œuvre, dans un contexte où la contrainte des ressources disponibles persistera vraisemblablement quelques années encore, l'établissement peut :

- adopter des modèles d'organisation des soins qui tiennent compte davantage des ressources humaines disponibles, en mettant à profit l'expertise et les compétences d'autres catégories de personnel ;
- réviser la distribution des tâches en conséquence ;
- revoir l'aménagement des lieux de travail, les outils de travail, la structure des postes, les horaires de travail, etc.

Dans cette perspective, l'établissement peut également miser sur la concertation et la collaboration d'autres établissements dans le même secteur, exploiter les possibilités offertes par les conventions collectives actuelles ou faire valoir des ajustements nécessaires aux présentes conventions.

Les instances nationales reconnaissent d'emblée que la gestion de l'organisation du travail constitue une responsabilité dévolue aux établissements. En même temps, elles estiment que l'organisation du travail représente un facteur qui influence et structure la demande globale de main-d'œuvre de façon importante¹⁷.

Si les tendances actuelles se maintiennent et si les conclusions des analyses prévisionnelles se confirment, le présent déséquilibre entre l'offre et la demande de services est appelé à s'accroître dans l'avenir.

La demande de services augmentera, tant en quantité ou en volume sous la pression de la croissance et du vieillissement de la population, qu'en qualité des services sous l'impulsion d'une population à la fois mieux informée et plus exigeante.

L'offre de main-d'œuvre pour rendre ces services pourrait s'avérer insuffisante, notamment en raison de la difficulté grandissante d'attirer un nombre adéquat de candidats et candidates pour entreprendre et compléter des études de plus en plus longues et exigeantes avant d'exercer leur profession dans le réseau. En ce qui concerne la capacité d'attraction des carrières dans le domaine de la santé, il faut reconnaître que l'image du travail dans le réseau public n'a pas toujours été perçue de façon positive.

Tout en reconnaissant la pertinence d'améliorer l'offre de main-d'œuvre grâce à une formation plus poussée, il faudra s'assurer que l'organisation du travail fasse appel à un profil de compétences en relation avec les besoins de la population.

Au palier national, il faudra préciser le rôle des instances nationales en matière d'organisation du travail. Les organismes intéressés (associations d'établissements, ordres professionnels, milieux d'enseignement, ministère de la Santé et des Services sociaux, syndicats) seront invités à se concerter à cet égard.

17. Un modèle d'organisation privilégiant l'utilisation d'une catégorie de main-d'œuvre spécifique se réservant l'ensemble des tâches conduira à de graves pénuries. Un partage inadéquat des tâches dans l'organisation du travail aura également des incidences importantes sur les coûts de main-d'œuvre. Par ailleurs, une meilleure organisation du travail peut contribuer à la solution de situations reconnues comme problématiques : démotivation du personnel, fardeau de tâches trop grand, épuisement professionnel, absences prolongées et cessation d'emploi, etc.

D'emblée, les ordres professionnels dans le secteur de la réadaptation ont tenu à rappeler que les impératifs liés à la protection du public doivent conduire à s'assurer du respect des compétences nécessaires à la qualité des services et que les aménagements apportés dans l'organisation du travail devront en tenir compte. Il faudra également accorder une grande attention aux effets d'une mise en œuvre de la réforme du système professionnel à l'égard des professions à l'étude.

Par ailleurs, les établissements seront invités à revoir leurs modes d'organisation du travail dans une perspective générale d'optimiser les services offerts à la population eu égard aux ressources disponibles, d'accroître la satisfaction au travail du personnel et de préserver à long terme l'accès aux services publics.

3.5 Précarité des emplois

Le groupe de travail est préoccupé par l'augmentation du personnel précaire (à temps partiel occasionnel), particulièrement en physiothérapie, en ergothérapie, en audiologie et en orthophonie, comme le montre le tableau 10.

Tableau 10

**Pourcentage des heures travaillées par le personnel à temps partiel occasionnel (TPO)
au regard des heures travaillées par l'ensemble du personnel selon, la profession,
réseau de la santé et des services sociaux,
1985-1986 à 1999-2000**

	Physiothérapie	Thérapeute en réadaptation physique	Audiologie et orthophonie	Ergothérapie	Spécialiste en orientation et mobilité
1985-1986	14,2	24,9	7,9	12,8	0,0
1986-1987	14,1	28,2	9,8	13,7	4,0
1987-1988	13,9	28,9	10,2	14,3	0,0
1988-1989	14,2	29,3	12,7	16,5	0,0
1989-1990	13,5	28,4	13,7	15,5	5,7
1990-1991	15,9	26,6	14,0	18,2	13,7
1991-1992	18,3	28,4	13,2	19,5	14,8
1992-1993	18,6	23,8	15,6	20,1	11,6
1993-1994	18,6	23,5	14,4	20,4	10,3
1994-1995	19,9	21,8	15,6	22,4	9,1
1995-1996	20,1	22,6	15,8	25,0	12,8
1996-1997	20,5	20,5	18,4	25,6	6,2
1997-1998	22,3	20,9	20,2	28,0	9,3
1998-1999	20,8	22,1	21,4	26,5	7,1
1999-2000	20,5	24,8	20,0	26,7	2,5
Taux de crois- sance annuel moyen 1985-1986 à 1999-2000	5,6	4,9	12,7	13,6	–

Source : MSSS, 2001.

Cette situation est principalement attribuable à une augmentation nette relativement rapide du nombre de personnes travaillant à temps partiel occasionnel par rapport à l'ensemble du personnel. L'augmentation des heures travaillées par poste TPO, qui a aussi compté dans une certaine mesure¹⁸ dans l'augmentation de la contribution des TPO à l'ensemble des heures travaillées, a pratiquement atteint un plafonnement.

Différents motifs peuvent expliquer cette évolution. On a particulièrement évoqué l'incertitude budgétaire à l'origine de l'attitude de prudence à l'égard de la titularisation des postes. L'octroi de budgets non récurrents contribue à renforcer cette politique à l'endroit des ressources humaines.

18. Plus précisément dans une proportion de 29 % en physiothérapie, 13 % en audiologie et orthophonie et 8 % en ergothérapie.

3.6 Conditions de travail

Plusieurs éléments soulevés précédemment entretiennent un rapport étroit avec les conditions de travail et la qualité de vie au travail :

- la pénurie de main-d'œuvre ou le manque d'effectif exerce une pression sur le personnel en place, qui entraîne notamment une certaine insatisfaction et une frustration de ne pas pouvoir répondre adéquatement à la demande des usagers ;
- une organisation du travail déficiente peut produire en définitive les mêmes effets qu'une pénurie de main-d'œuvre : en réduisant l'efficacité des ressources disponibles, elle entraîne une situation où les services offerts s'avèrent insatisfaisants, incomplets, tout en générant une surcharge de travail ;
- la précarité des emplois, qui concerne environ le quart du personnel, est susceptible d'avoir un effet négatif sur les équipes de travail ;
- les remplacements, qui ne sont pas toujours comblés, ajoutent à la pénurie de main-d'œuvre, à l'instabilité des équipes et à la surcharge de travail, autant de facteurs qui, à leur tour, peuvent accroître l'absentéisme et de nouveaux remplacements.

En améliorant les conditions de travail, il serait éventuellement possible de rapatrier des professionnels de la santé, notamment des physiothérapeutes et des orthophonistes travaillant dans le secteur privé. En outre, si un trop grand nombre de finissants choisissent une carrière dans le secteur privé en raison du faible attrait rattaché au secteur public, les difficultés de recrutement du secteur public pourraient perdurer.

Les employeurs disposent d'une certaine marge de manœuvre en matière de conditions de travail. Au palier local, les établissements seront invités à revoir ces conditions, dans la mesure de leurs moyens. Au palier national, le renouvellement des conventions collectives constitue l'occasion et le forum privilégié pour favoriser la mise en place de mesures appropriées à la situation.

L'amélioration des conditions de travail s'est avérée une préoccupation importante des infirmières dans le cadre des travaux de planification de main-d'œuvre dans un contexte de grave pénurie. Certaines mesures proposées pourront éventuellement être adaptées au personnel en réadaptation. Il y a lieu, en cette matière, de suivre de près l'évolution des travaux en cours du côté des infirmières et de voir à adopter les mesures qui pourraient être pertinentes aux effectifs en réadaptation physique.

En conclusion, nous avons vu dans cette première partie, que le secteur de la réadaptation physique représentait un domaine d'interventions relativement jeune, dynamique, non seulement au Québec mais également dans les autres provinces canadiennes, dont la croissance accélérée des effectifs s'est accompagnée de pénuries de main-d'œuvre qui ont perduré tout au long de la période étudiée (1985-2001) et qui touchent encore la plupart des professions visées.

Elle a également présenté une vue d'ensemble des besoins en main-d'œuvre liés à la résorption des pénuries, aux remplacements des départs par attrition et à la croissance de la demande de main-d'œuvre, en portant une attention plus particulière aux différents scénarios de croissance envisagés. Un scénario de croissance de la demande de main-d'œuvre de 3 % par année a été retenu. Cette hypothèse de croissance des besoins appellera une augmentation parfois substantielle des admissions dans certains programmes de formation (ergothérapie, orthophonie, physiothérapie).

En marge de l'analyse prévisionnelle de main-d'œuvre, diverses préoccupations communes à l'ensemble des professions visées ont été mises en relief, en particulier des problèmes liés :

- au volet qualitatif de l'adéquation entre l'offre et la demande de compétences, en soulignant l'importance d'instaurer un dialogue entre les parties intéressées ;
- aux difficultés de trouver des places de stages en nombre suffisant ;
- à l'organisation des services de réadaptation physique, en voie de consolidation dans l'ensemble des régions du Québec ;
- à l'organisation du travail, qui apparaît de plus en plus comme un champ d'interventions permettant à la fois d'améliorer la qualité de vie au travail et de réduire les effets des pénuries actuelles et appréhendées de main-d'œuvre ;
- à la précarisation des emplois, en augmentation constante depuis plusieurs années ;
- aux conditions de travail à revoir tant au palier local que national, en vue de valoriser la satisfaction au travail et la mobilisation des ressources.

Ces préoccupations se répercutent sous forme de recommandations dans le plan d'action.

La partie II présente l'analyse prévisionnelle des besoins annuels en matière de recrutement jusqu'en 2016. Rappelons que ces besoins sont mis en parallèle avec le nombre de diplômés attendus et donnent lieu à des recommandations sur les ajustements nécessaires pour répondre aux besoins.

planification de la main-d'œuvre dans le secteur de la réadaptation physique



Partie 2 : Analyse prévisionnelle par profession

PARTIE II ANALYSE PRÉVISIONNELLE PAR PROFESSION

La présente partie du rapport est consacrée à l'application du modèle de projection à chacune des professions visées, qui font l'objet des différentes sections :

- Section 1 Physiothérapeutes
- Section 2 Thérapeutes en réadaptation physique
- Section 3 Ergothérapeutes
- Section 4 Audiologistes
- Section 5 Orthophonistes
- Section 6 Spécialistes en orientation et mobilité et Agents de réadaptation en déficience visuelle
- Section 7 Autres catégories d'emploi¹⁹.

La démarche méthodologique utilisée a été brièvement expliquée en début de rapport alors qu'une description plus détaillée de l'approche est présentée à l'annexe 1. Il est à noter toutefois que chaque section comporte suffisamment de notices explicatives pour assurer une compréhension et une lecture autonome.

Rappelons, enfin, que les résultats de l'analyse se répercutent dans le plan d'action qui constitue la troisième partie du rapport.

19. Il s'agit des techniciens en éducation spécialisée, des techniciens en orthèses-prothèses et des neuropsychologues. Ces professions feront l'objet d'une analyse plus approfondie dans le cadre du suivi du processus de planification.

SECTION 1 PHYSIOTHÉRAPEUTES

DESCRIPTION SOMMAIRE DE LA PROFESSION

La contribution des physiothérapeutes est basée sur l'évaluation et le traitement des problèmes qui influent sur la fonction physique des individus, plus spécifiquement les déficiences des systèmes neurologiques, musculosquelettiques et cardiorespiratoires.

L'évaluation physiothérapeutique a pour objet de définir la nature, le degré et l'effet de toute déficience ou incapacité de la fonction physique, ainsi que la dysfonction à l'origine de ces problèmes. Cette démarche analytique se conclut par l'orientation du traitement avec un plan de traitement approprié à la condition. Les buts du traitement sont notamment de diminuer la douleur, réduire l'inflammation, améliorer le contrôle moteur, l'amplitude articulaire, l'équilibre, le tonus, la coordination, la force, l'endurance et la souplesse musculaire nécessaires à la posture et à la fonction physique.

Les physiothérapeutes possèdent les compétences suivantes dès l'entrée à la pratique, soit la responsabilité professionnelle, l'évaluation physiothérapeutique du patient, la planification de l'intervention, la prestation des soins et l'évaluation de l'intervention physiothérapeutique, la communication et la pratique interdisciplinaire, l'organisation des services de physiothérapie. Les physiothérapeutes peuvent exercer divers rôles professionnels tels que la consultation, l'enseignement, la recherche et la gestion.

PROGRAMME DE FORMATION

Le physiothérapeute possède une formation scientifique universitaire d'une durée normale de trois ans et demi, incluant des stages pratiques en clinique. Au Québec, trois universités offrent le baccalauréat en physiothérapie, soit celles de Montréal, Laval et McGill. Le physiothérapeute doit détenir l'un ou l'autre des diplômes suivants :

- baccalauréat spécialisé en physiothérapie de la Faculté de médecine de l'Université de Montréal (programme de 111 crédits) ;
- baccalauréat en sciences de la santé de la Faculté de médecine de l'Université Laval (programme de 106 crédits) ;
- Bachelor of Science in Physical Therapy de l'Université McGill (programme de 105 crédits).

Le physiothérapeute peut également poursuivre sa formation universitaire après le baccalauréat, des programmes de maîtrise et de doctorat étant offerts.

DURÉE DU PROGRAMME DE FORMATION

La durée du programme de formation donnant droit au permis de pratique pourrait changer au cours de la période de projection.

Un nombre grandissant de physiothérapeutes sentent le besoin de poursuivre leurs études ou de s'inscrire à des cours complémentaires. Le nombre de crédits du programme de baccalauréat est de plus en plus élevé à l'intérieur d'un cursus de trois ans englobant normalement 90 crédits (par exemple, Université de Montréal, 111 crédits, Université Laval, 106 crédits).

En 2002, les États-Unis adopteront la maîtrise professionnelle comme niveau minimum de formation pour l'exercice de la physiothérapie par les physiothérapeutes.

À compter du 1^{er} janvier 2002, la commission étasunienne chargée de l'accréditation des programmes de formation en physiothérapie (la U.S. Commission on Accreditation in Physical Therapy Education ou CAPTE) n'accréditera plus les programmes de baccalauréat en physiothérapie. Ainsi, les programmes universitaires canadiens n'offrant que le baccalauréat en physiothérapie ne seront pas admissibles à l'accréditation de la CAPTE. Les responsables de cinq programmes de formation en physiothérapie auraient annoncé leur intention de se conformer aux nouvelles exigences étasuniennes et de passer à la maîtrise professionnelle d'ici 2004. Les principaux promoteurs canadiens du projet¹ exigent que la maîtrise professionnelle devienne la norme d'ici 2010 ou plus tôt.

Il est probable que, si les universités québécoises emboîtent le pas, des variations seront enregistrées dans le nombre des admissions et des diplômés. Pour le moment, il demeure prématuré de tenir compte de ces éventuelles modifications.

DISPONIBILITÉ DES PLACES DE STAGES

La perspective d'une augmentation des admissions pose le problème de la capacité d'accueil des institutions d'enseignement, mais également de la capacité d'augmenter les places de stages.

1. En particulier la Canadian Alliance of Physiotherapy Regulators. Pour davantage d'information sur le sujet, on peut consulter *Let's discuss physiotherapy entry-level education in Canada Issues, options and models*, Discussions papers, National Physiotherapy Advisory Group, mai 2001. Document accessible par Internet à l'adresse suivante : <http://www.alliancept.org/bulletins/education/projet.html>

Tableau 1

Nombre de stages et de crédits par stage

	Université de Montréal	Université Laval	Université McGill
Stage clinique 1	4	1	
Stage clinique 2	5	4	6
Stage clinique 3	5	4	6
Stage clinique 4	5	4	3
Stage clinique 5	6	3	3
Stage clinique 6	6	6	
Nombre de crédits	31	22	18
Nombre d'heures	1 200	1 015	1 050
Total des crédits	111	106	105
Stages (%)	28 %	21 %	17 %

Les stages qui semblent poser le plus de problèmes sont ceux de fin d'études ou d'intégration (5 et 6).

Ainsi, en considérant :

- que depuis quelques années les cliniques privées représentent entre 50 % et 60 % des lieux d'intégration au marché du travail des diplômés en physiothérapie ;
- que les établissements de santé publics représentent par conséquent des employeurs potentiels moins importants ;
- que ces derniers ont une charge de travail plus lourde et un intérêt plus mitigé à accueillir de futurs recrues ;
- que les cliniques privées paraissent peu disposées à consacrer des efforts d'encadrement et d'enseignement auprès de futurs diplômés ;
- que les dispositions administratives et budgétaires rattachées aux stages paraissent poser divers problèmes que plusieurs intervenants souhaiteraient voir se dissiper,

le groupe de travail est d'avis qu'il y a lieu d'examiner de façon plus approfondie l'ensemble des problèmes liés aux stages et de trouver les mesures appropriées.

CADRE LÉGAL

Pour utiliser le titre de physiothérapeute, la personne doit être membre de l'Ordre professionnel des physiothérapeutes du Québec (OPPQ).

Selon l'article 36 n) du Code des professions, « nul ne peut de quelque façon utiliser le titre de « physiothérapeute » ou de « Physical Therapist », ni un titre ou une abréviation pouvant laisser croire qu'il l'est, ni l'abréviation « pht » ou s'attribuer des initiales pouvant laisser croire qu'il l'est ou les initiales « P.T. » s'il n'est titulaire d'un permis valide à cette fin et s'il n'est inscrit au tableau de l'Ordre professionnel des physiothérapeutes du Québec ».

Selon les termes du Code des professions, le physiothérapeute peut « poser tout acte thérapeutique qui a pour objet d'obtenir le rendement fonctionnel maximum d'une personne par des exercices physiques, par la thérapie manuelle ou par l'utilisation de moyens physiques tels que l'électrothérapie ou l'hydrothérapie » (article 37 n).

Pour porter le titre de physiothérapeute, on doit avoir obtenu un baccalauréat en sciences de la santé, option physiothérapie, dans une université canadienne, avoir une connaissance du français appropriée à l'exercice de la profession et être membre de l'Ordre professionnel des physiothérapeutes du Québec, l'organisme qui régit la profession au Québec.

Depuis janvier 1990, la population québécoise peut accéder directement aux services de physiothérapie rendus par les physiothérapeutes. Cette disposition reconnaît aux physiothérapeutes le droit d'intervenir en première ligne et juger si des informations supplémentaires sont nécessaires avant d'entreprendre des traitements de physiothérapie.

En cabinet privé et en CLSC, les physiothérapeutes ne demandent pas une référence médicale pour ouvrir un dossier de physiothérapie et procéder à l'évaluation et au traitement d'une personne. Cependant, une référence médicale est requise pour accéder aux services qu'offrent les physiothérapeutes dans le réseau hospitalier public.

Les physiothérapeutes constituent un corps professionnel dont la compétence et la déontologie sont surveillées par des mécanismes stricts garantissant ainsi la protection du public qui les consulte.

LIEUX DE PRATIQUE

Les physiothérapeutes pratiquent dans les établissements du réseau de la santé et des services sociaux dans une proportion d'environ 54 % (1 775), soit principalement en centres hospitaliers (plus de 1 100), mais également en

établissements de réadaptation (plus de 180), en centres d'hébergement et de soins de longue durée (plus de 170) et en CLSC (plus de 260). Ils peuvent également dispenser des soins à domicile.

La plupart des autres physiothérapeutes (plus de 1 600) travaillent en cliniques privées. On retrouve également des physiothérapeutes dans les écoles pour enfants handicapés, comme consultants dans les industries, les entreprises et les organismes publics et privés ou encore dans la recherche et l'enseignement. Il faut noter qu'il n'est pas rare qu'un physiothérapeute travaille dans plus d'un milieu.

1 OFFRE DE MAIN-D'ŒUVRE

La première étape de la démarche de planification de la main-d'œuvre consiste à déterminer l'offre de physiothérapeutes au Québec, répartis selon le groupe d'âge, le sexe et le statut d'emploi (temps complet, temps partiel).

L'offre de main-d'œuvre est composée des physiothérapeutes en emploi, auxquels il convient d'ajouter, le cas échéant, les physiothérapeutes disponibles, c'est-à-dire ceux en chômage, ceux travaillant dans un autre domaine et désirant travailler en physiothérapie ou encore ceux travaillant à temps partiel et souhaitant travailler davantage.

1.1 Effectif en emploi

Le tableau 2 présente une estimation de la répartition des 3 299 physiothérapeutes en exercice au Québec au 31 mars 2001 à partir des hypothèses qui suivent.

Tableau 2
Physiothérapie
Distribution de l'effectif selon le groupe d'âge, le sexe et le statut,
au 31 mars 2001

Groupe d'âge	Femmes		Hommes		Total
	Temps partiel	Temps complet	Temps partiel	Temps complet	
20-24 ans	54	73	6	11	144
25-29 ans	162	328	35	63	588
30-34 ans	218	344	15	50	627
35-39ans	166	358	26	81	631
40-44 ans	136	294	28	73	531
45-49 ans	103	224	8	43	378
50-54 ans	78	137	0	21	236
55-59 ans	40	77	0	5	122
60-64 ans	12	17	0	0	29
65 ans et plus	5	8	0	0	13
Total	974	1 860	118	347	3 299

Source : effectifs estimés à partir des banques de données du MSSS et des membres inscrits au tableau de l'Ordre.

L'estimation du nombre de physiothérapeutes en exercice tient compte du nombre de physiothérapeutes dans le réseau de la santé et des services sociaux et de ceux en pratique privée.

On compte 1 888 postes dans le réseau². Cependant, un physiothérapeute peut occuper plus d'un poste. Un facteur individu/poste de 94 % a été calculé de sorte que l'on compterait 1 775 physiothérapeutes (individus) dans le réseau.

Selon les données de l'OPPQ, il y aurait 1 698 physiothérapeutes en pratique privée au Québec. La possibilité qu'un physiothérapeute travaillant à temps partiel dans le réseau puisse également pratiquer en clinique privée (ou l'inverse), produisant un double comptage, est estimé à 5 %.

Par ailleurs, la distribution selon le groupe d'âge, le sexe et le statut de l'effectif a été déduite de la distribution des effectifs du réseau et des données de l'Ordre portant sur ses membres selon le groupe d'âge.

1.2 Effectif disponible

Trois sources de données ont été utiles pour évaluer la disponibilité de la main-d'œuvre sur le marché :

- l'analyse des enquêtes Relance menées par le MEQ auprès des diplômés, qui font notamment état du taux d'intégration des nouveaux diplômés deux ans après leur promotion ;
- le résultat de l'enquête sur les postes vacants dans les établissements du réseau de la santé et des services sociaux ;
- l'analyse des niveaux d'activité des effectifs à temps partiel en emploi dans le réseau de la santé et des services sociaux.

2. Les 1 888 postes, tous statuts confondus, équivalent à 1 329 postes à temps complet (ETC).

LES ENQUÊTES RELANCE AUPRÈS DES DIPLÔMÉS

Les enquêtes successives du ministère de l'Éducation auprès des diplômés en physiothérapie deux ans après l'obtention de leur diplôme offrent la possibilité d'évaluer la tendance historique du taux d'intégration des diplômés et permettent la comparaison avec la performance d'autres disciplines.

Tableau 3

**Situation des personnes diplômées en physiothérapie
en janvier 1994, 1997, 1999 et 2001
des promotions de 1992, 1994, 1997 et 1999**

	Promotion de 1992 en 1994	Promotion de 1994 en 1997	Promotion de 1997 en 1999	Promotion de 1999 en 2001
Personnes diplômées (nombre)	176	195	171	162
Taux de réponse (%)	58,5	69,2	62,6	63,6
En emploi (%)	93,2	91,1	87,9	83,5
À la recherche d'un emploi (%)	0,0	0,0	0,0	1,0
Aux études (%)	3,9	5,2	9,3	14,6
Personnes inactives (%)	3,9	3,7	0,9	1,0
À temps plein (%)	95,8	87,0	93,6	93,0
En rapport avec la formation (%)	100	98,1	100	100
À temps partiel (%)	4,2	13,0	6,4	7,0
En rapport avec la formation (%)	75,0	100	100	

Source : MEQ, Relance à l'université, compilation spéciale, 2001.

En ce qui concerne la tendance historique, on constate une légère diminution du taux global d'intégration au marché du travail après l'obtention du baccalauréat, essentiellement attribuable à la propension croissante des nouveaux diplômés à poursuivre des études (3,9 % en 1994, 5,2 % en 1997, 9,3 % en 1999 et 14,6 % en 2001).

Les autres diplômés sont en emploi, pour la vaste majorité à plein temps (93,6 % en 1999, 93 % en 2001), dans leur domaine de formation.

En définitive, pratiquement tous les diplômés des dernières promotions seraient actifs dans leur domaine, ce qui constitue un indicateur de la faible probabilité de trouver une main-d'œuvre excédentaire disponible en physiothérapie.

On constate que, parmi les nouveaux diplômés en emploi, un certain nombre travaillent à temps partiel. Toutefois, leur nombre peu élevé permet difficilement de dégager des tendances significatives.

ENQUÊTE SUR LES POSTES VACANTS

Par ailleurs, l'enquête menée au printemps de 2001 sur les postes vacants dans le réseau de la santé et des services sociaux révèle que :

- 1,7 % des postes de physiothérapeutes étaient vacants, soit 37 postes dans l'ensemble du réseau ;
- 0,9 % des postes demeuraient en recrutement actif trois mois après la fin de l'affichage externe - il s'agirait de 20 postes.

Dans un contexte de pénurie de main-d'œuvre, il est généralement plus difficile de combler un poste « temporairement » dépourvu de titulaire que de combler un poste régulier. Or, l'enquête montre un taux de postes temporairement dépourvus de titulaire particulièrement élevé³ (15,9 %).

Ces données confirment l'absence de disponibilité de main-d'œuvre sur le marché. Cette situation paraît d'autant plus préoccupante que la demande potentielle de physiothérapeutes, pour peu que les établissements disposent des ressources budgétaires, s'avérerait importante comme l'indique la même enquête. Ainsi, le nombre de postes supplémentaires requis pourrait s'élever à plus de 439 dans l'ensemble des établissements du réseau⁴.

DISPONIBILITÉ DES PHYSIOTHÉRAPEUTES À TEMPS PARTIEL

Le niveau d'activité des ressources professionnelles, qui peut se traduire par le nombre d'heures travaillées en moyenne durant l'année, représente une variable importante de la demande de main-d'œuvre et une bonne indication de la disponibilité relative de l'offre de main-d'œuvre⁵.

La contribution des physiothérapeutes à temps partiel dans le réseau est passée de 30 % des heures travaillées régulières en 1985-1986 à 40 % en 1999-2000. Cette évolution résulterait à la fois d'une augmentation de la proportion d'employés à

3. Soit 128 postes chez les établissements recensés ou 312 postes si l'on extrapole à l'ensemble des établissements. Considérant que 98 postes sont comblés par assignation temporaire, 30 postes ne seraient pas comblés ou 73 si l'on extrapole à l'ensemble des établissements.

4. Soit 180 postes pour 41 % des établissements.

5. Les données sur le niveau d'activité des physiothérapeutes en pratique privée ne sont pas disponibles. Le groupe de travail a estimé que 70 % des physiothérapeutes en pratique privée travaillaient à plein temps et 30 % à temps partiel.

temps partiel, d'une augmentation des heures travaillées par poste à temps partiel et d'une diminution des heures travaillées par poste régulier, comme le montre le tableau 4.

Tableau 4
Évolution des heures travaillées par poste et selon le statut
dans le réseau de la santé et des services sociaux
de 1985-1986 à 1999-2000

	Temps complet régulier	Temps partiel régulier	Temps partiel occasionnel
1985-1986	1 341	793	680
1986-1987	1 358	805	748
1987-1988	1 359	827	783
1988-1989	1 350	857	763
1989-1990	1 291	852	852
1990-1991	1 241	781	825
1991-1992	1 217	818	826
1992-1993	1 270	845	846
1993-1994	1 301	860	839
1994-1995	1 304	855	825
1995-1996	1 275	888	800
1996-1997	1 256	856	788
1997-1998	1 282	889	768
1998-1999	1 265	871	778
1999-2000	1 264	905	843

Source : ministère de la Santé et des Services sociaux, 2001.

Ainsi, en 1999-2000, les physiothérapeutes à temps partiel régulier (905 heures) accomplissaient 72 % des heures d'un physiothérapeute à temps complet régulier (1 264 heures). La proportion des heures de travail des employés à temps partiel occasionnel correspondait quant à elle 67 % (843 heures). La contribution de ces derniers s'élevait à 852 heures en 1989-1990. Un relèvement à ce niveau représenterait toutefois un apport supplémentaire marginal (l'équivalent de 3,5 postes à temps complet régulier).

Par ailleurs, il ne faudrait pas conclure que l'on pourrait dégager la pleine disponibilité du personnel travaillant à temps partiel si l'on considère qu'une

certaine proportion des physiothérapeutes, comme du reste d'autres catégories de professionnels, ne peuvent pas ou ne souhaitent pas travailler à temps complet.

La diminution des heures travaillées par le personnel à temps complet régulier et l'augmentation des besoins en personnel à temps partiel pourraient s'expliquer par une augmentation des absences prolongées au sein du personnel à temps complet régulier, nécessitant en contrepartie davantage de personnel à temps partiel.

Dans l'ensemble, la grande majorité des catégories de congé sont soit stables dans le temps, soit prévisibles ou encore de faible importance quant à la durée ou au nombre d'utilisateurs. Toutefois, parmi l'ensemble des congés, la catégorie « assurance salaire » a particulièrement attiré l'attention au cours des dernières années. La situation peut s'avérer critique lorsque le pourcentage d'utilisation augmente (*a fortiori* lorsque le groupe est important) et que la durée moyenne du congé augmente.

On sait que le MSSS a rendu public récemment un plan d'action 2001-2004 qui propose des pistes de solutions pour le dépistage, la prévention, le traitement et le prompt retour au travail des personnes touchées, entre autres par des problèmes de santé psychologique provoqués par la surcharge de travail ou par une organisation du travail déficiente. Il se dégage un consensus pour accentuer les efforts afin de mieux gérer les présences, en particulier grâce à une meilleure organisation du travail et une plus grande disponibilité de main-d'œuvre, cette disponibilité se trouvant limitée pour le moment.

1.3 Pénurie initiale

Les indications à la disposition du groupe de travail permettent d'avancer que le Québec se trouve actuellement dans une situation se rapprochant du plein emploi pour ce qui concerne les physiothérapeutes. Par exemple, les difficultés de trouver du personnel pour le remplacement des départs temporaires témoignent d'une situation où les marges de manœuvre sont limitées pour les employeurs.

L'enquête sur les postes vacants auprès de 124 établissements du réseau menée au printemps de 2001 indique par ailleurs qu'il y aurait quelque 37 postes vacants (statuts confondus) dans les établissements du réseau⁶. Parmi ces derniers, une vingtaine de postes étaient en recrutement actif depuis 90 jours et plus après la fin de l'affichage externe.

6. Les établissements ayant répondu regroupent 41 % des effectifs en physiothérapie du réseau. En postulant que ces derniers sont représentatifs, les 15 postes vacants déclarés représenteraient 37 postes à l'échelle du réseau.

Une autre approche pour estimer la pénurie consisterait à fixer une année repère au cours de laquelle l'offre de physiothérapeutes apparaissait adéquate pour répondre à la demande (équilibre offre-demande) et à comparer cette année repère avec la situation actuelle à l'aide des mêmes paramètres, en l'occurrence les heures travaillées (la demande de travail) et le nombre de postes (l'offre). On a considéré que l'année 1997-1998 représentait cette année repère où la situation paraissait plus équilibrée ou plus « confortable » en matière de marge de manœuvre.

Ainsi, comme le montre le tableau 5, pour une demande de 2 049 885 heures de travail, à raison de 1 046,9 heures par poste (tous statuts confondus), il aurait théoriquement fallu 1 958 physiothérapeutes en 1999-2000, soit 70 de plus que les 1 888 enregistrés cette même année pour répondre à la demande.

Tableau 5

**Ajustement théorique de la demande par poste tous statuts confondus
de 1997-1998 à 1999-2000**

	Offre	Demande	Heures par poste
1997-1998 (réel)	1 794	1 878 263	1 046,9
1999-2000 (réel)	1 888	2 049 885	1 085,7
Demande 1999-2000 heures par poste (extrapolé)	1 958	2 049 885	1 046,9
Écart	+ 70		

Le groupe de travail a retenu cette approche. En 2001, on estime en conséquence la pénurie initiale à 70 physiothérapeutes.

2 PROJECTION DE L'ATTRITION

La deuxième étape de la démarche de planification de la main-d'œuvre a consisté à estimer l'attrition annuelle des physiothérapeutes jusqu'en 2016. Il s'agit plus précisément d'effectuer la projection des départs pour retraite, décès ou cessation d'emploi. On entend par « cessation d'emploi » toute situation où une personne quitte définitivement son emploi de physiothérapeute pour des raisons autres que la retraite ou le décès. La projection vise l'ensemble des effectifs en physiothérapie (secteurs privé et public).

2.1 Départs selon le statut d'emploi

Parmi les quelque 3 299 diplômés en physiothérapie en emploi au Québec, on prévoit entre 57 et 62 départs annuellement au cours des cinq prochaines années. Le nombre augmente graduellement par la suite pour atteindre près de 100 départs en 2016.

Le modèle de projection applique aux effectifs répartis selon le groupe d'âge et le sexe les taux d'attrition établis à partir des taux retenus par la Commission administrative des régimes de retraite et d'assurance (CARRA) et d'un fichier de participants au Régime de retraite des employés du gouvernement et des organismes publics (RREGOP).

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

À partir d'une évolution faisant en sorte qu'un plus grand nombre de personnes puissent travailler à plein temps (en l'occurrence en cas de rareté ou de pénurie de personnel), trois hypothèses ont été envisagées :

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

Le groupe de travail a convenu de considérer la première hypothèse comme la plus plausible, soit le maintien des statuts actuels.

2.2 Projection des départs

Le tableau 6 présente les résultats de la projection initiale des départs parmi l'effectif en physiothérapie de 2000 à 2016.

Un certain nombre de départs se font du secteur public vers le secteur privé et inversement. Ainsi, il apparaît approprié d'appliquer un facteur multiplicatif aux cessations d'emploi moyennes afin de tenir compte des mouvements de personnel du secteur public vers le secteur privé. Il ne s'agit donc pas de départs comme tels, mais plutôt de mobilité interne d'un groupe à l'autre. Rappelons que les taux de cessations d'emploi enregistrés par la CARRA concernent le personnel qui quitte le réseau public et que ces taux sont appliqués ici à l'ensemble des physiothérapeutes. Comme ils travaillent dans une proportion d'environ 50 % dans le secteur privé, il est apparu réaliste d'appliquer un facteur multiplicatif de 0,5 au nombre de départs pour cessations d'emploi enregistrés initialement par le modèle.

Tableau 6
Projection des départs de l'effectif initial en physiothérapie
de 2001 à 2016

	Retraites	Décès	Cessations d'emploi	Total des départs
2001	27,7	3,7	25,4	56,8
2002	29,6	3,8	23,9	57,3
2003	32,5	3,9	22,4	58,8
2004	36,6	4,0	21,0	61,5
2005	38,2	4,1	19,7	62,0
2006	41,7	4,2	18,6	64,5
2007	46,6	4,3	17,5	68,4
2008	51,4	4,4	16,6	72,4
2009	60,1	4,5	15,7	80,3
2010	64,1	4,5	14,7	83,3
2011	67,0	4,6	13,8	85,4
2012	68,8	4,6	12,9	86,3
2013	71,3	4,6	12,1	88,0
2014	72,2	4,6	11,4	88,1
2015	79,3	4,6	10,5	94,3
2016	83,9	4,6	9,7	98,2
Total	871,0	68,8	265,8	1 205,6

Note – Le total ne correspond pas nécessairement à la somme des parties, les données ayant été arrondies.

Les quelque 57 départs projetés en 2001 selon le modèle peuvent être indirectement comparés aux données de l'Ordre portant sur les radiations pour non-paiement et sur les réinscriptions.

Au cours des trois dernières années (1998-1999, 1999-2000 et 2000-2001), on a enregistré 385 départs (radiations pour non-paiement), soit en moyenne 128 départs annuellement. Certains de ces départs sont temporaires et d'autres, définitifs. Les réinscriptions donnent un aperçu des départs temporaires. Elles ont atteint 70 en moyenne au cours de la période, ce qui suggère que les départs définitifs pourraient se situer autour de 58 par année. Le nombre annuel de départs peut être interprété comme étant le nombre de physiothérapeutes à former pour maintenir l'effectif.

Retenons en définitive qu'en 2001 il faudrait combler une pénurie initiale de 70 physiothérapeutes et assurer le remplacement de 57 autres ayant quitté la profession. Il faudra également en former d'autres pour répondre à la croissance de la demande de services, objet de la prochaine étape.

3 ESTIMATION DES BESOINS EN MAIN-D'ŒUVRE ET DE RECRUTEMENT

La troisième étape de la démarche a consisté à circonscrire l'évolution des besoins en main-d'œuvre.

INDICE D'ÉVOLUTION DES BESOINS

Les besoins de recrutement tiennent compte de la résorption de la pénurie initiale et du remplacement des départs évalués à l'étape précédente, ainsi que d'un taux de croissance annuel moyen pour répondre aux besoins de la population.

En ce qui concerne le taux de croissance annuel moyen, trois scénarios ont été pris en considération. Chacun des scénarios comporte implicitement le besoin de combler la pénurie initiale de 70 physiothérapeutes.

SCÉNARIO A : CROISSANCE ANNUELLE MOYENNE DE 1,72 %

Le scénario A tient compte de l'effet de la croissance et du vieillissement de la population sur les besoins en main-d'œuvre des établissements employeurs, selon les estimations du MSSS⁷. Il correspond au maintien dans le réseau des services actuels par habitant.

Ce scénario s'appliquerait à l'ensemble des effectifs du réseau et en cliniques privées. Il ne tient cependant pas compte des efforts qui pourraient être requis pour rehausser le niveau actuel des services, par exemple dans certaines régions moins bien pourvues en physiothérapeutes, ou encore d'une volonté d'accroître les services courants en physiothérapie dans le secteur public, notamment les services de maintien à domicile auprès des personnes âgées.

7. Estimation des besoins en main-d'œuvre liés à l'évolution démographique de la population, MSSS, mai 2001.

SCÉNARIO B : CROISSANCE ANNUELLE MOYENNE DE 2,8 %

Le scénario B correspond à la poursuite du taux de croissance des heures travaillées par les effectifs en physiothérapie dans le réseau de 1985-1986 à 1999-2000.

ANALYSE RÉTROSPECTIVE

Le taux de croissance des effectifs au Québec a été de 6,2 % de 1988 à 1997 selon les données compilées par l'Institut canadien en santé (ICIS) à partir des informations fournies par l'OPPQ.

Tableau 7

**Taux de croissance annuel moyen de dix professions
dans le domaine de la santé au Québec, en Ontario et au Canada
de 1988 à 1997**

	Québec	Ontario	Canada
Ergothérapeutes	9,08	13,63	9,56
Physiothérapeutes	6,20	3,56	4,63
Inhalothérapeutes	4,62	7,18	6,17
Pharmaciens	2,91	3,57	3,07
Dentistes	2,40	1,75	1,87
Optométristes	2,02	2,49	2,58
Infirmiers	1,40	- 0,23	0,62
Médecins	1,32	0,87	1,18
Infirmiers auxiliaires	- 1,04	- 0,06	0,62
Techniciens de laboratoire	- 5,76	0,25	- 1,27

Source : Institut canadien d'information en santé (ICIS), Base de données sur le personnel de santé, *Personnel de santé au Canada 1988-1997*, 2000.

Par ailleurs, pour la période couvrant les années 1985-1986 à 1999-2000, le nombre de membres de l'Ordre est passé de 1 586 à 3 260, selon un taux de croissance moyen de 5,3 %. Les membres de l'Ordre ont ainsi augmenté en moyenne de 119 par année.

Quelle que soit la période de référence, il s'agit d'un taux beaucoup plus élevé que celui de la population, ce qui a fait en sorte que le nombre d'habitants par physiothérapeute a diminué considérablement au Québec comme dans le reste du Canada, comme le montre le tableau 8.

Tableau 8
Nombre d'habitants par physiothérapeute actif au Canada
selon la province,
1988, 1992, 1996 et 1997

	1988	1992	1996	1997	Taux de croissance 1988-1997
Terre-Neuve	5 757	4 150	3 146	3 568	-5,46
Île-du-Prince-Édouard	4 333	4 248	2 786	3 253	-3,24
Nouvelle-Écosse	3 450	2 526	2 328	2 274	-4,74
Nouveau-Brunswick	3 556	2 742	2 190	2 049	-6,32
Québec	3 845	3 004	2 429	2 380	-5,47
Ontario	2 680	2 273	2 212	2 222	-2,10
Manitoba	3 026	2 445	2 350	2 282	-3,19
Saskatchewan	3 295	2 867	2 466	2 239	-4,39
Alberta	2 103	1 792	1 743	1 698	-2,41
Colombie-Britannique	1 993	1 791	1 658	1 561	-2,75
Canada	2 831	2 353	2 146	2 101	-3,37

Source : Institut canadien d'information en santé (ICIS), Base de données sur le personnel de santé, *Personnel de santé au Canada 1988-1997*, 2000.

On peut observer que le Québec et les provinces Atlantiques (Terre-Neuve, Nouvelle-Écosse et Nouveau-Brunswick surtout) ont entrepris un rattrapage par rapport aux autres provinces.

Le Québec, avec un rapport de 2 380:1, se rapproche passablement de l'Ontario (2 222:1). Pour que le Québec puisse enregistrer un rapport analogue, il faudrait ajouter 219 physiothérapeutes.

Il faut prendre en considération qu'au Québec 1 500 thérapeutes en réadaptation physique travaillent dans le secteur de la physiothérapie, soit 573 en cliniques privées et près de 1 000 en établissements de santé publics.

Notons que certaines provinces forment des assistants techniciens en physiothérapie (Rehabilitation Assistants in Physiotherapy) sur la base d'un programme de formation de dix mois à un an. Aux États-Unis, le programme est d'une durée de deux ans (on compte 274 programmes accrédités dans 44 États). La Colombie-Britannique et l'Ontario s'approprient à suivre le modèle étasunien (formation de deux ans).

FACTEURS DE CROISSANCE HISTORIQUE

Quels sont les facteurs qui expliquent la croissance des effectifs en physiothérapie au Québec au cours des quinze dernières années ? L'un d'entre eux est sans doute le développement important des cliniques privées au cours de la période.

En postulant que les effectifs en pratique privée, pour lesquels on ne dispose pas de séries chronologiques, correspondent aux membres de l'Ordre, sauf ceux qui travaillent dans le réseau public de la santé, on constate que la croissance annuelle moyenne des effectifs dans le secteur privé pourrait avoir été approximativement de 11 % comme le montre le tableau 9.

Tableau 9

Hypothèse d'évolution des effectifs dans le secteur privé

	Membres de l'Ordre	Effectifs du réseau public de la santé	Effectifs en cliniques privées (Extrapolés)
1985-1986	1 586	1 282	304
1986-1987	1 665	1 293	372
1987-1988	1 791	1 365	426
1988-1989	1 935	1 416	519
1989-1990	2 056	1 366	690
1990-1991	2 396	1 454	942
1991-1992	2 247	1 548	699
1992-1993	2 563	1 590	973
1993-1994	2 661	1 707	954
1994-1995	2 797	1 720	1 077
1995-1996	2 943	1 737	1 206
1996-1997	3 003	1 740	1 263
1997-1998	3 077	1 794	1 283
1998-1999	3 137	1 841	1 296
1999-2000	3 260	1 888	1 372
%	5,3 %	2,8 %	11,4 %

Par ailleurs, le tableau 10 fait ressortir l'évolution des heures travaillées dans le réseau selon la mission ou le regroupement de missions d'établissements pour la période 1990-1991 à 1999-2000, dans le but de préciser la catégorie d'établissements où la croissance de la demande en physiothérapie a été la plus marquée.

Tableau 10

Effectifs en physiothérapie
Évolution des heures travaillées dans le réseau de la santé et des services sociaux
Heures régulières et supplémentaires,
1990-1991 et 1999-2000

	1990-1991	1999-2000	Croissance en ETP	Taux de croissance annuel moyen
Centres hospitaliers de soins psychiatriques (CHPSY)	15 516	25 680	6	5,8 %
Centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés (CHSGS)	1 035 816	1 245 076	136	2,1 %
Centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) et Centre local de services communautaires (CLSC) et centre de santé	290 084	460 402	105	5,3 %
Centres de réadaptation pour les personnes ayant une déficience physique – auditive, visuelle, motrice, intellectuelle, ou pour les personnes alcooliques (CR)	127 552	239 436	69	7,2 %
Autres établissements	70 919	79 292	6	1,3 %
Total	1 539 887	2 049 885	322	3,2 %

Note - Les missions d'établissements utilisées sont celles de 1999-2000.

Source : ministère de la Santé et des Services sociaux, 2001.

On remarque ainsi que :

- les centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés, où se concentre 61 % de la demande, ont connu une croissance relativement modérée au regard des services de physiothérapie (2,1 %) ;
- l'expansion des services de physiothérapie s'est avérée plus importante en CLSC et en centres de réadaptation (7,2 %).

Par ailleurs, le nombre de jours de traitements en physiothérapie a baissé de 12 % en centres hospitaliers de 1995-1996 à 1999-2000, essentiellement auprès des usagers en cliniques externes (- 20 %).

Tableau 11

Nombre de jours de traitements en physiothérapie dans les centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés du réseau, 1995-1996 à 1999-2000

	Usagers admis (internes)	Usagers inscrits (externes)	Total
1995-1996	1 485 257 (48 %)	1 578 592 (52 %)	3 063 849 (100 %)
1996-1997	1 479 376 (50 %)	1 450 608 (50 %)	2 929 984 (100 %)
1997-1998	1 472 022 (52 %)	1 353 451 (48 %)	2 825 473 (100 %)
1998-1999	1 428 923 (52 %)	1 314 532 (48 %)	2 743 455 (100 %)
1999-2000	1 423 370 (53 %)	1 269 838 (47 %)	2 693 208 (100 %)
Variations (1996-2000)	- 61 887	- 308 754	- 370 641

Source : ministère de la Santé et des Services sociaux, 2001.

Le fait que les heures travaillées dans l'ensemble du réseau aient néanmoins augmenté de 10 % au cours de la même période (de 1 856 983 heures à 2 049 885 heures) traduit un déplacement des efforts en marge du virage ambulatoire et de la transformation du réseau.

En résumé, la période 1985-1986 à 1999-2000 a été marquée par :

- une très forte croissance des effectifs en cliniques privées ;
- une forte croissance des services en CLSC et CHSLD ;
- une croissance modérée dans l'ensemble du réseau ;
- une diminution des jours de traitements en centres hospitaliers, en particulier auprès des usagers en cliniques externes.

PERSPECTIVES DE DÉVELOPPEMENT

Au cours de la période de projection, divers facteurs sont susceptibles d'accroître le développement des services en physiothérapie. Parmi ces facteurs, on compte les suivants :

- une croissance des besoins en services de soutien en réadaptation à domicile, résultant de la diminution de la durée des séjours en établissement ;
- une croissance des besoins en services de physiothérapie dans les régions moins bien dotées, tant en établissement public qu'en cabinet privé ;
- une augmentation de la demande de services de réadaptation découlant d'une amélioration du taux de survie avec des déficiences physiques complexes ;
- une augmentation des services de physiothérapie en clinique privée ;
- une diversification des rôles et des lieux de pratique en centre d'hébergement et de soins de longue durée en résidence pour personnes âgées, en soins à domicile, en centre de réadaptation et en entreprise privée, due à une croissance de la demande pour des services de réadaptation physique liés à l'âge et à une croissance des blessures sportives parmi la population plus âgée ;
- un recours plus fréquent à des physiothérapeutes dans les CLSC à titre de consultants dans la planification et la mise en application de programmes visant la promotion de la santé, la prévention, le dépistage et l'intervention auprès des personnes à risque ;
- une consolidation des services en déficience physique.

Par ailleurs, la CSST, notamment dans une perspective de contrôle et de stabilisation des coûts du régime, est à revoir ses orientations en matière de services de physiothérapie et d'ergothérapie pour les travailleurs victimes de lésions professionnelles. Cette révision pourrait constituer un facteur susceptible d'atténuer l'expansion des cliniques privées. Il est à noter que les discussions entourant cette question avec les intervenants visés se poursuivaient toujours au moment de la rédaction du présent rapport.

SCÉNARIO C : CROISSANCE ANNUELLE MOYENNE DE 3 %

Le scénario C, dit intermédiaire entre le *statu quo* pondéré pour tenir compte de la croissance et du vieillissement de la population d'une part et le prolongement de la tendance historique d'autre part, correspond au taux de croissance prévu dans le cadre des travaux de la PMO pour les catégories d'emploi jugées actuellement les plus en demande, en l'occurrence les technologues en radio-oncologie et les pharmaciens en établissements de santé.

Si la tendance se maintenait, le groupe de travail aurait dû retenir un taux de 5,3 % par année pour simuler la croissance prévisible des besoins au cours des prochaines années, puisqu'il ne dispose pas d'indications voulant qu'il y aurait un ralentissement des besoins exprimés.

Cependant, dans un souci de prudence et sur la base de travaux qui démontrent qu'au cours des prochaines années des occasions de carrière plus grandes et plus variées seront offertes à des jeunes en dont la population décroît⁸, et en considérant que les budgets alloués au secteur de la réadaptation physique demeureront vraisemblablement limités et eu égard aux possibilités d'une organisation du travail faisant davantage appel à du personnel de soutien technique et administratif, le groupe de travail a retenu un scénario général de croissance des besoins de 3 % par an. Ce scénario conservateur fera toutefois l'objet d'un suivi à court terme.

Dans la perspective où, selon le rapport de la Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux (rapport Clair), les dépenses sociosanitaires augmenteront de 1,6 % par année en moyenne durant le prochain quart de siècle, ce scénario de croissance de 3 % sous-tend une réallocation des ressources en faveur de la physiothérapie.

Le tableau 12 présente les résultats de la projection des besoins selon le scénario envisagé.

8. Marie-Ève Buteau et Suzanne Jean, *Perspective d'évolution des inscriptions au collégial et à l'université dans le contexte de la planification de la main-d'œuvre du réseau de la santé et des services sociaux*, ministère de la Santé et des Services sociaux, mars 2002, 50 p.

Tableau 12

Physiothérapie
Projection des besoins annuels en matière de recrutement, 2001 à 2016

	Départs attendus	Accroissement des besoins	Recrutement brut	Recrutement net ¹	Effectif requis
2001	56,8	171,1	227,9	232,2	3 470
2002	57,3	104,1	161,4	169,2	3 574
2003	58,8	107,2	166,0	177,2	3 681
2004	61,5	110,4	172,0	186,4	3 792
2005	62,0	113,8	175,8	193,4	3 906
2006	64,5	117,2	181,7	202,4	4 023
2007	68,4	120,7	189,0	212,9	4 143
2008	72,4	124,3	196,7	223,6	4 268
2009	80,3	128,0	208,3	238,3	4 396
2010	83,3	131,9	215,2	248,5	4 528
2011	85,4	135,8	221,2	257,7	4 663
2012	86,3	139,9	226,2	265,8	4 803
2013	88,0	144,1	232,1	274,6	4 947
2014	88,1	148,4	236,5	281,9	5 096
2015	94,3	152,9	247,2	295,4	5 249
2016	98,2	157,5	255,6	306,6	5 406
Total	1 205,6	2 107,3	3 312,9	3 766,1	

1. Le recrutement net tient compte du fait que, parmi les nouveaux arrivants sur le marché au cours de la période 2001-2016, il y aura également un certain nombre de départs qu'il faudra combler (attrition des nouveaux arrivés).

Note - Le total ne correspond pas nécessairement à la somme des parties, les données ayant été arrondies.

On observe que les effectifs passeraient de 3 470 en 2001 à 5 406 en 2016, ce qui représente une croissance moyenne de 129 physiothérapeutes par année.

4 COMPARAISON ENTRE LES BESOINS DE RECRUTEMENT ET LE NOMBRE DE DIPLÔMÉS

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

4.1 Diplômés disponibles

L'objectif consiste à déterminer le nombre de diplômés qui entreront sur le marché du travail au cours des prochaines années, compte tenu des informations dont disposent le ministère de l'Éducation, les universités et l'Ordre professionnel des physiothérapeutes du Québec.

Pour ce faire, le groupe de travail a tenu compte des cohortes d'étudiants actuellement en formation et qui entreront graduellement sur le marché du travail au cours des trois prochaines années et du taux d'installation de ces derniers au Québec. Il a également tenu compte du nombre d'admissions prévues dans les trois universités québécoises (Laval, McGill et Montréal).

Le tableau 13 regroupe les statistiques de base sur les étudiants inscrits au programme de physiothérapie des universités québécoises de 1996 à 2000.

On estime à 175 par année le nombre de diplômés en physiothérapie attendus sur le marché du travail au cours des quinze prochaines années. Cette projection repose sur les éléments suivants :

- les diplômés attendus au cours des trois prochaines années compte tenu des étudiants en cours de formation ;
- l'application d'un taux d'installation évalué à 85,6 % pour les diplômés de l'Université de Montréal et de l'Université Laval et de 62 % pour les diplômés de l'Université McGill ;
- le nombre d'admissions prévues en septembre 2001 ;
- l'arrivée annuelle de quatorze diplômés en physiothérapie formés à l'Université d'Ottawa.

Tableau 13

**Statistiques sur les étudiants inscrits aux
programmes de physiothérapie des universités québécoises
de 1996 à 2000**

Demandes d'admission					
	1996-1997	1997-1998	1998-1999	1999-2000	2000-2001
Université Laval		677	751	713	588
Université McGill	270	342	658	552	345
Université de Montréal	1 069	829	819	848	789
Total		1 848	2 228	2 113	1 722

Contingentement					
	1996-1997	1997-1998	1998-1999	1999-2000	2000-2001
Université Laval	70	70	70	70	70
Université McGill	65	60	60	60	60
Université de Montréal	62	62	62	72	72
Total	197	192	192	202	202

Inscription de 1 ^{er} année					
	1996-1997	1997-1998	1998-1999	1999-2000	2000-2001
Université Laval	70	70	70	70	70
Université McGill	65	62	62	66	60
Université de Montréal	61	63	62	72	70
Total	196	195	194	208	200

Diplômés					
	1996-1997	1997-1998	1998-1999	1999-2000	2000-2001
Université Laval	62	58	53	58	62
Université McGill	48	47	55	54	54
Université de Montréal	56	56	56	48	76
Total	166	161	164	160	192

Source : M. Bertrand Arsenault, Université de Montréal.

Tableau 14

**Nombre de diplômés en physiothérapie
arrivant sur le marché du travail à partir de 2001**

Nombre de diplômés attendus	
2001	164
2002	165
2003	173
2004	175
2005 et suivantes	175

4.2 Comparaison entre les besoins de recrutement et le nombre de diplômés disponibles

Le tableau 15 compare les besoins de recrutement selon le scénario retenu par le groupe de travail avec le nombre de diplômés disponibles au cours de la période de projection.

Tableau 15

**Comparaison entre les besoins de recrutement et
les diplômés disponibles, 2001 à 2016**

	Départs attendus	Accroissement des besoins	Recrutement net ¹	Diplômés disponibles	Écart annuel	Écart cumulatif
2001	56,8	171,1	232,2	164	-68,2	
2002	57,3	104,1	169,2	165	-4,2	-72,4
2003	58,8	107,2	177,2	173	-4,2	-76,6
2004	61,5	110,4	186,4	175	-11,4	-88,0
2005	62,0	113,8	193,4	175	-18,4	-106,4
2006	64,5	117,2	202,4	175	-27,4	-133,8
2007	68,4	120,7	212,9	175	-37,9	-171,7
2008	72,4	124,3	223,6	175	-48,6	-220,3
2009	80,3	128,0	238,3	175	-63,3	-283,6
2010	83,3	131,9	248,5	175	-73,5	-357,1
2011	85,4	135,8	257,7	175	-82,7	-439,8
2012	86,3	139,9	265,8	175	-90,8	-530,6
2013	88,0	144,1	274,6	175	-99,6	-630,2
2014	88,1	148,4	281,9	175	-106,9	-737,1
2015	94,3	152,9	295,4	175	-120,4	-857,5
2016	98,2	157,5	306,6	175	-131,6	-989,1
Total	1 205,6	2 107,3	3 766,1	2 777		-989,1

1. Le recrutement net tient compte du fait que, parmi les nouveaux arrivants sur le marché au cours de la période 2001-2016, il y aura également un certain nombre de départs qu'il faudra combler (attrition des nouveaux arrivés).

Note - Le total ne correspond pas nécessairement à la somme des parties, les données ayant été arrondies.

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 pose également l'hypothèse qu'il y aura peu de changements dans les facteurs d'attraction pour la profession et de maintien du personnel en place.

4.3 Admissions nécessaires

Le tableau 16 fait ressortir les écarts annuels et cumulatifs entre l'offre et la demande de physiothérapeutes selon un scénario prévoyant, à compter de 2002, l'augmentation de 200 à 248 admissions au programme de baccalauréat en physiothérapie.

Tableau 16

Physiothérapie
Scénario de croissance des admissions pour répondre
aux besoins de recrutement, 2001 à 2016

(200 admissions en septembre 2001 et une hypothèse d'augmentation à 248 en septembre 2002, à 296 en septembre 2007 et à 344 en septembre 2012)

	Recrutement net ¹	Admissions projetées	Diplômés disponibles	Écart annuel	Écart cumulatif
2001	232,2	200	164	-68,2	-
2002	169,2	248	165	-4,2	-72,4
2003	177,2	248	173	-4,2	-76,6
2004	186,4	248	175	-11,4	-88,0
2005	193,4	248	175	-18,4	-106,4
2006	202,4	248	218	15,8	-90,6
2007	212,9	296	218	5,3	-85,3
2008	223,6	296	218	-5,4	-90,7
2009	238,3	296	218	-20,1	-110,8
2010	248,5	296	218	-30,3	-141,1
2011	257,7	296	261	3,7	-137,4
2012	265,8	344	261	-4,4	-141,8
2013	274,6	344	261	-13,2	-155,0
2014	281,9	344	261	-20,5	-175,5
2015	295,4	344	261	-34,0	-209,5
2016	306,6	344	305	-2,0	-211,5
Total	3 766,1		3 555		-211,5

1. Le recrutement net tient compte du fait que, parmi les nouveaux arrivants sur le marché au cours de la période 2001-2016, il y aura également un certain nombre de départs qu'il faudra combler (attrition des nouveaux arrivés).

Note – Le total ne correspond pas nécessairement à la somme des parties, les données ayant été arrondies.

Il faut considérer que la hausse des admissions en 2002 ne se répercutera sur le marché du travail qu'en 2006. Selon ce scénario, la pénurie anticipée fait en sorte qu'il y aura lieu en 2006 d'évaluer la pertinence de procéder à une nouvelle hausse des admissions à la lumière de l'évolution des besoins en main-d'œuvre, de l'évolution de l'organisation du travail et d'une utilisation plus grande des thérapeutes en réadaptation physique.

SECTION 2 THÉRAPEUTES EN RÉADAPTATION PHYSIQUE

DESCRIPTION SOMMAIRE DE LA PROFESSION

Le thérapeute en réadaptation physique assume, à la suite du diagnostic médical, toutes les étapes d'une intervention en réadaptation physique visant la prévention, le maintien ou le rétablissement fonctionnel optimal lié à l'appareil neuro-musculo-squelettique des patients qui lui sont confiés. Il évalue la condition du patient, élabore le plan d'intervention, détermine le plan de traitement et applique le traitement, dans le but de rétablir, améliorer ou maintenir ses capacités physiques.

Les thérapeutes en réadaptation physique détiennent une formation leur permettant d'intervenir dans les cas de la rééducation de personnes éprouvant des problèmes orthopédiques et rhumatologiques, des problèmes neurologiques ou vasculaires et respiratoires. Il interviendra pour les cas de problèmes de douleur et de circulation, de perte de mobilité, de déficience de la fonction musculaire et de pertes fonctionnelles.

Le thérapeute en réadaptation physique est pleinement responsable de son intervention auprès du patient. Il participe également selon les milieux aux travaux des équipes multidisciplinaires.

PROGRAMME DE FORMATION

Les thérapeutes en réadaptation physique doivent détenir un diplôme d'études collégiales avec spécialisation en réadaptation physique d'une école reconnue par le ministère de l'Éducation. Le programme « Techniques de réadaptation physique » est autorisé dans les cégeps de Chicoutimi, François-Xavier-Garneau, Marie-Victorin, Montmorency et de Sherbrooke.

Le programme d'une durée de trois ans comprend 765 heures d'enseignement clinique et des périodes de stages en milieu de travail. Ces stages font appel à la collaboration des établissements du réseau et représentent une composante importante de la préparation des étudiants à l'exercice de la profession. Divers problèmes ont été soulevés par rapport aux stages dans le cadre des travaux de planification de main-d'œuvre, tant au niveau collégial qu'universitaire et au regard de plusieurs disciplines du secteur de la santé. Cependant, le sujet est apparu très peu documenté d'une façon globale. On a retenu pour le moment qu'il y avait lieu de se pencher à court terme sur cette problématique.

CADRE LÉGAL

En décembre 1995, l'Office des professions du Québec a émis un « avis au gouvernement sur la reconnaissance professionnelle des thérapeutes en réadaptation physique ». Dans cet avis, il est recommandé que les thérapeutes en réadaptation physique soient reconnus par le Code des professions dans le contexte de leur intégration à l'Ordre professionnel des physiothérapeutes du Québec.

Les dispositions législatives et réglementaires nécessaires à cette intégration font actuellement l'objet d'une consultation du ministre de la Justice et responsable des lois professionnelles.

Notons enfin que les 986 thérapeutes en réadaptation physique du réseau sont répartis dans six syndicats, dont principalement le Syndicat des physiothérapeutes et des thérapeutes en réadaptation physique du Québec (SPTRPQ) qui représente les deux tiers (63 %) de l'effectif du réseau. Le SPTRPQ regroupait 717 thérapeutes en réadaptation physique et 1 786 physiothérapeutes au 17 avril 2001.

LIEUX DE PRATIQUE

En 1999-2000, on comptait 986 postes de thérapeutes en réadaptation physique dans le réseau de la santé et des services sociaux, la plupart concentrés en CHSGS, en CHSLD et en CLSC. Par ailleurs, selon la Société québécoise des thérapeutes en réadaptation physique (SQTRP), quelque 573 thérapeutes en réadaptation physique travaillaient dans le secteur privé, la plupart dans des cliniques de physiothérapeutes.

La vaste majorité des thérapeutes en réadaptation physique se concentrent dans deux champs de pratique : l'orthopédie et la rhumatologie. Une grande proportion des thérapeutes en réadaptation physique travaillent, à l'intérieur du réseau, auprès des personnes en soins de longue durée.

Actuellement, près de 75 % des thérapeutes en réadaptation physique qui pratiquent sont membres de la Société québécoise des thérapeutes en réadaptation physique qui s'est donné des mécanismes permettant la mise en place de comité de formation continue, d'inspection professionnelle, l'application d'un code de déontologie, etc.

1 OFFRE DE MAIN-D'ŒUVRE

La première étape de la démarche de planification de la main-d'œuvre consiste à déterminer l'offre de thérapeutes en réadaptation physique (TRP) au Québec, répartis selon le groupe d'âge, le sexe et le statut d'emploi (temps complet, temps partiel).

L'offre de main-d'œuvre est composée des thérapeutes en réadaptation physique en emploi, auxquels il convient d'ajouter le cas échéant les thérapeutes en réadaptation physique disponibles, c'est-à-dire ceux en au chômage, ceux travaillant dans un autre domaine et désirant travailler en réadaptation physique ou encore ceux travaillant à temps partiel et souhaitant travailler davantage.

1.1 Effectif en emploi

On compte 986 postes dans le réseau, occupés par quelque 923 thérapeutes en réadaptation physique (selon un facteur individu/poste par groupe d'âge estimé à 96 %, considérant qu'un même individu travaillant dans plus d'un établissement est compté autant de fois). Par ailleurs, il y aurait 573 thérapeutes en réadaptation physique dans le secteur privé, dont 544 sont membres de la SQTRP (95 %), de sorte que l'offre totale est évaluée à 1 496 au Québec.

Ces effectifs ont été répartis selon le groupe d'âge, le sexe et le statut (temps complet et partiel) à l'aide des données disponibles et en fonction de certaines hypothèses¹. Cette opération permettra d'évaluer plus loin l'attrition annuelle, c'est-à-dire les départs (retraites, décès, cessations d'emploi) pour la durée de la période de projection.

1. Structure âge, sexe et statut des effectifs hors réseau comparable à la structure du réseau.

Tableau 1

Thérapeutes en réadaptation physique
Distribution de l'effectif selon le groupe d'âge, le sexe et le statut
en 2000

Groupe d'âge	Femmes		Hommes		Total
	Temps partiel	Temps complet	Temps partiel	Temps complet	
20-24 ans	176	40	15	1	232
25-29 ans	163	80	12	4	259
30-34 ans	102	128	9	10	249
35-39 ans	78	198	6	29	311
40-44 ans	75	220	3	14	312
45-49 ans	24	88	0	5	117
50-54 ans	6	3	0	5	14
55-59 ans	0	0	0	2	2
60 ans et plus	0	0	0	0	0
Total	624	757	45	70	1 496

1.2 Effectif disponible

L'offre de main-d'œuvre est constituée de l'effectif en emploi auquel il convient d'ajouter les thérapeutes en réadaptation physique diplômés et qualifiés à la recherche d'un emploi dans leur domaine de formation.

Trois sources de données ont été utiles pour évaluer la disponibilité de la main-d'œuvre sur le marché :

- l'analyse des enquêtes Relance effectuées par le MEQ auprès des diplômés, qui font notamment état du taux d'intégration des nouveaux diplômés deux ans après leur promotion ;
- le résultat de l'enquête sur les postes vacants dans les établissements du réseau de la santé et des services sociaux ;
- l'analyse des niveaux d'activité des effectifs à temps partiel en emploi dans le réseau de la santé et des services sociaux.

LES ENQUÊTES RELANCE AUPRÈS DES DIPLÔMÉS

Tableau 2

**Situation des personnes diplômées
en techniques de réadaptation physique, 1998 à 2001**

	1998	1999	2000	2001
Personnes diplômées (nombre)	157	185	146	128
En emploi (%)	74,6	75,5	80,9	78,2
À la recherche d'un emploi (%)	4,2	4,3	3,6	1,0
Aux études (%)	17,6	14,4	12,7	18,8
Personnes inactives (%)	3,5	5,8	2,7	2,0
À temps plein (%)	60,4	63,7	65,2	73,4
En rapport avec la formation (%)	45,3	72,3	72,4	86,2
Taux de chômage (%)	5,4	5,4	4,3	1,3

Source : MEQ, Relance au collégial, compilation spéciale, 2001.

On observe une amélioration générale de la situation des diplômés au cours des dernières années, en particulier en ce qui a trait à la capacité de trouver un emploi à plein temps en rapport avec la formation (86 % en 2001).

ENQUÊTE SUR LES POSTES VACANTS

Par ailleurs, l'enquête menée au printemps de 2001 sur les postes vacants dans le réseau de la santé et des services sociaux montre qu'il n'y a pas de postes vacants (deux postes à temps partiel au sein d'établissements regroupant 27 % des employeurs de TRP) et probablement pas de difficultés de recrutement dans ce domaine.

DISPONIBILITÉ DES THÉRAPEUTES EN RÉADAPTATION PHYSIQUE À TEMPS PARTIEL

Les données sur le personnel du réseau montrent que les deux tiers (62 %) des postes sont des emplois à temps partiel. Elles montrent également que, si les thérapeutes en réadaptation physique à temps partiel régulier travaillent relativement beaucoup, leurs collègues à temps partiel occasionnel, qui représentent désormais le groupe le plus important en nombre en 1999-2000 (39 % de TPO par rapport à 38 % de TCR et 23 % de TPR), travaillent peu, de moins en moins depuis 1991-1992 (947 heures par poste contre 617 heures par poste en 1999-2000).

Par ailleurs, le groupe de travail a estimé le nombre de thérapeutes en réadaptation physique disponibles et ne travaillant pas à ce titre à 175 en 2001, soit environ 10 % des quelque 1 671 thérapeutes en réadaptation physique qualifiés (1 496 thérapeutes en réadaptation physique en emploi et 175 en chômage ou travaillant dans un autre domaine). Il est à noter toutefois que 86,2 % des diplômés interrogés au 31 mars 2001 avaient trouvé un emploi en rapport avec leur formation.

Dans la comparaison entre les besoins de recrutement² et les diplômés attendus, il faudra en conséquence tenir compte d'un surplus de main-d'œuvre.

2. Bien que l'analyse des besoins couvre l'ensemble de l'effectif, dans le secteur public comme dans le secteur privé (travailleurs autonomes), le terme « recrutement » est utilisé dans cette analyse à des fins de commodité.

2 PROJECTION DE L'ATTRITION

Le deuxième volet de la démarche a consisté à projeter jusqu'en 2016 l'attrition annuelle des thérapeutes en réadaptation physique. Les taux de départs sous-jacents à la projection sont déterminés à partir des taux établis par les actuaires de la CARRA pour les besoins des évaluations actuarielles du RREGOP.

Ces taux ont été appliqués aux thérapeutes en réadaptation physique selon le profil démographique propre à ces derniers afin de projeter les retraites, décès et cessations d'emploi jusqu'en 2016.

Les départs pour cessation d'emploi, qui représentent une part importante de l'ensemble des départs, sont fortement conditionnés par les statuts (temps complet, temps partiel), le personnel à temps partiel ayant une propension plus grande à quitter son emploi.

Trois scénarios ont été envisagés pour projeter les départs :

- la composition des statuts demeurera constante ;
- tous les thérapeutes en réadaptation physique tendront vers un comportement d'employés à temps complet ;
- un scénario intermédiaire entre ces deux hypothèses.

Le groupe de travail a retenu cette dernière hypothèse comme étant la plus plausible.

Tableau 3

**Thérapeutes en réadaptation physique
Projection des départs annuels
de 2000 à 2016**

	Retraites	Décès	Cessations d'emploi	Total des départs
2000	0,4	1,1	23,2	24,6
2001	0,6	1,1	21,7	23,4
2002	0,8	1,2	20,4	22,4
2003	1,2	1,2	19,3	21,7
2004	1,8	1,3	18,3	21,4
2005	3,1	1,4	17,3	21,8
2006	4,5	1,5	16,4	22,3
2007	6,0	1,6	15,7	23,2
2008	8,1	1,7	15,0	24,7
2009	11,7	1,8	14,4	27,9
2010	18,2	1,9	13,5	33,5
2011	22,7	1,9	12,6	37,2
2012	26,1	2,0	11,7	39,8
2013	30,2	2,1	11,0	43,3
2014	33,0	2,2	10,3	45,6
2015	42,0	2,2	9,6	53,8
2016	45,9	2,2	8,9	57,0
Total	256,2	28,2	259,3	543,6

Il n'a pas été possible de comparer ces résultats avec d'autres sources. La SQTRP indique que 135 membres en 1998-1999 et 147 membres en 1999-2000 n'ont pas renouvelé pour l'année suivante. Toutefois, une part de ces non-renouvellements reflète des départs de nature temporaire et ces départs peuvent être comblés par de nouveaux membres ou par des retours au travail d'anciens membres.

3 ESTIMATION DES BESOINS EN MAIN-D'ŒUVRE ET DE RECRUTEMENT

La troisième étape de la démarche de planification de la main-d'œuvre a consisté à circonscrire l'évolution des besoins touchant les thérapeutes en réadaptation physique jusqu'en 2016.

En ce qui concerne le rythme annuel d'évolution des besoins, trois scénarios ont été examinés. Il faut noter que chacun d'eux comporte implicitement d'absorber les 175 thérapeutes en réadaptation physique qui sont prêts à occuper un emploi.

SCÉNARIO A : CROISSANCE ANNUELLE MOYENNE DE 1,88 %

Cette hypothèse tient compte de l'effet de la croissance et du vieillissement de la population sur les besoins en main-d'œuvre des établissements employeurs, selon les estimations du MSSS³. L'analyse spécifique appliquée aux heures travaillées par les thérapeutes en réadaptation physique dans les différentes catégories d'établissements du réseau conduit à une augmentation annuelle moyenne de 1,88 % par année. Cet indice de croissance serait appliqué à l'ensemble des thérapeutes en réadaptation physique, incluant ceux en pratique privée.

Cette hypothèse correspond en quelque sorte au maintien, dans le réseau, des services actuels par habitant. Elle ne tient toutefois pas compte des efforts qui pourraient être requis pour rehausser le niveau actuel des services, par exemple dans certaines régions moins bien pourvues en services de réadaptation physique, des éventuels changements dans l'organisation du travail mettant davantage à contribution les TRP ou encore d'une volonté d'accroître les services courants de réadaptation physique dans le secteur public.

SCÉNARIO B : CROISSANCE ANNUELLE MOYENNE DE 5%

Le scénario B correspond à la poursuite du taux de croissance historique des heures travaillées par les thérapeutes en réadaptation physique dans le réseau de 1985-1986 à 1999-2000.

ANALYSE RÉTROSPECTIVE

On peut distinguer trois cycles de croissance au cours de cette période de quatorze ans. D'abord, une forte croissance de 1985-1986 à 1992-1993. Cette période se caractérise par une croissance marquée de l'effectif des thérapeutes en réadaptation physique dans le réseau, soit à un rythme de 7,2 % du nombre de thérapeutes en réadaptation physique en poste et de 7,6 % des heures travaillées. Puis une stagnation de 1992-1993 à 1996-1997.

3. *Estimation des besoins en main-d'œuvre liés à l'évolution démographique de la population*, MSSS, mai 2001.

Ces années ont vu le nombre de postes n'augmenter que de 28 alors que le taux de croissance annuel moyen a été inférieur à 1 % (0,87 %) par rapport au nombre de TRP en poste et 0,31 % pour les heures travaillées. Enfin, une forte reprise de 1996-1997 à 1999-2000. L'effectif est passé de 823 thérapeutes en réadaptation physique à 986 à l'intérieur du réseau, avec des taux de croissance annuels moyens de 6,2 % (postes) et 5,2 % (heures travaillées).

D'une façon générale, la croissance du nombre de thérapeutes en réadaptation physique a suivi la cadence rapide des autres catégories d'emploi dans le domaine de la réadaptation physique au cours des quinze dernières années au Québec.

Tableau 4

Taux de croissance annuel moyen de diverses professions dans le secteur de la réadaptation physique de 1985-1986 à 1999-2000

Professions	%
Audiologie-orthophonie	5,9 %
Ergothérapie	7,9 %
Physiothérapie ¹	5,3 %
Spécialistes en orientation et mobilité	6,9 %
Thérapeutes en réadaptation physique	5,2 %

1. Membres de l'OPPQ.

Note - La croissance des effectifs en audiologie et en orthophonie a été limitée en partie par la pénurie d'effectifs. Par ailleurs, la croissance des effectifs en physiothérapie a été stimulée par le développement des cliniques privées.

FACTEURS DE CROISSANCE HISTORIQUE

Quels sont les facteurs qui expliquent la croissance du nombre de thérapeutes en réadaptation physique au Québec au cours des quinze dernières années ?

L'un d'entre eux réside sans doute dans le développement important qu'ont connu les cliniques privées au cours de la période.

Le tableau 5 fait référence à la période couvrant les années 1990-1991 à 1999-2000 au cours de laquelle la croissance annuelle moyenne dans le réseau a plutôt été de l'ordre de 3 %. Ce taux est le résultat :

- d'une stagnation de la demande dans les centres hospitaliers et les centres de réadaptation ;
- d'une poursuite de la croissance relativement forte dans les CHSLD et surtout dans les CLSC.

On ne dispose pas d'une série historique qui vise l'ensemble des thérapeutes en réadaptation physique, incluant ceux dans le secteur privé. Cependant, compte tenu du développement des cliniques privées de physiothérapie au cours de la période et considérant que plus du tiers (38 %) des thérapeutes en réadaptation physique travaillent en cliniques privées (573 TRP), on peut présumer que les thérapeutes en réadaptation physique ont également bénéficié de la croissance de la demande dans ce domaine.

Tableau 5

Thérapeutes en réadaptation physique
Évolution des heures travaillées dans le réseau de la santé et des services sociaux
Heures régulières et supplémentaires,
1990-1991 et 1999-2000

	1990-1991	1999-2000	Croissance en ETP	Taux de croissance annuel moyen
Centres hospitaliers de soins psychiatriques (CHPSY)	10 796	4 928	-4	-8,3 %
Centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés (CHSGS)	316 679	333 756	11	0,6 %
Centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) et centres locaux de services communautaires (CLSC) et centres de santé	310 688	509 159	130	5,6 %
Centres de réadaptation pour les personnes ayant une déficience physique – auditive, visuelle, motrice, intellectuelle, ou pour les personnes alcooliques (CR)	32 643	32 172	0	- 0,2 %
Autres établissements	60 766	71 161	7	1,77 %
Total	731 572	951 176	144	3,0 %

Note - Les missions d'établissements utilisées sont celles de 1999-2000.

Source : MSSS, 2001.

PERSPECTIVES DE DÉVELOPPEMENT

Au cours de la période de projection, les facteurs suivants sont susceptibles d'accroître la demande de thérapeutes en réadaptation physique :

- le recours plus fréquent aux thérapeutes en réadaptation physique en établissements et en cliniques privées, dans le cadre de changements dans l'organisation du travail ;
- une croissance des besoins en services de soutien touchant la réadaptation à domicile, due à la diminution de la durée des séjours en établissement ;
- une croissance des besoins en services de physiothérapie dans les régions moins bien dotées, tant en établissements publics qu'en cabinets privés ;
- une augmentation des services de physiothérapie en cliniques privées ;
- une diversification des rôles et des lieux de pratique en centres d'hébergement et de soins de longue durée, en résidences pour personnes âgées, en soins à domicile, en centres de réadaptation et en entreprises privées, due à une croissance de la demande pour des services de réadaptation physique liés à l'âge et à une croissance des blessures sportives parmi la population plus âgée ;
- un recours plus fréquent à des services de physiothérapie dans les CLSC ;
- une consolidation des services en déficience physique.

Par ailleurs, la CSST, notamment dans une perspective de contrôle et de stabilisation des coûts du régime, est à revoir ses orientations en matière de services de physiothérapie et d'ergothérapie pour les travailleurs victimes de lésions professionnelles. Cette révision pourrait constituer un facteur susceptible d'atténuer l'expansion des cliniques privées. Il est à noter que les discussions entourant cette question avec les intervenants visés se poursuivaient toujours au moment de la rédaction du présent rapport.

SCÉNARIO C : CROISSANCE ANNUELLE MOYENNE DE 3 %

Le scénario C, dit intermédiaire entre le *statu quo* pondéré pour tenir compte de la croissance et du vieillissement de la population d'une part et le prolongement de la tendance historique d'autre part, correspond au taux de croissance prévu dans le cadre des travaux de la PMO pour les catégories d'emploi jugées actuellement les plus en demande, en l'occurrence les technologues en radio-oncologie et les pharmaciens en établissements de santé.

Si la tendance se maintenait, le groupe de travail aurait dû retenir un taux de 5 % par année pour simuler la croissance prévisible des besoins au cours des prochaines années, puisqu'il ne dispose pas d'indications voulant qu'il y aurait un ralentissement des besoins exprimés.

Cependant, dans un souci de prudence et sur la base de travaux qui démontrent qu'au cours des prochaines années des occasions de carrière plus grandes et plus variées seront offertes à des jeunes dont la population décroît⁴, et en considérant que les budgets alloués au secteur de la réadaptation physique demeureront vraisemblablement limités et eu égard aux possibilités d'une organisation du travail faisant davantage appel à du personnel de soutien technique et administratif, le groupe de travail a retenu un scénario général de croissance des besoins de 3 % par an. Ce scénario conservateur fera toutefois l'objet d'un suivi à court terme.

Dans la perspective où, selon le rapport de la Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux (rapport Clair), les dépenses sociosanitaires augmenteront de 1,6 % par année en moyenne durant le prochain quart de siècle, ce scénario de croissance de 3 % sous-tend une réallocation des ressources en faveur des thérapeutes en réadaptation physique.

Le tableau 6 présente les résultats de la projection des besoins de recrutement selon le scénario envisagé.

4. Marie-Ève Buteau et Suzanne Jean, *Perspective d'évolution des inscriptions au collégial et à l'université dans le contexte de la planification de la main-d'œuvre du réseau de la santé et des services sociaux*, ministère de la Santé et des Services sociaux, mars 2002, 50 p.

Tableau 6

Thérapeutes en réadaptation physique
Projection des besoins annuels de recrutement, 2000 à 2016

	Départs attendus	Accroissement des besoins	Recrutement brut	Recrutement net ¹	Effectif requis
2000	24,6	44,9	69,5	70,8	1 541
2001	23,4	46,2	69,6	73,2	1 587
2002	22,4	47,6	70,0	75,8	1 635
2003	21,7	49,0	70,7	78,5	1 684
2004	21,4	50,5	71,9	81,6	1 734
2005	21,8	52,0	73,8	85,5	1 786
2006	22,3	53,6	75,9	89,4	1 840
2007	23,2	55,2	78,4	93,8	1 895
2008	24,7	56,9	81,6	98,8	1 952
2009	27,9	58,6	86,5	105,6	2 011
2010	33,5	60,3	93,8	115,1	2 071
2011	37,2	62,1	99,3	122,8	2 133
2012	39,8	64,0	103,8	129,4	2 197
2013	43,3	65,9	109,2	137,0	2 263
2014	45,6	67,9	113,5	143,3	2 331
2015	53,8	69,9	123,7	155,8	2 401
2016	57,0	72,0	129,0	163,3	2 473
Total	543,6	976,6	1 520,2	1 819,7	

1. Le recrutement net tient compte du fait que, parmi les nouveaux arrivants sur le marché au cours de la période 2000-2016, il y aura également un certain nombre de départs qu'il faudra combler (attrition des nouveaux arrivés).

Note - Le total ne correspond pas nécessairement à la somme des parties, les données ayant été arrondies.

4 COMPARAISON ENTRE LES BESOINS DE RECRUTEMENT ET LE NOMBRE DE DIPLÔMÉS

4.1 Diplômés disponibles

L'apport annuel de nouveaux thérapeutes en réadaptation physique pour remplacer les départs et répondre à l'accroissement de la demande de main-d'œuvre doit être mis en parallèle avec le nombre de nouveaux diplômés prêts à travailler et tenir compte également de la présence d'environ 175 thérapeutes en réadaptation physique qualifiés à la recherche d'un emploi.

Le ministère de l'Éducation a établi pour le groupe de travail une projection du nombre de diplômés disponibles issus du programme « Techniques de réadaptation physique », de 2000 à 2013.

Tableau 7
Thérapeutes en réadaptation physique
Projection du nombre de diplômés disponibles
de 2000 à 2013

	Débutants	Diplômés	Diplômés attendus	Diplômés disponibles
1990	206	91		
1991	207	106		
1992	212	111		
1993	295	117		
1994	287	138		
1995	213	143		
1996	268	171		
1997	296	168		
1998	290	205		
1999	296	172		
2000	273		188	150
2001	274		184	147
2002	265		188	150
2003	263		173	138
2004	257		174	139
2005	259		168	134
2006	268		167	133
2007	283		163	130
2008	285		165	132
2009	284		170	136
2010	271		180	143
2011	265		181	145
2012	257		180	144
2013	252		172	138

Source : ministère de l'Éducation.

Cette projection tient compte :

- de l'évolution de la démographie scolaire ;
- d'un taux de diplomation de 63,5 % ;
- d'un taux d'activité moyen de 79,9 %.

Il est à noter qu'un grand nombre d'étudiants débutants au cégep dans ce domaine n'obtiennent pas de diplôme. Par ailleurs, le taux d'activité moyen est basé sur l'analyse de la situation des diplômés en techniques de réadaptation physique un an après leur promotion.

4.2 Comparaison entre les besoins de recrutement et le nombre de diplômés disponibles

Les écarts annuels entre le nombre de diplômés attendus (si rien n'est fait pour modifier la situation au chapitre des admissions, des taux de diplomation et des taux d'activité notamment) et les besoins touchant les thérapeutes en réadaptation physique sont présentés dans le tableau 8.

Tableau 8

Comparaison entre les besoins de recrutement et les diplômés disponibles, 2000 à 2016

	Départs attendus	Accroissement des besoins	Recrutement net ¹	Diplômés disponibles	Surplus de main-d'œuvre	Écart annuel	Écart cumulatif
2000	24,6	44,9	71	137	175	241	241
2001	23,4	46,2	73	150		77	318
2002	22,4	47,6	76	147		71	389
2003	21,7	49,0	79	150		71	460
2004	21,4	50,5	82	138		56	516
2005	21,8	52,0	85	138		53	569
2006	22,3	53,6	89	134		45	614
2007	23,2	55,2	94	133		39	653
2008	24,7	56,9	99	130		31	684
2009	27,9	58,6	106	131		25	709
2010	33,5	60,3	115	136		21	730
2011	37,2	62,1	123	143		20	750
2012	39,8	64,0	129	144		15	765
2013	43,3	65,9	137	144		7	772
2014	45,6	67,9	143	137		-6	766
2015	53,8	69,9	156	137		-19	747
2016	57,0	72,0	163	137		-26	721
Total	543,6	976,6	1 820	2 229			721

1. Le recrutement net tient compte du fait que, parmi les nouveaux arrivants sur le marché au cours de la période 2000-2016, il y aura également un certain nombre de départs qu'il faudra combler (attrition des nouveaux arrivés).

Note - Le total ne correspond pas nécessairement à la somme des parties, les données ayant été arrondies.

En maintenant constant le nombre de diplômés disponibles, il faudrait attendre 2013 pour rétablir l'équilibre entre l'offre et la demande de thérapeutes en réadaptation physique, dans le scénario retenu de 3 %.

Malgré le surplus actuel et prévu de thérapeutes en réadaptation physique selon le scénario retenu, le groupe de travail convient pour le moment de maintenir le *statu quo* en matière d'admissions aux programmes de formation et de revoir la situation à la lumière d'éventuels changements dans une organisation du travail qui ferait proportionnellement appel à un plus grand nombre de thérapeutes en réadaptation physique.

SECTION 3 ERGOTHÉRAPEUTES

DESCRIPTION SOMMAIRE DE LA PROFESSION

Les ergothérapeutes agissent dans la prévention, le dépistage, l'évaluation, l'analyse et le traitement de divers troubles de la santé physique ou mentale ainsi qu'en santé publique, auprès des personnes de tous âges qui ont des limitations secondaires ou associées à un accident, une maladie ou une condition congénitale, à des désordres psychiatriques ou émotionnels, ainsi qu'à des déficiences de développement ou d'apprentissage.

Le rôle de clinicien demeure l'un des rôles essentiels joués par les ergothérapeutes dans l'adaptation ou la réadaptation des capacités motrices, cognitives, sensorielles, psychiques et de travail. L'ergothérapeute intervient également auprès des personnes qui présentent une dysphagie. Le processus d'intervention ergothérapique repose sur l'évaluation, la détermination d'objectifs thérapeutiques, l'établissement d'un plan de traitement et d'intervention et son application, ainsi que sur le suivi des interventions. L'ergothérapeute évalue les différentes composantes des activités de la vie quotidienne¹, de travail et de loisir, en vue de déterminer les conséquences des déficiences ou des incapacités observées chez une personne sur ses habitudes de vie. Il est par la suite en mesure d'agir pour favoriser le développement, la restauration ou le maintien des habiletés de la personne en utilisant diverses approches et en ayant recours à l'activité sous toutes ses formes, aux aides techniques, aux orthèses et à l'aménagement du milieu afin de diminuer les situations de handicap, tant pour des besoins physiques que psychologiques. L'ergothérapeute émet également des recommandations au regard des besoins en aide personnelle, de l'aménagement du milieu de vie ainsi que de l'attribution d'aides techniques et s'assure de l'enseignement relatif à l'utilisation d'une aide technique ou d'une orthèse et à l'intégration de principes de sécurité ou de protection des articulations, par exemple². L'intervention professionnelle repose sur une relation d'aide centrée sur le patient.

-
1. C'est-à-dire s'occuper de son hygiène personnelle, se vêtir, se nourrir, s'occuper des activités domestiques, se déplacer, etc.
 2. Selon la définition proposée au Groupe de travail ministériel sur les professions de la santé et des relations humaines par l'Ordre des ergothérapeutes du Québec (OEQ), « constitue l'exercice de l'ergothérapie toute activité qui a pour objet l'évaluation des habiletés fonctionnelles (physiques, cognitives et affectives) d'une personne et des interactions de celles-ci avec ses habitudes de vie et son environnement (physique et socioculturel), ainsi que l'élaboration d'un plan individualisé d'intervention. Les services rendus par l'ergothérapeute visent à réduire les obstacles environnementaux et à promouvoir, développer, maintenir ou restaurer les habiletés requises pour la réalisation des habitudes de vie valorisées par la personne (soins personnels, vie domestique, travail, rôles sociaux, etc.). L'intervention ergothérapique privilégie l'utilisation de l'activité sous toutes ses formes et est orientée de manière à favoriser l'autonomie fonctionnelle et à faciliter l'intégration de la personne dans la communauté. L'ergothérapeute peut intervenir auprès d'un individu, d'une famille, d'un groupe d'individus, d'un organisme communautaire ou d'une entreprise ».

PROGRAMME DE FORMATION

Pour exercer l'ergothérapie, on doit détenir un premier diplôme universitaire terminal en ergothérapie dont l'obtention requiert un minimum de seize années de scolarité et détenir l'un ou l'autre des diplômes suivants ou leur équivalent³ :

- baccalauréat ès sciences (ergothérapie) de l'Université de Montréal (programme de 110 crédits) ;
- baccalauréat ès sciences de la santé (ergothérapie) de l'Université Laval (programme de 107 crédits) ;
- Bachelor of Science in Occupational Therapy de l'Université McGill (programme de 105 crédits).

La plupart des ergothérapeutes en exercice au Québec sont issus de l'une ou l'autre de ces universités. Selon les permis émis par l'OEQ, on compterait 98 diplômés hors Québec, la majorité de l'Université d'Ottawa. Quelque 45 finissants de cette université ayant obtenu leur diplôme entre 1995 et 2000 exercent au Québec et détiennent un baccalauréat ès sciences en ergothérapie (B.Sc. ergothérapie) (programme bilingue de quatre ans qui totalise 141 crédits).

Par ailleurs, le schéma 1 donne un aperçu, à titre indicatif, du cheminement des diplômés des promotions 1998, 1999 et 2000 sur le marché du travail.

L'ergothérapeute peut également poursuivre sa formation universitaire après le baccalauréat, des programmes de maîtrise et de doctorat étant offerts.

DURÉE DU PROGRAMME DE FORMATION

La durée de la formation revêt une importance certaine du fait qu'elle exprime le délai moyen calculé entre l'admission et la disponibilité sur le marché du travail.

La durée normale du programme est généralement de trois ans dans un programme de baccalauréat de 90 crédits. Cependant, le programme comprend 20 crédits supplémentaires à l'Université de Montréal, 17 à l'Université Laval et 15 à l'Université McGill, de sorte que tous les finissants ne sont pas

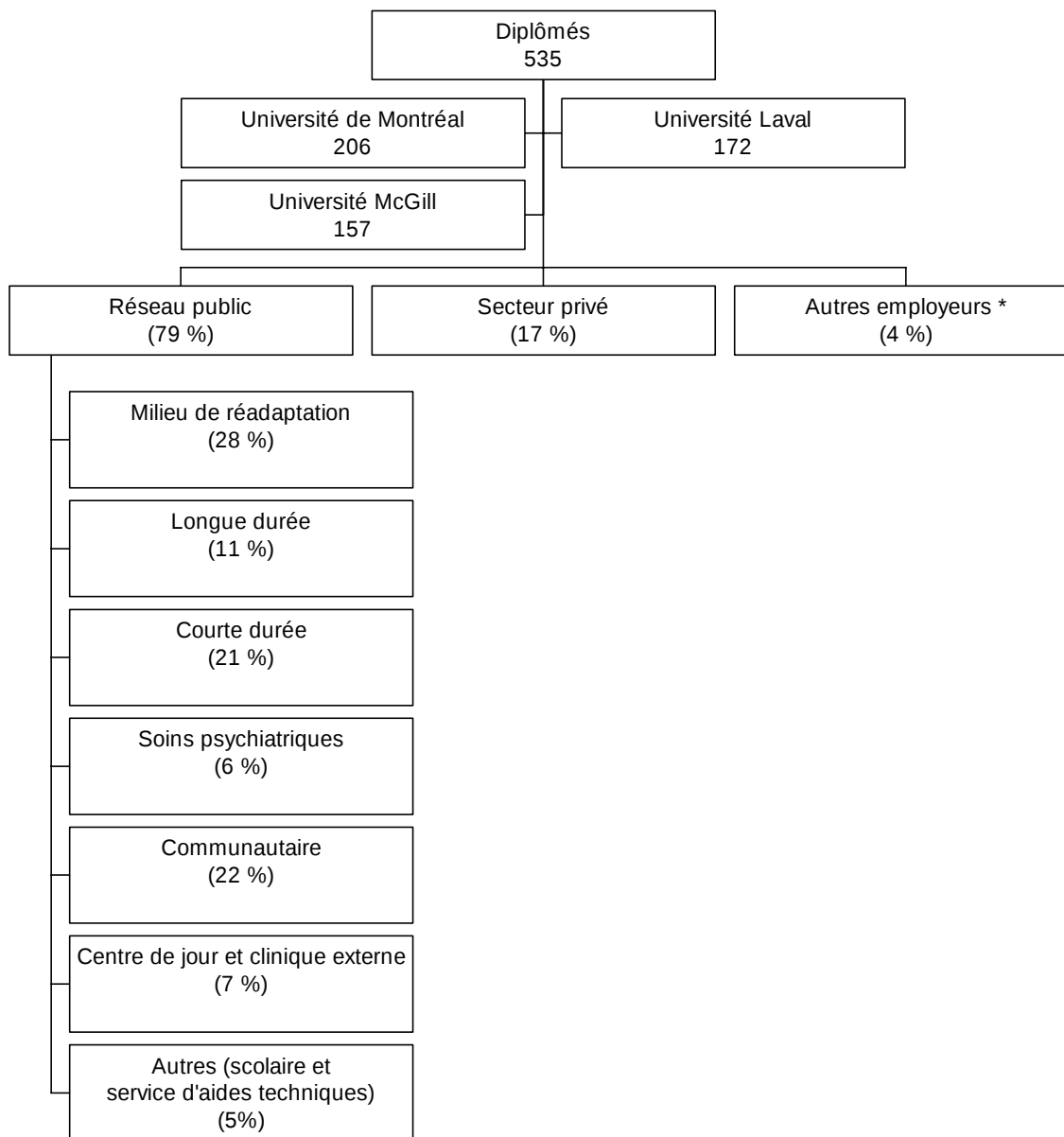
3. Le *Règlement sur les normes d'équivalence des diplômes et de la formation aux fins de la délivrance d'un permis par l'Ordre des ergothérapeutes du Québec* édicté en vertu du Code des professions (L.R.Q., c. C-26, a. 93, par. c) s'applique aux personnes qui demandent à faire reconnaître équivalent à ces diplômes un diplôme délivré par un établissement d'enseignement situé hors du Québec où une formation et une expérience qui démontrent que leurs connaissances et habileté équivalent à celles qui peuvent être acquises par le titulaire d'un diplôme reconnu comme donnant ouverture au permis.

disponibles en mai mais pour un certain nombre en septembre, voire même en janvier après la 3^e année.

Schéma 1

Cheminement des nouveaux diplômés en ergothérapie

Promotions 1998, 1999 et 2000



*. Enseignement, organismes communautaires, gouvernemental, paragouvernemental et associatif.

Source : tracé à partir des données de l'Ordre des ergothérapeutes du Québec.

En prenant en considération certains autres délais engendrés, par exemple, par la recherche d'un emploi, des vacances, l'inscription à l'Ordre, on devra prévoir que tous les diplômés ne seront pas nécessairement disponibles après un délai de trois ans après l'admission au baccalauréat.

Par ailleurs, compte tenu que le nombre de crédits actuellement alloués au baccalauréat en ergothérapie est supérieur à celui qui s'applique généralement aux programmes de baccalauréat, la pression au sein d'un programme de baccalauréat paraît de plus en plus forte.

La maîtrise professionnelle comme préalable à l'exercice de la profession est en voie de s'implanter aux États-Unis et elle est considérée dans les centres universitaires anglophones du Canada. Diverses options sont envisagées. Les milieux directement intéressés (associations professionnelles, ordres professionnels, universités) entrevoient que la maîtrise professionnelle sera généralisée au Canada au cours de la prochaine décennie.

Au Québec, les universités et l'OEQ poursuivent actuellement des travaux sur la formation initiale en ergothérapie, lesquels pourraient à plus ou moins court terme conduire à une révision importante des programmes d'ergothérapie. Les universités explorent la pertinence d'instaurer un programme de maîtrise professionnelle en ergothérapie. L'OEQ examine pour sa part le niveau de diplôme qui donnerait accès à l'exercice de la profession au Québec. Les employeurs ne participent toutefois pas aux travaux en cours.

LES PLACES DE STAGES

Les périodes de stages (quatre stages à l'Université Laval, quatre à l'Université de Montréal et trois à l'Université McGill) comptent globalement pour une vingtaine de crédits, soit environ 20 % de l'ensemble du programme⁴. Le tableau 1 présente les principaux paramètres relatifs aux stages dans les trois programmes universitaires au Québec.

Il s'agit donc d'une composante importante du programme de formation qui requiert la collaboration des employeurs. Or, les milieux d'enseignement et d'accueil signalent divers problèmes se rapportant à la disponibilité des places de stages, aux modalités de financement des stages, ainsi qu'à la consolidation des milieux d'accueil.

4. Il faut 1 000 heures cliniques pour répondre aux exigences de la Fédération mondiale des ergothérapeutes.

Ces problèmes ont également été soulevés dans toutes les disciplines étudiées dans le cadre des travaux de planification de la main-d'œuvre. Certaines raisons ont été invoquées pour en définir les cause, notamment :

- l'émergence depuis quelques années d'un secteur privé qui accapare maintenant près de 20 % des nouveaux diplômés ;
- la charge de travail des ergothérapeutes appelés à encadrer les stagiaires en établissement laisserait de moins en moins de marge de manœuvre pour la formation des stagiaires.

Diverses ententes ou différents contrats d'association entre des établissements d'enseignement et des établissements de santé précisent les modalités de collaboration et de financement. Il s'avère que les sommes allouées par le ministère de l'Éducation pour les stages ne reviendraient pas ou peu aux superviseurs des stages, réduisant ainsi le caractère incitatif de la prise en charge des stagiaires.

Tableau 1

Stages dans les trois programmes d'ergothérapie au Québec

	Université Laval	Université McGill	Université de Montréal
Nombre d'étudiants admis	65 (dont 3 du Nouveau-Brunswick)	55 à 60 (10 % de l'extérieur du Québec)	100 (dont 2 du Nouveau-Brunswick)
Nombre d'heures de stage	1 015 heures 1^{re} année : 5 jours + 2 semaines T.P. 2^e année : 4 semaines à T.P. 3^e année : 7 semaines à T.P. 4^e année : 7 semaines à T.P. x 2	1 000 heures 1^{re} année : 6 semaines à T.P. 2^e année : 6 semaines à T.P. x 2 3^e année : 5 semaines à T.P. x 2	1 046 heures 1^{re} année : 6,5 jours + 6 jours 2^e année : 6 semaines à T.P. + 18 jours 3^e année : 13 semaines à 3 jours par semaine 3^e année : 10 semaines à T.P.
Nombre de milieux cliniques affiliés	125	200 (140 au Québec)	100
Soutien offert aux superviseurs	Formation à la supervision : - cours de 4 jours pour 40 ergothérapeutes par année - journée annuelle des superviseurs	Cours à la supervision : 1 journée par année	Formation à la supervision : - cours de 4 jours pour 40 ergothérapeutes par année - rencontre annuelle des superviseurs
Temps alloué à la coordination des stages	4 jours (resp. de la formation clinique) 1 jour (directeur du programme) - secrétaire 5 jours	3 jours (coordonnatrice des stages) 4 jours (resp. de la formation clinique) - secrétaire 2 jours	5 jours (directrice de l'enseignement clinique) 2½ jours (coordonnatrice des stages) - commis aux stages 5 jours
Rémunération des stages	Oui 14 semaines sur 29 semaines - les stages de 4^e année ne sont pas rémunérés	Non	Oui tous les stages, sauf 6 jours en milieu communautaire

Source : compilation spéciale effectuée pour le groupe de travail, 2001.

CADRE LÉGAL

Pour utiliser le titre d'ergothérapeute, la personne doit être membre de l'Ordre des ergothérapeutes du Québec (OEQ).

Selon l'article 36 o) du Code des professions, « nul ne peut utiliser le titre d'« ergothérapeute » ni un titre ou une abréviation pouvant laisser croire qu'il l'est, ni l'abréviation « erg. », ou s'attribuer des initiales pouvant laisser croire qu'il l'est ou les initiales « O.T. » ou « O.T.R. », s'il n'est titulaire d'un permis valide à cette fin et s'il n'est inscrit au tableau de l'Ordre professionnel des ergothérapeutes du Québec ».

Tout membre de l'OEQ peut exercer les activités professionnelles suivantes, en plus de celles qui lui sont autrement permises par la loi, soit « poser tout acte qui a pour objet le traitement d'une personne en vue d'améliorer son indépendance fonctionnelle, principalement par l'utilisation d'activités de travail ou d'autres activités humaines courantes » (article 37 o) du Code des professions).

LIEUX DE PRATIQUE

Les ergothérapeutes travaillent principalement dans des milieux de réadaptation (24 %), en milieux communautaires (18 %), en milieux de soins aigus de courte durée (15 %), en soins de longue durée (12 %), en centres de jour ou en cliniques externes (10 %) et en cliniques privées (9 %). La plupart (neuf sur dix) occupent un poste de clinicien dans le réseau public de la santé et des services sociaux.

Les quelque 1 167 diplômés des cohortes 1995 à 2000, qui étaient membres de l'Ordre en mai 2001 se sont dirigés dans une proportion de 77 % vers le réseau de la santé et des services sociaux, 16 % vers le secteur privé, 3 % vers le réseau scolaire et 4 % vers d'autres secteurs (recherche, enseignement, gouvernement, organismes communautaires).

Tableau 2

**Répartition des membres de l'Ordre des ergothérapeutes du Québec
selon les milieux de pratique (emploi principal) en 2001**

Type de milieu	Définition	Nombre de membres	
Réseau public de la santé et des services sociaux			
Réadaptation	CR ; unités de réadaptation fonctionnelle intensive (URFI)	700	25,7 %
Soins de longue durée	CHSLD ; unités de soins de longue durée	304	11,2 %
Centre jour/clinique ext.		243	8,9 %
Soins de courte durée	Unités de soins de courte durée	386	14,2 %
Soins psychiatriques	CHSP ; unités de soins psychiatriques	117	4,3 %
Communautaire	CLSC	485	17,8 %
Service d'aides techniques		30	1,1 %
		2 265	83,2 %
Milieu scolaire			
	École publique ; école spécialisée pour enfants avec besoins particuliers	68	2,5 %
Secteur privé			
Clinique/bureau privé		276	10,1 %
Industriel/commercial	Fabricant/fournisseur de matériel spécialisé ; compagnie d'assurances	15	0,6 %
		291	10,7 %
Enseignement/recherche			
Recherche	Institut de recherche ; unité de recherche	15	0,6 %
Universitaire	Université	42	1,5 %
		57	2,1 %
Organisme communautaire		4	0,1 %
Gouvernemental/paragouvernemental/ associatif		37	1,4 %
Total		2 722	100 %

Source : Ordre des ergothérapeutes du Québec, 2001.

1 OFFRE DE MAIN-D'ŒUVRE

La première étape de la démarche de planification de la main-d'œuvre consiste à déterminer l'offre de main-d'œuvre en ergothérapie au Québec répartie selon le groupe d'âge, le sexe et le statut d'emploi (temps complet, temps partiel).

L'offre de main-d'œuvre est constituée des ergothérapeutes en emploi, auxquels il conviendrait d'ajouter le cas échéant ceux qui sont en chômage ou qui travaillent dans un autre domaine et qui recherchent un emploi en ergothérapie.

1.1 Effectif en emploi

Le tableau 3 présente la distribution de l'effectif de départ estimé par le groupe de travail.

Tableau 3
Ergothérapie
Distribution de l'effectif selon le groupe d'âge, le sexe et le statut
en 2001

Groupe d'âge	Temps complet		Temps partiel		Total
	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes	
20-24 ans	8	92	6	171	277
25-29 ans	28	413	9	279	729
30-34 ans	44	333	15	263	655
35-39 ans	31	300	11	205	547
40-44 ans	23	210	5	98	336
45-49 ans	20	171	1	49	241
50-54 ans	9	54	0	21	84
55-59 ans	4	16	0	3	23
60-64 ans	0	7	0	1	8
65 ans et +	0	0	0	0	0
Total	167	1 596	47	1 090	2 900

Source : effectif estimé à partir des banques de données du MSSS et des membres inscrits au tableau de l'Ordre.

L'offre au 1^{er} janvier 2001 a été estimée selon le groupe d'âge, le sexe et le statut d'emploi à l'aide des banques de données de l'OEQ et du MSSS.

Les paramètres utilisés sont les suivants :

- effectifs en ergothérapie dans le réseau au 31 mars 2000 : 2 463 postes ;
- corrections pour tenir compte du facteur individu/poste (96 %) ;
- nombres hors réseau : 371 ;
- offre totale en mars 2000 : 2 735 ;
- addition d'une cohorte d'étudiants diplômés en juin 2000 : 165 ;
- offre totale en janvier 2001 : 2 900.

1.2 Effectif disponible

Compte tenu des indicateurs dont il disposait, le groupe de travail conclut que peu d'ergothérapeutes étaient disponibles au 1^{er} janvier 2001. Trois sources de données ont été utiles pour évaluer la disponibilité de la main-d'œuvre sur le marché :

- l'analyse des enquêtes Relance menées par le MEQ auprès des diplômés, qui font notamment état du taux d'intégration des nouveaux diplômés deux ans après leur promotion ;
- l'enquête sur les postes vacants dans les établissements du réseau de la santé et des services sociaux ;
- l'analyse des niveaux d'activité des effectifs à temps partiel en emploi dans le réseau de la santé et des services sociaux.

LES ENQUÊTES RELANCE AUPRÈS DES DIPLÔMÉS

Les enquêtes successives du ministère de l'Éducation auprès des diplômés en ergothérapie deux ans après l'obtention de leur diplôme offrent l'occasion d'évaluer la tendance historique du taux d'intégration des diplômés et permettent la comparaison avec la performance d'autres disciplines.

Les données indiquent un taux de chômage négligeable et un taux d'intégration au marché du travail très élevé.

Tableau 4

**Situation des personnes diplômées en ergothérapie
en janvier 1994, 1997, 1999 et 2001
des promotions de 1992, 1994, 1997 et 1999**

	Promotion de 1992 en 1994	Promotion de 1994 en 1997	Promotion de 1997 en 1999	Promotion de 1999 en 2001
Personnes diplômées (nombre)	166	198	184	166
Taux de réponse (%)	69,3	66,2	64,7	60,2
En emploi (%)	89,6	93,9	93,3	85,0
À la recherche d'un emploi (%)	5,2	1,5	0,8	1,0
Aux études (%)	5,2	4,6	5,9	12,0
Personnes inactives (%)	0,0	0,0	0,0	2,0
À temps plein (%)	85,4	83,7	91,9	89,4
En rapport avec la formation (%)	100	98,1	100	98,7
À temps partiel (%)	14,6	16,3	8,1	10,6
En rapport avec la formation (%)	100	95,0	100	

Source : MEQ, Relance à l'université, compilation spéciale, 2001

On constate une légère diminution du taux global d'intégration au marché du travail après l'obtention du baccalauréat, essentiellement attribuable à la propension croissante des nouveaux diplômés à poursuivre des études (12 % en 2001). Les autres diplômés sont en emploi, pour la vaste majorité à plein temps (91,9 % en 1999, 89,4 % en 2001), dans leur domaine de formation.

En définitive, pratiquement tous les diplômés des dernières promotions seraient actifs dans leur domaine, ce qui constitue un indicateur de la faible probabilité de trouver une main-d'œuvre excédentaire en ergothérapie. On observe par ailleurs que, parmi les nouveaux diplômés en emploi, un certain nombre travaillent à temps partiel.

Tableau 5

Situation des personnes diplômées en ergothérapie
Raisons du travail à temps partiel

Raisons du travail à temps partiel		Nombre	%
Promotion en 1994	Je n'avais pu trouver que du travail à temps partiel	6	42,9
	Je ne voulais pas de travail à temps plein	1	7,1
	J'avais plus d'un emploi	6	42,9
	Autres raisons	1	7,1
Promotion en 1997	J'avais des obligations personnelles et familiales	1	5,0
	Je n'avais pu trouver que du travail à temps partiel	11	55,0
	J'avais plus d'un emploi	5	25,0
	Autres raisons	3	15,0
Promotion en 1999	J'avais des obligations personnelles et familiales	1	11,1
	Je n'avais pu trouver que du travail à temps partiel	5	55,6
	J'avais plus d'un emploi	3	33,3

Source : MEQ, Relance à l'université, compilation spéciale, 2001.

La raison invoquée « Je n'avais pu trouver que du travail à temps partiel » représente la principale cause du travail à temps partiel.

L'ENQUÊTE SUR LES POSTES VACANTS

Par ailleurs, l'enquête menée au printemps de 2001 sur les postes vacants dans le réseau de la santé et des services sociaux révèle que 3,5 % des postes en ergothérapie étaient vacants (86 postes), dont 1,7 % (42 postes) demeuraient en recrutement actif trois mois après la fin de l'affichage externe.

Dans un contexte de pénurie de main-d'œuvre, il est généralement plus difficile de combler un poste « temporairement » dépourvu de titulaire que de combler un poste régulier. Or, l'enquête montre un taux de postes temporairement dépourvus de titulaire particulièrement élevé⁵ (16 %).

5. Soit 181 postes parmi les établissements recensés, ou 393 postes si on l'extrapole à l'ensemble des établissements. Considérant que 134 postes sont comblés par assignation temporaire, 47 postes ne seraient pas comblés, ou 102 postes si on l'extrapole à l'ensemble des établissements.

Ces données confirment l'absence de disponibilité de main-d'œuvre sur le marché. Cette situation paraît d'autant plus préoccupante que la demande potentielle d'ergothérapeutes, pour peu que les établissements disposent des ressources budgétaires, s'avérerait importante comme l'indique la même enquête. En effet, le nombre de postes supplémentaires requis pourrait s'élever à plus de 500 au sein des établissements du réseau⁶, ce qui représenterait une augmentation de 20 % par rapport à l'effectif actuel.

DISPONIBILITÉ DES EFFECTIFS À TEMPS PARTIEL

Le niveau d'activité des ressources professionnelles, qui peut se traduire par le nombre d'heures travaillées en moyenne durant l'année, représente une variable importante de la demande en main-d'œuvre et une bonne indication de l'offre de main-d'œuvre.

La contribution des effectifs en ergothérapie à temps partiel dans le réseau est passée de 33 % des heures régulières travaillées en 1985-1986 à 47 % en 1999-2000.

Cette évolution résulterait à la fois d'une augmentation de la proportion d'employés à temps partiel, d'une augmentation des heures travaillées par poste à temps partiel et d'une diminution des heures travaillées par poste régulier.

6. Soit 233 postes pour 46 % des établissements.

Tableau 6

**Évolution des heures travaillées selon le poste et le statut en ergothérapie
dans le réseau de la santé et des services sociaux
de 1985-1986 à 1999-2000**

	Temps complet régulier	Temps partiel régulier	Temps partiel occasionnel
1985-1986	1 271	821	761
1986-1987	1 276	809	765
1987-1988	1 338	899	852
1988-1989	1 303	832	816
1989-1990	1 297	846	861
1990-1991	1 281	830	907
1991-1992	1 263	852	895
1992-1993	1 267	874	890
1993-1994	1 287	891	868
1994-1995	1 267	911	810
1995-1996	1 222	921	807
1996-1997	1 208	918	801
1997-1998	1 227	929	801
1998-1999	1 215	940	791
1999-2000	1 219	940	873

Source : ministère de la Santé et des Services sociaux, 2001

Ainsi, en 1999-2000, le personnel à temps partiel régulier (940 heures) accomplissait 77 % des heures du personnel à temps complet régulier (1 219 heures). La proportion des heures travaillées des employés à temps partiel occasionnel correspondait pour sa part à 72 % (873 heures). La contribution de ces derniers s'élevait à 907 heures en 1990-1991. Un relèvement à ce niveau représenterait toutefois un apport supplémentaire marginal.

Par ailleurs, il ne faudrait pas conclure que l'on pourrait dégager une pleine disponibilité additionnelle complète du personnel travaillant à temps partiel compte tenu qu'un certain nombre d'ergothérapeutes, comme du reste d'autres catégories de professionnels, ne peuvent pas ou ne souhaitent pas travailler à temps complet.

La diminution des heures travaillées par le personnel à temps complet régulier et l'augmentation des besoins de personnel à temps partiel pourraient par ailleurs s'expliquer par une augmentation des absences prolongées au sein du personnel à temps complet régulier, nécessitant en contrepartie davantage de personnel à temps partiel.

Dans l'ensemble, la grande majorité des douze catégories de congé compilées par le Ministère sont soit stables dans le temps, soit prévisibles, soit encore de faible importance quant à la durée ou au nombre d'utilisateurs. Toutefois, parmi l'ensemble des congés, la catégorie « assurance salaire » a particulièrement attiré l'attention au cours des dernières années. Il faut noter que la situation peut s'avérer critique lorsque le pourcentage d'utilisation des congés augmente (*a fortiori* lorsque le groupe est important) et que la durée moyenne du congé augmente.

On sait que le MSSS a rendu public récemment un plan d'action 2001-2004 qui propose des pistes de solutions pour le dépistage, la prévention, le traitement et le prompt retour au travail des personnes touchées, entre autres par des troubles psychologiques provoqués par la surcharge de travail ou par une organisation du travail déficiente. Il se dégage un consensus pour accentuer les efforts visant à mieux gérer les présences, en particulier grâce à une meilleure organisation du travail et une plus grande disponibilité de main-d'œuvre, cette disponibilité se trouvant limitée pour le moment.

1.3 Pénurie initiale

Le groupe de travail devait déterminer s'il y avait pénurie d'ergothérapeutes et, dans l'affirmative, mesurer l'ampleur de cette pénurie.

Trois scénarios ont été envisagés :

- aucune pénurie ;
- une pénurie de 85 ergothérapeutes ;
- une pénurie de 175 ergothérapeutes.

Compte tenu du fait que tous les nouveaux diplômés ont rapidement un emploi après de leurs études, du manque de marge de manœuvre pour répondre aux remplacements (maladie, congé prolongé, supervision des stagiaires, etc.), du nombre de postes vacants, soit 87 selon l'enquête sur les postes vacants, et des besoins exprimés par les établissements, soit 233 selon l'enquête précitée, il ressort qu'une addition de 175 ergothérapeutes à la demande de main-d'œuvre en janvier 2001 rétablirait l'équilibre entre l'offre et la demande. Il s'agit d'une évaluation représentant un taux de postes vacants passablement élevé de 6 %.

Un apport de cette importance eu égard à l'offre actuelle permettrait de combler les postes vacants et de constituer une marge de manœuvre pour le remplacement des absences temporaires (maladie, congé prolongé, maternité, etc.), pour la supervision des stages et pour répondre aux besoins en croissance exprimés.

2 PROJECTION DE L'ATTRITION

La deuxième étape de la démarche de planification de la main-d'œuvre a consisté à estimer l'attrition annuelle jusqu'en 2016. Il s'agit plus précisément de faire la projection des départs pour retraite, décès ou cessation d'emploi. On entend par « cessation d'emploi » toute situation où une personne quitte définitivement son emploi pour des raisons autres que la retraite ou le décès. La projection vise l'ensemble des effectifs (secteurs privé et public).

Le tableau 7 regroupe les résultats de la projection de l'attrition annuelle de 2001 à 2016. À l'instar des exercices de planification de la main-d'œuvre pour d'autres professions dans le secteur de la réadaptation physique, le modèle applique des taux moyens de départs du personnel selon le groupe d'âge, le sexe et le statut d'emploi. Ces taux ont été délimités à partir des taux établis par les actuaires de la Commission administrative des régimes de retraite et d'assurances (CARRA) et d'un fichier de participants au RREGOP. Il s'agit de départs à la retraite, à la suite d'un décès ou pour cessation d'emploi.

DÉPARTS SELON LE STATUT D'EMPLOI

Les effectifs à l'étude forment un groupe relativement jeune, la moyenne d'âge étant de 35 ans. Par conséquent, le nombre de retraites et de décès au début de la période s'avère peu élevé. Les départs sont principalement dus aux cessations d'emploi. Or, selon les études de la CARRA, la propension plus ou moins forte à la cessation d'emploi est grandement conditionnée par le statut de l'employé, selon que celui-ci travaille à plein temps ou à temps partiel. Avec l'objectif d'évaluer avec le plus de réalisme possible le niveau de cessation d'emploi chez les ergothérapeutes, le groupe de travail a envisagé trois scénarios :

- le maintien des statuts actuels ;
- l'évolution des statuts où tous se comporteraient comme des employés à temps complet ;
- un scénario intermédiaire entre les deux hypothèses précédentes.

Le groupe de travail a opté pour le scénario intermédiaire, lequel fait en sorte de réduire la propension des ergothérapeutes à quitter le réseau. On accepte en effet qu'en situation de pénurie il y aurait une proportion plus importante d'emplois avec un nombre d'heures se rapprochant du temps complet, ce qui amènerait un taux de cessation d'emploi moins élevé.

PROJECTION DES DÉPARTS

Le tableau 7 présente les résultats de la projection initiale des départs du personnel en ergothérapie de 2000 à 2016.

Tableau 7
Projection des départs de l'effectif initial en ergothérapie
de 2001 à 2016

	Retraites	Décès	Cessations d'emploi	Total
2001	6,1	2,2	38,8	47,1
2002	7,2	2,3	36,4	45,9
2003	8,7	2,5	34,3	45,4
2004	10,8	2,6	32,3	45,8
2005	13,6	2,7	30,5	46,8
2006	16,4	2,8	28,8	48,1
2007	19,7	3,0	27,4	50,1
2008	23,6	3,1	26,1	52,8
2009	30,3	3,3	25,0	58,6
2010	37,3	3,4	23,8	64,5
2011	40,7	3,5	22,8	67,0
2012	42,8	3,6	21,8	68,2
2013	45,1	3,7	21,0	69,8
2014	46,6	3,8	20,4	70,7
2015	54,2	3,8	19,1	77,1
2016	59,1	3,9	18,0	81,0
Total	462,2	50,2	426,6	938,9

Note - Le total ne correspond pas nécessairement à la somme des parties, les données ayant été arrondies.

Les 47 départs prévus en 2001 peuvent être comparés aux mouvements enregistrés au tableau de l'OEQ qui a enregistré une moyenne de 114 départs (radiations pour non-paiement) et 78 retours à la pratique (réinscriptions) de 1997-1998 à 1999-2000. En postulant que le flux moyen de retours à la pratique reflète des départs temporaires, on peut sommairement estimer qu'il y a eu en moyenne 36 départs définitifs (114 - 78) annuellement au cours de la période (40 en extrapolant à tout l'effectif).

Cette donnée tend à confirmer les résultats obtenus par le modèle pour l'année 2001 (40 départs contre 47 départs selon le modèle). Par rapport aux effectifs totaux, il s'agit d'une différence relativement minime (1,4 % contre 1,6 %).

Il est à noter que d'autres exercices de PMO, notamment pour les infirmières et les pharmaciens, se sont intéressés aux causes et aux motivations des personnes qui abandonnent la profession afin d'évaluer le potentiel de retour à la pratique ou de réduire le nombre de départs. Compte tenu des résultats de ces évaluations et des mesures adoptées le cas échéant, il y aura lieu d'examiner la pertinence d'entreprendre des actions à cet égard en réadaptation physique dans le cadre du suivi du processus de planification.

3 ESTIMATION DES BESOINS EN MAIN-D'ŒUVRE ET DE RECRUTEMENT

La troisième étape de la démarche de planification de la main-d'œuvre a consisté à estimer l'évolution des besoins en main-d'œuvre dans le domaine de l'ergothérapie.

INDICE D'ÉVOLUTION DES BESOINS

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

En ce qui a trait au taux de croissance annuel, trois scénarios ont été examinés. Il faut noter que chacun comporte implicitement la nécessité de combler la pénurie initiale de 175 ergothérapeutes.

SCÉNARIO A : CROISSANCE ANNUELLE MOYENNE DE 1,82 %

Selon le scénario A, l'effectif progresserait à un taux de croissance annuel moyen de 1,82 %, c'est-à-dire un taux qui reflète l'effet de la croissance et du vieillissement de la population selon les estimations du MSSS⁷. Ce scénario correspond en quelque sorte à un scénario de base qui maintiendrait le *statu quo* en matière de services d'ergothérapie « par habitant ».

Il ne tient cependant pas compte des efforts supplémentaires qui pourraient être requis notamment pour s'assurer qu'une partie plus importante de cette population vieillissante demeure autonome le plus longtemps possible, de l'augmentation des taux de survie des patients grâce au développement de la science et de la technologie, ou encore de la poursuite du virage ambulatoire et de la désinstitutionnalisation qui appelleraient des investissements accrus au chapitre du maintien de l'autonomie des personnes.

7. Estimation des besoins en main-d'œuvre liés à l'évolution démographique de la population, MSSS, mai 2001.

SCÉNARIO B : CROISSANCE ANNUELLE MOYENNE DE 7,8 %

Le scénario B correspond à la tendance historique de la croissance des heures travaillées par les effectifs en ergothérapie dans le réseau de 1985-1986 à 1999-2000.

Un scénario de projection de la demande de main-d'œuvre sur la base de l'évolution tendancielle des effectifs requiert un regard attentif sur le passé (analyse rétrospective) et sur l'avenir (perspectives de développement).

ANALYSE RÉTROSPECTIVE

Les taux de croissance des effectifs en ergothérapie tant au Québec que dans le reste du Canada ont été remarquables, probablement les plus élevés parmi les titres d'emploi dans le secteur de la santé comme le montre le tableau 8.

Tableau 8
Taux de croissance annuel moyen de dix professions
dans le domaine de la santé au Québec, en Ontario et au Canada
de 1988 à 1997
En pourcentage

	Québec	Ontario	Canada
Ergothérapeutes	9,08	13,63	9,56
Physiothérapeutes	6,20	3,56	4,63
Inhalothérapeutes	4,62	7,18	6,17
Pharmaciens	2,91	3,57	3,07
Dentistes	2,40	1,75	1,87
Optométristes	2,02	2,49	2,58
Infirmiers	1,40	- 0,23	0,62
Médecins	1,32	0,87	1,18
Infirmiers auxiliaires	- 1,04	- 0,06	0,62
Techniciens de laboratoire	- 5,76	0,25	- 1,27

Source : INSTITUT CANADIEN D'INFORMATION EN SANTÉ (ICIS), Base de données sur le personnel de santé, *Personnel de santé au Canada 1988-1997*, 2000.

La croissance des besoins en ergothérapie s'est confirmée dans toutes les provinces. Cette évolution a notamment eu pour conséquence de réduire considérablement le bassin de population par ergothérapeute comme l'illustre le tableau 9.

Tableau 9
Nombre d'habitants par ergothérapeute actif
au Canada, selon la province,
1988, 1992, 1996, 1997 et 2000

	1988	1992	1996	1997	2000
Terre-Neuve	12 514	10 759	5 412	5 087	3 920
Île-du-Prince-Édouard	6 190	5 064	3 492	3 348	4 043
Nouvelle-Écosse	8 337	5 987	4 030	3 867	3 866
Nouveau-Brunswick	8 324	5 847	4 924	4 383	3 655
Québec	6 866	4 585	3 495	3 341	2 818
Ontario	11 441	4 261	4 188	4 116	3 452
Manitoba	4 667	4 207	4 040	4 015	2 714
Saskatchewan	12 036	8 881	6 991	5 949	4 626
Alberta	6 220	4 009	3 969	3 976	3 105
Colombie-Britannique	6 764	4 114	4 695	4 617	3 305
Canada	8 140	4 523	4 110	3 990	3 247

Source : INSTITUT CANADIEN D'INFORMATION EN SANTÉ (ICIS), Base de données sur le personnel de santé, *Personnel de santé au Canada 1988-1997, 2000*.

Ces données révèlent qu'au Québec :

- le bassin de population par ergothérapeute a diminué de plus de la moitié (59 %) au cours de la période 1988-2000 ;
- le bassin de population par ergothérapeute en 2000 était le plus faible au Canada, après le Manitoba.

FACTEURS DE CROISSANCE HISTORIQUE

La profession d'ergothérapeute, qui est relativement récente, a pris une expansion rapide au cours des quinze dernières années.

- de 1988 à 1991, les nouvelles admissions en ergothérapie (à temps complet) sont passées de 145 à 204 ;
- en 1988, 52 % des ergothérapeutes à l'emploi du réseau avaient moins de 30 ans (35 % en 2001).

Cette expansion a été favorisée par deux phénomènes majeurs :

- une tendance vers la spécialisation dans les soins de santé, tant dans le domaine de l'adaptation-réadaptation que dans les autres domaines (spécialités médicales, soins infirmiers, inhalothérapie, technologie médicale, etc.) ;
- une volonté sociale de favoriser l'autonomie fonctionnelle des personnes. Cette volonté n'a pas été étrangère à la nécessité de réduire la croissance des coûts associés à l'hospitalisation prolongée des personnes dans les établissements du réseau. Elle s'est entre autres traduite par le virage ambulatoire et la désinstitutionnalisation.

Dans ce courant l'ergothérapeute s'est avéré et demeure l'une des ressources professionnelles les plus appropriées pour atteindre les objectifs visés. La volonté de faire en sorte que les patients hospitalisés, les personnes hébergées et les personnes à domicile en perte d'autonomie puissent réapprendre à fonctionner dans leur quotidien ou conserver leur autonomie a conduit au recrutement d'un grand nombre d'ergothérapeutes.

Tableau 10

Effectifs en ergothérapie
Évolution des heures travaillées dans le réseau de la santé et des services sociaux
Heures régulières et supplémentaires,
1990-1991 et 1999-2000

	1990-1991	1999-2000	Croissance en ETP	Taux de croissance annuel moyen
Centre hospitalier de soins psychiatriques (CHPSY)	100 340	136 550	23	3,5 %
Centre hospitalier de soins généraux et spécialisés (CHSGS)	611 091	949 984	220	5,0 %
Centre d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) et Centre local de services communautaires (CLSC) et centre de santé	382 588	938 095	361	10,5 %
Centre de réadaptation pour les personnes ayant une déficience physique – auditive, visuelle, motrice, intellectuelle, ou pour les personnes alcooliques (CR)	236 870	465 622	148	7,8 %
Autres établissements	81,030	110,026	19	3,5 %
Total	1 411 919	2 600 276	771	7,0 %

Note - Les missions d'établissements utilisées sont celles de 1999-2000.

Source : MSSS, 2001.

Tableau 11

Milieus d'embauche des diplômés en ergothérapie
membres de l'Ordre des ergothérapeutes du Québec
1995-2001

	Nombre de diplômés	%
Milieus de la réadaptation	284	23,9 %
Milieus communautaires	226	19,0 %
Secteur privé	189	15,9 %
Courte durée/soins aigus	175	14,7 %
Longue durée	101	8,5 %
Centre de jour/clin.externes	72	6,1 %
Soins psychiatriques	51	4,3 %
Scolaire	32	2,7 %
Universitaire	19	1,6 %
Recherche	17	1,4 %
Gouv./paragouvernementale	11	0,9 %
SAT (serv. d'aides techniques)	8	0,7%
Organismes communautaires.	3	0,3 %
Industriel/commercial	2	0,2 %
Total	1 190	100 %

Source : banque de données de l'Ordre des ergothérapeutes du Québec.

À la lumière de ces données, on remarque que les établissements de réadaptation de même que les CHSLD et les CLSC ont été particulièrement actifs dans l'embauche de nouveaux diplômés, devant le secteur privé qui se classe au 3^e rang des employeurs.

PERSPECTIVES DE DÉVELOPPEMENT

Plusieurs facteurs sont susceptibles d'exercer une influence sur la demande de services en ergothérapie au cours de la période de projection. Premièrement, le nombre de personnes ayant des incapacités ou des limitations fonctionnelles requerrant des services thérapeutiques augmente :

- augmentation de la prévalence des crises cardiaques et des attaques cérébro-vasculaires dans la population ;
- croissance démographique des personnes âgées, chez qui les incapacités fonctionnelles sont plus fréquentes ;
- augmentation du nombre d'enfants présentant des retards de développement (malgré une baisse du taux de natalité) notamment en raison de la baisse du taux de mortalité infantile (amélioration du taux de survie des enfants prématurés), de la mise en place d'un programme de dépistage précoce, d'une plus grande sensibilité des parents vis-à-vis des retards de développement de leurs enfants, etc.⁸ ;
- augmentation des patients due à l'amélioration des taux de survie découlant des avancées médicales ;
- alourdissement des clientèles.

Deuxièmement, il existe une volonté de réduire les coûts relatifs à l'institutionnalisation des personnes en perte d'autonomie, notamment en améliorant les services à domicile :

- augmentation significative des besoins de réadaptation à domicile découlant de la réduction de la durée de séjour des patients dans les centres hospitaliers de manière à répondre aux besoins dans des délais raisonnables ;
- transformation des services en santé mentale.

8. Voir notamment *Un cadre de référence pour une intervention précoce auprès des enfants de moins de 6 ans qui présentent des problèmes de langage et de parole*, CREPAS, 2000 et *Évaluation et prise en charge des troubles de la parole et du langage dans la clientèle pédiatrique*, Réseau mère-enfant de l'Hôpital Sainte-Justine, 2000

Troisièmement, les objectifs d'amélioration, de consolidation et d'intégration des services demeurent :

- création de réseaux de services intégrés pour les personnes âgées en perte d'autonomie et pour les personnes vivant des problèmes majeurs de santé mentale ou atteintes de maladies complexes et souvent chroniques ;
- consolidation des services d'ergothérapie de 1^{re} et 2^e lignes en régions dans une perspective d'équité interrégionale ;
- consolidation des services d'adaptation et de réadaptation auprès des personnes souffrant de déficience intellectuelle, de déficience physique ou présentant des troubles envahissant de développement.

Quatrièmement, les services d'ergothérapie sont appelés à se développer en pratique privée (couverture des services d'ergothérapie par les assureurs) et en CLSC dans d'autres programmes que le maintien à domicile. Cinquièmement, les avancées technologiques en matière de prothèses et d'orthèses sont de plus en plus importants. Enfin, la participation des ergothérapeutes dans la promotion de la santé, la gestion ou la prestation des services sera plus grande (rôles de consultant, de formateur et de superviseur).

L'analyse rétrospective a permis de faire ressortir les principaux facteurs ayant contribué à l'expansion extraordinaire des services d'ergothérapie au cours des dernières années. Dans les années à venir, on estime que le recrutement d'ergothérapeutes connaîtra un rythme plus rapide que la moyenne, à la faveur d'une augmentation des patients ainsi que d'une amélioration et d'une consolidation des services.

SCÉNARIO C : CROISSANCE ANNUELLE MOYENNE DE 3 %

Le scénario C, dit intermédiaire entre le *statu quo* pondéré pour tenir compte de la croissance et du vieillissement de la population d'une part et le prolongement de la tendance historique d'autre part, correspond au taux de croissance prévu dans le cadre des travaux de la PMO pour les catégories d'emploi jugées actuellement les plus en demande, en l'occurrence les technologues en radio-oncologie et les pharmaciens en établissements de santé.

Si la tendance se maintenait, le groupe de travail aurait dû retenir un taux de 7,8 % par année pour simuler la croissance prévisible des besoins au cours des prochaines années, puisqu'il ne dispose pas d'indications voulant qu'il y aurait un ralentissement des besoins exprimés.

Cependant, dans un souci de prudence et sur la base de travaux qui démontrent qu'au cours des prochaines années des occasions de carrière plus grandes et plus variées seront offertes à des jeunes dont la population décroît⁹, et en considérant que les budgets alloués au secteur de la réadaptation physique demeureront vraisemblablement limités et eu égard aux possibilités d'une organisation du travail faisant davantage appel à du personnel de soutien technique et administratif, le groupe de travail a retenu un scénario général de croissance des besoins de 3 % par an. Ce scénario conservateur fera toutefois l'objet d'un suivi à court terme.

Dans la perspective où, selon le rapport de la Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux (rapport Clair), les dépenses sociosanitaires augmenteront de 1,6 % par année en moyenne durant le prochain quart de siècle, ce scénario de croissance de 3 % sous-tend une réallocation des ressources en faveur de l'ergothérapie.

Le tableau 12 présente les résultats de la projection des besoins de recrutement selon le scénario envisagé.

Tableau 12
Ergothérapie
Projection des besoins annuels en matière de recrutement, 2001 à 2016

	Départs attendus	Accroissement des besoins	Recrutement brut	Recrutement net ¹	Effectif requis
2001	47,1	267,3	314,4	322,4	3 167
2002	45,9	95,0	141,0	153,4	3 262
2003	45,4	97,9	143,3	159,9	3 360
2004	45,8	100,8	146,6	167,1	3 461
2005	46,8	103,8	150,6	175,1	3 565
2006	48,1	106,9	155,0	183,3	3 672
2007	50,1	110,2	160,3	192,4	3 782
2008	52,8	113,5	166,3	202,2	3 895
2009	58,6	116,9	175,5	215,3	4 012
2010	64,5	120,4	184,9	228,9	4 133
2011	67,0	124,0	191,0	239,1	4 257
2012	68,2	127,7	195,9	248,1	4 384
2013	69,8	131,5	201,3	257,5	4 516
2014	70,7	135,5	206,2	266,2	4 651
2015	77,1	139,5	216,7	280,4	4 791
2016	81,0	143,7	224,7	292,3	4 934
Total	938,9	2 034,6	2 973,5	3 583,6	

1. Le recrutement net tient compte du fait que, parmi les nouveaux arrivants sur le marché au cours de la période 2001-2016, il y aura également un certain nombre de départs qu'il faudra combler (attrition des nouveaux arrivés).

Note - Le total ne correspond pas nécessairement à la somme des parties, les données ayant été arrondies.

9. Marie-Ève Buteau et Suzanne Jean, *Perspective d'évolution des inscriptions au collégial et à l'université dans le contexte de la planification de la main-d'œuvre du réseau de la santé et des services sociaux*, ministère de la Santé et des Services sociaux, janvier 2002, 50 p.

4 COMPARAISON ENTRE LES BESOINS DE RECRUTEMENT ET LE NOMBRE DE DIPLÔMÉS

La quatrième étape du processus a consisté à comparer les besoins de recrutement avec le nombre de diplômés attendus si aucun changement n'advenait dans les inscriptions aux programmes de formation.

LES DIPLÔMÉS

Le groupe de travail a déterminé le nombre approximatif de diplômés en ergothérapie qui intégreront le marché du travail au cours des prochaines années, compte tenu des étudiants actuellement inscrits, de leur taux de diplomation et de leur taux d'activité. L'exercice a été fait université par université :

- **Université de Montréal**

En 1998, 75 étudiants ont été admis. La promotion 2001 est évaluée à 75, à laquelle est imputée un taux de diplomation de 90,7 %, de sorte que 68 étudiants obtiendront leur diplôme, dont 65 entreront sur le marché du travail au Québec.

En 1999, 100 étudiants ont été admis. La promotion 2002 est évaluée à 100, à laquelle les mêmes hypothèses de diplomation et d'installation sont appliquées, de sorte que 85 entreront sur le marché du travail.

En 2000, 2001 et les années subséquentes, le nombre des admissions, de même que les taux de diplomation et d'installation seront présumés constants pour la projection.

- **Université Laval**

Les entrées sont stables à 65 admissions. Le taux de diplomation est évalué à 89 % (attrition 11 %). On prévoit donc 58 diplômés annuellement, dont 95 % entreront sur le marché du travail, soit 55.

- **Université McGill**

Les entrées sont stables à 60 admissions. Le taux de diplomation est évalué à 90 % (attrition 10 %). On prévoit donc 54 nouveaux diplômés annuellement.

Le taux d'intégration au Québec des diplômés de McGill est estimé à 78,7 %, de sorte que 43 diplômés de McGill exercent au Québec au terme de leur formation.

Globalement, dans une perspective de *statu quo* en matière de formation et des autres paramètres, quelque 163 diplômés sont attendus sur le marché du travail en 2001 et 183 en 2002 et les années suivantes.

Le groupe de travail a également examiné d'autres variables telles que l'arrivée de diplômés de l'Université d'Ottawa (45 de 1995 à 2000, soit une dizaine par année) et l'accueil d'environ quinze étudiants hors contingentement¹⁰ (dont certains exercent au Québec au terme de leur formation). De même, le bilan de l'immigration et de l'émigration¹¹ a été apprécié.

Dans l'ensemble, ces facteurs ayant été jugés comme marginaux, ils n'ont pas été pris en compte dans la projection de l'offre de main-d'œuvre.

4.1 Comparaison entre les besoins de recrutement et le nombre de diplômés

Les écarts annuels entre le nombre de diplômés attendus (si rien n'est fait pour modifier la situation au chapitre des admissions, des taux de diplomation et des taux d'activité notamment) et les besoins annuels en ergothérapeutes selon les hypothèses retenues sont présentés dans le tableau 13.

10. De cinq à dix à l'Université de Montréal, deux à Laval et environ six à McGill. De 1995 à 2000, quinze étudiants européens ont été inscrits au programme particulier de l'Université de Montréal, dont neuf se sont installés au Québec au terme de leur formation.

11. Environ 70 demandes pour l'exercice de la profession à l'extérieur du Québec ont été enregistrées à l'OEQ de 1997-1998 au 14 mai 2001, dont 28 pour les États-Unis et 34 pour l'Ontario.

Tableau 13

Ergothérapie
Comparaison entre les besoins de recrutement et les diplômés disponibles, 2001 à 2016

	Départs attendus	Accroissement des besoins	Recrutement net ¹	Diplômés disponibles	Écart annuel	Écart cumulatif
2001	47,1	267,3	322,4	163	-159,4	
2002	45,9	95,0	153,4	183	29,6	-129,8
2003	45,4	97,9	159,9	183	23,1	-106,7
2004	45,8	100,8	167,1	183	15,9	-90,8
2005	46,8	103,8	175,1	183	7,9	-82,9
2006	48,1	106,9	183,3	183	-0,3	-83,2
2007	50,1	110,2	192,4	183	-9,4	-92,6
2008	52,8	113,5	202,2	183	-19,2	-111,8
2009	58,6	116,9	215,3	183	-32,3	-144,1
2010	64,5	120,4	228,9	183	-45,9	-190,0
2011	67,0	124,0	239,1	183	-56,1	-246,1
2012	68,2	127,7	248,1	183	-65,1	-311,2
2013	69,8	131,5	257,5	183	-74,5	-385,7
2014	70,7	135,5	266,2	183	-83,2	-468,9
2015	77,1	139,5	280,4	183	-97,4	-566,3
2016	81,0	143,7	292,3	183	-109,3	-675,6
Total	938,9	2 034,6	3 583,6	2 908		-675,6

1. Le recrutement net tient compte du fait que, parmi les nouveaux arrivants sur le marché au cours de la période 2001-2016, il y aura également un certain nombre de départs qu'il faudra combler (attrition des nouveaux arrivés).

Note - Le total ne correspond pas nécessairement à la somme des parties, les données ayant été arrondies.

Au moment où un éventuel rehaussement des admissions en 2002 entraînerait une augmentation des diplômés disponibles, soit en 2006, le déficit entre l'offre et la demande de main-d'œuvre serait évalué à 83 ergothérapeutes.

4.2 Admissions nécessaires

Dans le but de résorber une pénurie importante et de rétablir l'équilibre, le groupe de travail recommande d'augmenter de 85 les admissions en ergothérapie, c'est-à-dire de porter de 225 à 310 les nouvelles admissions aux programmes de formation en ergothérapie.

Tableau 14

Ergothérapie
Scénario de croissance des admissions pour répondre
aux besoins de recrutement, 2001 à 2016

(225 admissions en septembre 2001 et une hypothèse d'augmentation à 310 pour les années suivantes)

	Recrutement net ¹	Admissions projetées (A)	Diplômés disponibles (A * 81,3 %)	Écart annuel	Écart cumulatif
2001	322,4	225	163	-159,4	
2002	153,4	310	183	29,6	-129,8
2003	159,9	310	183	23,1	-106,7
2004	167,1	310	183	15,9	-90,8
2005	175,1	310	183	7,9	-82,9
2006	183,3	310	252	68,7	-14,2
2007	192,4	310	252	59,6	45,5
2008	202,2	310	252	49,8	95,3
2009	215,3	310	252	36,7	132,0
2010	228,9	310	252	23,1	155,2
2011	239,1	310	252	12,9	168,1
2012	248,1	310	252	3,9	172,0
2013	257,5	310	252	-5,5	166,5
2014	266,2	310	252	-14,2	152,4
2015	280,4	310	252	-28,4	124,0
2016	292,3	310	252	-40,3	83,7
Total	3 583,6		3 667		83,7

1. Le recrutement net tient compte que, parmi les nouveaux arrivants sur le marché au cours de la période 2001-2016, il y aura également un certain nombre de départs qu'il faudra combler (attrition des nouveaux arrivés).

Note - Le total ne correspond pas nécessairement à la somme des parties, les données ayant été arrondies.

Le tableau 14 fait ressortir les écarts annuels et cumulatifs entre l'offre et la demande d'ergothérapeutes selon un scénario prévoyant, à compter de 2002, l'augmentation de 225 à 310 des admissions dans les programmes de baccalauréat en ergothérapie.

Il faut considérer que la hausse des admissions en 2002 ne se répercutera sur le marché du travail qu'en 2006. Selon ce scénario, la pénurie se résorbe en quasi-totalité en 2007, lorsque les étudiants des groupes majorés en 2002 arriveront sur le marché du travail.

Cette augmentation substantielle a pour but de résorber en cinq ans la pénurie actuelle. On devra revoir, dans le suivi du plan d'action, la pertinence de maintenir les admissions à la lumière de l'évolution des besoins et de l'organisation du travail.

SECTION 4 AUDIOLOGISTES

DESCRIPTION SOMMAIRE DE LA PROFESSION

L'audiologiste dépiste, évalue, établit le diagnostic audiolgique, traite les troubles de l'audition et utilise les moyens de suppléance requis. Son exercice professionnel se traduit à travers des interventions de prévention-promotion, des soins et des services courants, spécialisés et ultrasécialisés auprès de personnes de tous âges présentant un large spectre de problèmes liés à la déficience physique ou intellectuelle, à la santé physique ou mentale et à la santé publique. Ses activités l'amènent également à agir en recherche et en enseignement.

L'audiologiste évalue la déficience en précisant la nature ainsi que les incapacités qui en résultent, comme celles liées à la perte auditive de nature conductive ou neurosensorielle, aux troubles auditifs centraux, aux acouphènes ou aux vertiges. En considérant les capacités et les besoins du patient, il analyse les conséquences de la perte auditive, dresse un plan d'intervention et voit à son application. Il fait les interventions thérapeutiques en assurant des services courants tels que ceux d'adaptation-réadaptation et de relation d'aide nécessaire pour pallier les effets de la déficience auditive en utilisant les aides auditives. L'audiologiste agit également en surdité professionnelle en considérant tout particulièrement les effets de l'environnement sonore en milieu de travail.

Pour ce faire, il fait des recommandations concernant les aménagements des espaces sonores et sur les stratégies de communication à mettre en place afin de contrôler le niveau de bruit ambiant. Grâce à ses compétences et ses actions, l'audiologiste prévient nombre de préjudices liés à la déficience auditive (physiques, psychologiques et en rapport avec le patrimoine) en contribuant directement au développement des personnes, à leur intégration sociale, scolaire et professionnelle de manière à leur permettre d'assurer leur rôle de citoyen. L'audiologiste soutient les personnes dans leurs démarches d'indemnisation auprès de la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ) et de la Commission de la santé et de la sécurité du travail (CSST).

PROGRAMME DE FORMATION

Au Québec, seule l'École d'orthophonie et d'audiologie de l'Université de Montréal offre un programme de formation en audiologie qui comprend un baccalauréat spécialisé en audiologie (B.Sc.) (109 crédits) ainsi qu'un programme de maîtrise professionnelle (M.O.A.) qui conduira en 2002 à la maîtrise professionnelle en audiologie (M.P.A.) (45 crédits). C'est ce diplôme (le standard reconnu) qui est requis pour exercer l'audiologie et devenir membre de l'Ordre.

Le nombre de diplômés est restreint puisque, entre 1997 et 2001, ils étaient 29 à terminer leurs études au Québec, soit une moyenne de 6 par année. Depuis 1999, le nombre de places en première année du programme, qui dure au minimum quatre ans (baccalauréat et maîtrise), a été porté à 20, soit une augmentation de plus d'une douzaine d'étudiants. Dans les faits, quatre étudiants ont été admis en 2001 et une douzaine devraient débiter en 2002.

En Ontario, l'Université d'Ottawa offre également un programme bilingue de maîtrise en audiologie qui, entre 1997¹ et 2001, a formé 27 étudiants, soit une moyenne de 5,5 annuellement. Au total, 39 diplômés en audiologie et en orthophonie ont été admis à l'Ordre au cours de cette période. On peut raisonnablement considérer qu'environ une dizaine d'entre eux l'ont été à titre d'audiologiste. À l'automne de 2001, six étudiants ont été admis à ce programme.

Quelque 5,5 diplômés des universités québécoises et deux de l'Université d'Ottawa se sont installés annuellement dans la pratique au Québec, pour un total de près de huit en moyenne par année depuis 1997.

La perspective d'une augmentation des admissions pose le problème de la capacité d'accueil des institutions d'enseignement et de la capacité d'augmenter les places de stages. Comme la communauté des professionnels audiologistes n'est pas très grande, la demande à recevoir des stagiaires revient souvent. L'augmentation de la charge de travail, la fatigue professionnelle et les difficultés logistiques éprouvées (par exemple le manque de bureaux pour accueillir les stagiaires) sont considérées comme autant d'obstacles qui rendent parfois laborieux l'organisation des stages. Ces problèmes sont à maints égards similaires à ceux vécus en physiothérapie et en ergothérapie.

Il y aurait donc lieu d'examiner la problématique de façon plus approfondie et de circonscrire les mesures à mettre en place pour y pallier, notamment en constituant des cliniques universitaires. À cet égard, le Comité de la formation des orthophonistes et des audiologistes a déjà amorcé des travaux qui visent à trouver des solutions.

CADRE LÉGAL

Il faut être membre de l'Ordre des orthophonistes et audiologistes du Québec et être inscrit au tableau de l'Ordre pour pouvoir exercer à titre d'audiologiste ou d'orthophoniste-audiologiste (art. 36 m du Code des professions, L.R.Q., chapitre c-26). L'article 37m du Code définit ainsi les activités professionnelles que peuvent exercer les membres de l'Ordre, en plus de celles qui leur sont autrement

1. 1997 constitue la première année où des diplômés en orthophonie et en audiologie ont été décernés à l'Université d'Ottawa.

permises par la loi : « étudier, examiner, évaluer et traiter les troubles de l'audition, de la voix, de la parole et du langage et utiliser les moyens de suppléance requis ».

Au-delà du Code des professions, le Règlement sur les aides auditives assurées en vertu de la Loi sur l'assurance-maladie du Québec (L.R.Q., c. a-29, a. 69 par. h.2, 22 mai 1997) réserve des activités d'évaluation et de prescriptions aux audiologistes pour les enfants de 0 à 12 ans, pour les adolescents de 12 à 18 ans, pour les personnes qui sont aux études ou encore pour les aînées de 75 ans et plus. En effet, on y prévoit qu'il doit faire l'évaluation globale des déficiences et des limitations fonctionnelles et poser un certain nombre d'actes concernant la recommandation d'aides auditives (prothèses ou aides de suppléance).

LIEUX DE PRATIQUE

La banque de données du réseau du MSSS distingue trois titres d'emploi en poste au 31 mars 2001 :

• Audiologistes :	107
• Orthophonistes :	338
• Audiologistes et orthophonistes :	322
• Total :	767

Il demeure ainsi difficile d'isoler sur le plan statistique tous les audiologistes du réseau puisque plusieurs (322) sont inscrits dans les registres de paie des employeurs sous le titre « d'audiologiste-orthophoniste ». Néanmoins, la répartition des 107 audiologistes inscrits à ce titre dans la banque de données du MSSS selon la mission d'établissements est la suivante :

• Centre hospitalier de soins généraux et spécialisés :	52
• Centre d'hébergement et de soins de longue durée :	1
• Centre local de services communautaires :	1
• Centre de réadaptation :	53
• Total :	107

Par ailleurs, il n'y a pas ou très peu d'audiologistes dans le réseau de l'éducation. Pour sa part, la banque de données de l'OOAQ établit ainsi le nombre de membres en janvier 2001 :

• Audiologistes :	180 ¹	(21 %)
• Orthophonistes :	865	(82 %)
• Audiologistes-orthophonistes :	11	(1 %)
• Total :	1 056	

1. Soit 73 audiologistes de plus que les 107 enregistrés dans la banque de MSSS. Cette répartition suggère que, parmi les 322 audiologistes-orthophonistes du réseau, il y aurait 73 audiologistes (23 %), soit une proportion sensiblement égale à la répartition effectuée par l'Ordre.

1 OFFRE DE MAIN-D'ŒUVRE

1.1 Effectif en emploi

En conjuguant les données du MSSS et de l'OOAQ, il a été possible d'établir la répartition des audiologistes selon le groupe d'âge et le sexe. Cette évaluation postule qu'environ 5 % des audiologistes ne sont pas membres de l'Ordre.

Tableau 1

Audiologie
Distribution de l'effectif selon le groupe d'âge et le sexe
en 2001

Groupe d'âge	Hommes	Femmes	Total
20-24 ans	1	3	4
25-29 ans	5	18	23
30-34 ans	6	25	31
35-39 ans	7	27	34
40-44 ans	7	30	37
45-49 ans	5	18	23
50-54 ans	4	16	20
55-59 ans	3	10	13
60-64 ans	1	4	5
65 ans et plus	0	2	2
Total	39	153	192

Comme on peut le constater, tous les audiologistes sont considérés comme travaillant à temps complet. En fait, les audiologistes du réseau du MSSS travaillent en moyenne 0,76 ETC (équivalent temps complet). Toutefois, plusieurs font le choix de travailler à temps partiel et d'autres exercent à la fois dans le réseau public et dans le secteur privé.

1.2 Effectif disponible

Si l'on considère qu'il y a peu d'audiologistes en chômage, qui travaillent à temps partiel et qui seraient disposés à travailler davantage ou qui travaillent dans un autre domaine tout en désirant travailler en audiologie, le groupe de travail convient qu'il n'y avait pas d'audiologistes libres pour occuper un emploi (cela ne signifie pas que certains audiologistes soient en transition de carrière, les mouvements normaux de personnel n'étant pas pris en considération).

Le taux d'intégration des nouveaux diplômés représente certes un bon indicateur de la demande de main-d'œuvre dans un secteur donné. Malheureusement, les enquêtes Relance du MEQ ne distinguent pas encore les audiologistes des orthophonistes.

Tableau 2

**Situation des personnes diplômées en audiologie et en orthophonie
en janvier 1994, 1997 et 1999
des promotions de 1992, 1994 et 1997**

	Promotion de 1992 en 1994	Promotion de 1994 en 1997	Promotion de 1997 en 1999
Personnes diplômées (nombre)	70	66	75
Taux de réponses (%)	65,7	68,2	46,7
En emploi (%)	91,3	91,1	91,4
À la recherche d'un emploi (%)	2,2	2,2	2,9
Aux études (%)	4,3	4,4	5,7
Personnes inactives (%)	2,2	2,2	0
À temps plein (%)	88,1	70,7	81,3
En rapport avec la formation (%)	100	100	100
À temps partiel (%)	11,9	29,3	18,8
En rapport avec la formation (%)	100	91,7	100

Source : MEQ, enquête Relance à l'université, compilation spéciale, 2001.

Comme pour l'ensemble des diplômés universitaires en réadaptation physique, le taux d'intégration en audiologie et orthophonie est excellent, c'est-à-dire supérieur à 90 %.

On note cependant un nombre significatif de personnes en emploi à temps partiel (11,9 % en 1994, 29,3 % en 1997 et 18,8 % en 1999). Cela n'a toutefois rien d'étonnant puisque 48 % des heures régulières et supplémentaires sont effectuées par les audiologistes-orthophonistes à temps partiel.

Tableau 3

Situation des personnes diplômées en audiologie et orthophonie
Raisons du travail à temps partiel

	Raisons du travail à temps partiel	Nombre	%
Promotion 1992 en 1994	• J'avais des obligations personnelles et familiales	2	40,0
	• Je n'avais pu trouver que du travail à temps partiel	2	40,0
	• J'avais plus d'un emploi	1	20,0
	• J'avais des obligations personnelles et familiales	2	18,2
Promotion 1994 en 1997	• Je n'avais pu trouver que du travail à temps partiel	6	54,5
	• Je ne voulais pas de travail à temps plein	1	9,1
	• J'étais malade ou invalide	1	9,1
	• J'avais plus d'un emploi	1	9,1
	• Je n'avais pu trouver que du travail à temps partiel	2	33,3
Promotion 1997 en 1999	• Je ne voulais pas de travail à temps plein	1	16,7
	• J'avais plus d'un emploi	2	33,3
	• Autres raisons	1	16,7

La raison principale du travail à temps partiel dans près de 40 % des cas (9 cas sur 22) était le manque d'offre d'emploi à plein temps.

1.3 Pénurie initiale

S'il n'y a pas globalement d'audiologistes de disponibles, on ne signale pas par ailleurs de pénurie importante. Pour l'année de départ de l'analyse prévisionnelle, le marché du travail serait pratiquement en équilibre. De fait, une addition de cinq audiologistes permettrait d'atteindre cet équilibre.

Cette situation est confirmée par l'enquête sur les postes vacants menée au printemps de 2001 dans les établissements du réseau pour les besoins du groupe de travail. Les établissements qui emploient les deux tiers des audiologistes du réseau (64 %) n'ont en effet signalé que trois postes vacants à temps complet et trois postes vacants à temps partiel.

Ce nombre paraît normal compte tenu du nombre d'établissements. On pressent toutefois que la marge de manœuvre est relativement mince, attendu que deux de ces postes étaient encore en recrutement actif plus de 90 jours après la fin de l'affichage externe. Pour nos travaux, nous retenons donc ici une pénurie initiale à combler de cinq audiologistes.

Par ailleurs, si les établissements disposaient des ressources budgétaires nécessaires, l'enquête susmentionnée indique que la demande potentielle d'audiologistes s'avérerait importante. De fait, le nombre de postes supplémentaires requis pourrait s'élever à plus de 75 dans l'ensemble des établissements du réseau, ce qui représenterait une augmentation de plus de 40 % par rapport à l'effectif actuel².

2. Soit 49 nouveaux postes pour 64 % des établissements employeurs ou 76 postes si l'on extrapole à l'ensemble des établissements. L'effectif total passerait de 191 à 267 audiologistes, soit une augmentation de 40 % par rapport à la situation actuelle.

2 PROJECTION DE L'ATTRITION

La deuxième étape de la démarche a consisté à évaluer l'attrition annuelle d'audiologistes pour la période 2001 à 2016.

La projection de l'attrition tient compte des départs à la retraite, à la suite de décès ou de cessation d'emploi. Les taux de départs sous-jacents à cette projection sont déterminés à partir des taux établis par les actuaires de la CARRA pour les besoins des évaluations actuarielles du RREGOP.

La propension à la cessation d'emploi chez les audiologistes prend en considération qu'ils travaillent à toutes fins utiles à plein temps. Les évaluations de la CARRA indiquent que la tendance à quitter le réseau est plus grande chez un groupe où le nombre de personnes travaillant à temps partiel est plus élevé.

Tableau 4

**Projection des départs de l'effectif en audiologie
de 2001 à 2016**

	Retraite	Décès	Cessation d'emploi	Total
2001	3,5	0,3	1,4	5,2
2002	3,6	0,3	1,3	5,2
2003	3,6	0,3	1,2	5,2
2004	3,8	0,3	1,2	5,3
2005	3,6	0,3	1,1	5,0
2006	3,7	0,3	1,0	5,1
2007	4,0	0,3	1,0	5,3
2008	4,2	0,3	0,9	5,4
2009	4,8	0,3	0,9	6,0
2010	4,7	0,3	0,8	5,8
2011	4,8	0,3	0,8	5,9
2012	4,9	0,3	0,7	6,0
2013	5,1	0,3	0,7	6,1
2014	5,1	0,3	0,6	6,1
2015	5,7	0,3	0,6	6,6
2016	6,0	0,3	0,5	6,8
Total	71,3	4,8	14,8	90,9

Note - Le total ne correspond pas nécessairement à la somme des parties, les données ayant été arrondies.

On constate que près de la moitié (91) de l'effectif actuel de 192 audiologistes aura quitté d'ici 2016 et qu'il faudra par conséquent en former un nombre équivalent pour assurer leur remplacement.

3 ESTIMATION DES BESOINS EN MAIN-D'ŒUVRE ET DE RECRUTEMENT

L'étape suivante du processus a consisté à déterminer l'évolution annuelle des besoins pour la période projetée.

INDICE DE DÉVELOPPEMENT DES BESOINS

Trois scénarios ont été envisagés par le groupe de travail, soit les scénarios A, B et C.

SCÉNARIO A : CROISSANCE ANNUELLE MOYENNE DE 1,86 %

Le scénario A tient compte des effets de la croissance et du vieillissement de la population sur les services offerts par les audiologistes (et les orthophonistes) dans les établissements du réseau, selon une analyse interne du MSSS commandée par le groupe de travail³.

SCÉNARIO B : CROISSANCE ANNUELLE MOYENNE DE 5,5 %

Le scénario B correspond à l'hypothèse selon laquelle la tendance relative à la croissance de la demande de travail (exprimée en heures travaillées) se poursuivra au même rythme que la demande globale de travail en audiologie-orthophonie dans le réseau au cours de la période 1985-1986 à 1999-2000.

ANALYSE RÉTROSPECTIVE

Les derniers travaux de planification de la main-d'œuvre en audiologie sont récents. De fait, en mai 2000, le ministère de la Santé et des Services sociaux publiait un document produit par le Comité sur l'effectif en audiologie et en orthophonie⁴. Ce rapport concluait entre autres qu'au Québec les services aux personnes présentant des difficultés de communication, notamment une déficience auditive, étaient nettement sous-développés autant en ce qui concerne les services de base que les services spécialisés. Si l'on considère par exemple les ratios de professionnels orthophonistes et audiologistes québécois et ontariens en 1999, « la parité entre les deux provinces nécessiterait un ajout au Québec de 462 spécialistes ». En appliquant la proportion que l'on trouve généralement en Amérique du Nord entre les audiologistes et les orthophonistes, soit 20 % pour les premiers et 80 % pour les seconds, ce chiffre représenterait un manque de 92 audiologistes au Québec pour atteindre un niveau comparable à

3. *Estimation des besoins en main-d'œuvre liés à l'évolution démographique de la population*, Suzanne Jean, MSSS, mai 2001.

4. Georges Jodoin, *Rapport des travaux. Comité sur l'effectif en audiologie et en orthophonie*, ministère de la Santé et des Services sociaux, mai 2000, 44 p. et annexes.

celui de l'Ontario. Il était également indiqué que l'accès aux services dans l'est du Québec apparaissait au moins deux fois plus limité que dans l'est de l'Ontario. Par ailleurs, en 1992, le Québec faisait piètre figure en comparaison des ratios des autres provinces. On ne dispose pas de données plus récentes concernant les comparaisons interprovinciales sur les effectifs en audiologie et en orthophonie.

Ainsi, tel qu'il est mentionné dans le *document Synthèse des présentations d'associations d'utilisateurs en orthophonie et en audiologie*⁵, les représentants des associations de personnes⁶ qui présentent des troubles de la communication faisaient état de difficultés majeures d'accessibilité dans toutes les régions du Québec, de listes d'attente qui dépassent les deux ans pour les jeunes enfants et des difficultés majeures de services pour les adultes et les personnes âgées.

Depuis, certaines recommandations ont été appliquées quant à la formation et à la planification de la main-d'œuvre. Pour la formation, on y recommandait notamment de maintenir le niveau des admissions en audiologie à l'Université de Montréal et, en ce qui concerne la planification de la main-d'œuvre, la mise à jour de l'exercice de planification en vue de fournir aux instances visées des indications sur l'équilibre de l'offre et de la demande de main-d'œuvre en audiologie et en orthophonie.

En matière d'évolution historique, on dispose de peu de données sur la croissance de la demande de main-d'œuvre en audiologie au cours de la période (1985-1986 à 1999-2000), les données disponibles étant amalgamées avec celles concernant les orthophonistes.

On peut cependant postuler que le nombre d'audiologistes a augmenté à peu près au rythme que l'Université de Montréal les a formés au cours de la période, malgré l'attrition et l'apport de quelques diplômés venant de l'extérieur du Québec. Selon les données fournies par l'Ordre, on aura formé 29 audiologistes de 1996-1997 à 2000-2001 à l'Université de Montréal, soit en moyenne 6 audiologistes par année.

Pour sa part, l'Université d'Ottawa a formé 27 audiologistes au cours de la même période. Par ailleurs, 47 nouveaux membres se sont inscrits à l'Ordre comme membres réguliers à titre d'audiologistes de 1996-1997 à 2000-2001. Ces données suggèrent qu'une proportion importante des diplômés de l'Université d'Ottawa s'installent au Québec. En postulant cinq départs en moyenne annuellement, on peut présumer que l'effectif serait passé de 165 à 192 en quatre ans, selon un taux

5. *Synthèse des présentations d'associations d'utilisateurs en orthophonie et en audiologie*, rapport final, ministère de la Santé et des Services sociaux, juin 2000, 52 p.

6. Notamment le Centre québécois de la déficience auditive qui représente près de 10 000 personnes ainsi que 60 associations et organismes intéressés, l'Association des Devenus Sourds et des Malentendants du Québec, l'Association du Québec pour les enfants avec problèmes auditifs (600 personnes) et le Regroupement québécois pour les personnes avec acouphènes (900 personnes).

de croissance annuel de 4 %, un taux légèrement inférieur à celui enregistré pour l'ensemble des effectifs en audiologie-orthophonie (5,5 %).

En dépit du nombre relativement restreint de postes vacants en audiologie selon l'enquête effectuée auprès des établissements du réseau, il y a une forte présomption que la croissance des effectifs ait été freinée par l'absence de disponibilité de main-d'œuvre dans ce secteur.

La croissance substantielle des admissions en audiologie à l'Université de Montréal en 1999 (de huit à vingt) témoigne d'une grille de lecture d'où il ressort que le potentiel de développement du marché sera important du point de vue de l'Université.

PERSPECTIVES DE DÉVELOPPEMENT

Au cours de la période de projection, les facteurs suivants sont susceptibles d'accroître les besoins en main-d'œuvre dans le domaine de l'audiologie :

- la nécessité de consolider les services de première et deuxième lignes en audiologie, notamment dans une perspective d'équité interrégionale et afin de réduire les listes d'attente⁷ ;
- la mise en place d'un programme de dépistage universel de la surdité chez les nouveau-nés⁸. Des audiologistes supplémentaires seront nécessaires pour la supervision des programmes et des examens de dépistage, pour l'évaluation plus approfondie des enfants dépistés en centres hospitaliers et pour l'intervention en centre de réadaptation ;
- un rehaussement des services en audiologie pour les enfants ayant une déficience auditive, une déficience du langage et de la parole, un trouble envahissant du développement ou une déficience intellectuelle⁹ ;
- une amélioration de l'accès aux services courants pour les adultes et les personnes âgées qui ont une déficience auditive ;
- un accroissement des services courants en rapport avec les problèmes de surdité professionnelle (action de prévention en première ligne et en prévention du bruit à la source en entreprise) ;
- l'amélioration des services courants et spécialisés en audiologie pour les adultes et les personnes âgées qui ont un AVC et pour les TCC ;
- les effets de la réassurance des réparations des aides auditives et de la réintroduction d'aides de suppléance pour les Québécois de plus de 18 ans.

7. Il s'agit d'une orientation générale du ministère de la Santé et des Services sociaux (voir annexe 3).

8. Avis de l'Ordre des orthophonistes et audiologistes du Québec sur le dépistage universel de la surdité chez les nouveau-nés.

9. OOAQ, *Perspectives d'avenir*, projet, novembre 2001.

SCÉNARIO C : CROISSANCE ANNUELLE MOYENNE DE 3 %

Le scénario C, dit intermédiaire entre le *statu quo* pondéré pour tenir compte de la croissance et du vieillissement de la population d'une part et le prolongement de la tendance historique d'autre part, correspond au taux de croissance prévu dans le cadre des travaux de la PMO pour les catégories d'emploi jugées actuellement les plus en demande, en l'occurrence les technologues en radio-oncologie et les pharmaciens en établissements de santé.

Si la tendance se maintenait, le groupe de travail aurait dû retenir un taux de 5,5 % par année pour simuler la croissance prévisible des besoins au cours des prochaines années, puisqu'il ne dispose pas d'indications voulant qu'il y aurait un ralentissement des besoins exprimés.

Cependant, dans un souci de prudence et sur la base de travaux qui démontrent qu'au cours des prochaines années des occasions de carrière plus grandes et plus variées seront offertes à des jeunes dont la population décroît¹⁰, et en considérant que les budgets alloués au secteur de la réadaptation physique demeureront vraisemblablement limités et eu égard aux possibilités d'une organisation du travail faisant davantage appel à du personnel de soutien technique et administratif, le groupe de travail a de retenu un scénario général de croissance des besoins de 3 % par an. Ce scénario conservateur fera toutefois l'objet d'un suivi à court terme.

Dans la perspective où, selon le rapport de la Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux (rapport Clair), les dépenses sociosanitaires augmenteront de 1,6 % par année en moyenne durant le prochain quart de siècle, ce scénario de croissance de 3 % sous-tend une réallocation des ressources en faveur de l'audiologie.

Le tableau 5 présente la projection des besoins annuels de recrutement selon le scénario envisagé.

10. Marie-Ève Buteau et Suzanne Jean, *Perspective d'évolution des inscriptions au collégial et à l'université dans le contexte de la planification de la main-d'œuvre du réseau de la santé et des services sociaux*, ministère de la Santé et des Services sociaux, janvier 2002, 50 p.

Tableau 5

Audiologie
Projection des besoins annuels de recrutement, 2001 à 2016

	Départs attendus	Accroissement des besoins	Recrutement brut	Recrutement net ¹	Effectif requis
2001	5,2	10,9	16,1	16,3	203
2002	5,2	6,1	11,3	11,7	209
2003	5,2	6,3	11,5	12,0	215
2004	5,3	6,5	11,8	12,5	222
2005	5,0	6,7	11,7	12,5	228
2006	5,1	6,9	12,0	13,0	235
2007	5,3	7,1	12,4	13,5	242
2008	5,4	7,3	12,7	14,0	250
2009	6,0	7,5	13,5	15,0	257
2010	5,8	7,7	13,5	15,2	265
2011	5,9	7,9	13,8	15,7	273
2012	6,0	8,2	14,2	16,2	281
2013	6,1	8,4	14,5	16,7	289
2014	6,1	8,7	14,8	17,0	298
2015	6,6	8,9	15,5	18,0	307
2016	6,8	9,2	16,0	18,6	316
Total	90,9	124,3	215,3	237,9	

1. Le recrutement net tient compte du fait que, parmi les nouveaux arrivants sur le marché au cours de la période 2001-2016, il y aura également un certain nombre de départs qu'il faudra combler (attrition des nouveaux arrivés).

Note - Le total ne correspond pas nécessairement à la somme des parties, les données ayant été arrondies.

4 COMPARAISON ENTRE LES BESOINS DE RECRUTEMENT ET LE NOMBRE DE DIPLÔMÉS

La quatrième et dernière étape de l'analyse prévisionnelle consiste à comparer les besoins annuels anticipés de recrutement avec l'arrivée des nouveaux diplômés si aucun changement ne survient au chapitre des admissions aux programmes de formation, des taux de diplomation et d'installation au cours de la période.

4.1 Les diplômés

L'Université de Montréal est la seule institution à offrir un programme de formation en audiologie au Québec.

De 1996-1997 à 2000-2001, l'Ordre a enregistré en moyenne 9,4 nouveaux audiologistes. Par ailleurs, l'augmentation du nombre d'admissions en 1999 fera en sorte que l'on pourra compter sur 20 audiologistes annuellement à partir de 2004.

Le nombre de diplômés en audiologie qui entreront sur le marché du travail au cours des prochaines années a été établi sur la base des taux de diplomation et d'activité de 100 %.

Tableau 6

Projection du nombre de diplômés en audiologie
de 2001 à 2016

	Nombre d'audiologistes
2001	9
2002	9
2003	9
2004	20
2005	20
2006	20
2007	20
2008	20
2009	20
2010	20
2011	20
2012	20
2013	20
2014	20
2015	20
2016	20

4.2 Comparaison entre les besoins de recrutement et le nombre de diplômés

Le tableau 7 compare les besoins de recrutement selon le scénario retenu par le groupe de travail avec le nombre de diplômés en audiologie attendus selon les paramètres prévisibles en 2001.

Tableau 7

Audiologie Comparaison entre les besoins de recrutement et les diplômés attendus, 2001 à 2016

	Départs attendus	Accroissement des besoins	Recrutement net ¹	Diplômés disponibles	Écart annuel	Écart cumulatif
2001	5,2	10,9	16,3	9	-7,3	
2002	5,2	6,1	11,7	5	-6,7	-14,0
2003	5,2	6,3	12,0	13	1,0	-13,0
2004	5,3	6,5	12,5	20	7,5	-5,5
2005	5,0	6,7	12,5	20	7,5	2,0
2006	5,1	6,9	13,0	20	7,0	9,0
2007	5,3	7,1	13,5	20	6,5	15,5
2008	5,4	7,3	14,0	20	6,0	21,5
2009	6,0	7,5	15,0	20	5,0	26,5
2010	5,8	7,7	15,2	20	4,8	31,3
2011	5,9	7,9	15,7	20	4,3	35,6
2012	6,0	8,2	16,2	20	3,8	39,4
2013	6,1	8,4	16,7	20	3,3	42,7
2014	6,1	8,7	17,0	20	3,0	45,7
2015	6,6	8,9	18,0	20	2,0	47,7
2016	6,8	9,2	18,6	20	1,4	49,1
Total	90,9	124,3	237,9	287		49,1

1. Le recrutement net tient compte du fait que, parmi les nouveaux arrivants sur le marché au cours de la période 2001-2016, il y aura également un certain nombre de départs qu'il faudra combler (attrition des nouveaux arrivés).

Note - Le total ne correspond pas nécessairement à la somme des parties, les données ayant été arrondies.

4.3 Admissions nécessaires

On estime ainsi qu'il y aurait lieu de maintenir les admissions au programme de maîtrise en audiologie. Il faudra toutefois, dans le suivi du plan d'action, revoir périodiquement les paramètres utilisés.

SECTION 5 ORTHOPHONISTES

DESCRIPTION SOMMAIRE DE LA PROFESSION

L'orthophoniste dépiste, évalue, établit le diagnostic orthophonique, traite les troubles du langage oral et écrit (dysphasie, dyslexie, aphasie, autisme, troubles cognitiviolinguistique), de la parole (bégaiement, dysarthrie, communication non orale, etc.), de la voix (dysphonie, laryngectomie, etc.) et de la déglutition ainsi que les retards de langage et utilise les moyens de suppléance requis. Son exercice professionnel se déroule à travers des interventions de prévention-promotion, des soins et des services courants, spécialisés et ultraspécialisés auprès de personnes de tous âges et présentant un large spectre de problèmes liés à la déficience physique ou intellectuelle, à la santé physique ou mentale et à la santé publique. L'orthophoniste exerce en établissement de santé public, d'éducation et en cabinet privé auprès d'individus ou de groupes. Ses activités l'amènent également à agir en recherche et en enseignement.

L'orthophoniste évalue la déficience parole-langage ou le retard de développement de la communication, en précisant sa nature ainsi que les incapacités qui en résultent. En considérant les capacités et les besoins du patient, il analyse les conséquences de la déficience ou du retard, établit le plan d'intervention et voit à son application. Il effectue les interventions thérapeutiques, notamment en assurant des services courants comme ceux d'adaptation-réadaptation et de relation d'aide nécessaire pour corriger, pallier ou compenser les effets du trouble ou du retard de communication, en utilisant si nécessaire les aides à la communication. De plus en plus l'orthophoniste agit en prévention-promotion. Dans les écoles, il apporte une expertise unique en vue de permettre l'apprentissage des élèves qui ont une déficience du langage et de la parole ou un retard du développement de la communication. Il intervient aussi auprès des personnes qui présentent une dysphagie. Par ses compétences et ses actions, l'orthophoniste prévient nombre de préjudices (physiques, psychologiques et en rapport avec le patrimoine) liés à la déficience parole-langage, au retard de développement des personnes, à leur rôle de citoyen. L'orthophoniste soutient les personnes dans leurs démarches d'aide auprès de la Régie des rentes du Québec et d'autres autorités publiques ou privées.

PROGRAMME DE FORMATION

Au Québec depuis septembre 2001, trois universités offrent des programmes de formation en orthophonie. L'École d'orthophonie et d'audiologie de l'Université de Montréal offre un baccalauréat spécialisé en orthophonie (B.Sc.) (109 crédits) ainsi qu'une maîtrise professionnelle (M.O.A.) (45 crédits) qui conduira en 2002 à la maîtrise professionnelle en orthophonie (M.P.O.).

Entre 1997 et 2001, 180 étudiants ont terminé leurs études au Québec, soit une moyenne de 36 par année. Depuis 1999, le nombre de places en première année du programme a été porté à 50, soit une augmentation de quelque 8 étudiants. Dans les faits, 38 étudiants ont été admis au programme de maîtrise en 2001 et environ une cinquantaine le seront en 2002. Il faut compter au moins quatre ans entre l'admission au baccalauréat et la fin de la maîtrise professionnelle.

L'Université McGill offre également un programme de maîtrise en orthophonie, le « Master of Science (Applied) in Human Communication » (M.Sc.appl.), d'une durée minimale de deux ans (66 crédits). Un baccalauréat comprenant au moins l'équivalent d'une année de contenu spécifique est exigé à l'admission. La capacité d'accueil actuelle du programme est de 24 étudiants. Moins de 50 % des finissants s'installent annuellement au Québec pour exercer la profession. Entre 1997 et 2002, 199 étudiants ont terminé leurs études au Québec, soit une moyenne de 24 par année. En 2002, 26 étudiants devraient recevoir leur diplôme.

Finalement, l'Université Laval offre depuis septembre 2001 un programme de maîtrise en orthophonie (M.Sc.) d'une durée minimale de deux ans (66 crédits). Tout comme à l'Université McGill, un baccalauréat comprenant au moins l'équivalent d'une année de contenu spécifique est exigé. Pour cette première année, 22 étudiants sont inscrits, sur les 25 places offertes. Ces premiers étudiants devraient pouvoir exercer leur profession au début de 2004.

En Ontario, l'Université d'Ottawa possède également un programme bilingue de maîtrise en orthophonie qui, de 1997 à 2001, a été complété par 82 étudiants, soit une moyenne de 16,4 étudiants par année. Au total, 39 finissants en audiologie ou en orthophonie ont été admis à l'Ordre au cours de cette période. On peut raisonnablement considérer qu'environ une trentaine d'entre eux l'ont été à titre d'orthophoniste. À l'automne de 2001, 17 étudiants ont été admis à ce programme.

Entre 1997 et 2001, 299 étudiants ont terminé leurs études en orthophonie au Québec, soit une moyenne de 60 par année. De ce nombre, au moins 12 ne se sont pas installés au Québec pour exercer leur profession, de sorte que l'on peut réellement compter sur une cinquantaine de diplômés des universités québécoises, auxquels s'ajoutent en moyenne 5 à 6 gradués de l'Université

d'Ottawa, pour un total de 55 à 56 nouveaux praticiens annuellement depuis 1997.

La perspective d'une augmentation des admissions pose le problème de la capacité d'accueil des institutions d'enseignement et de la capacité d'augmenter les places de stages. Comme la communauté des professionnels en orthophonie est relativement réduite, les demandes pour recevoir des stagiaires reviennent souvent. L'augmentation de la charge de travail, la fatigue professionnelle et les difficultés logistiques éprouvées (par exemple le manque de bureaux pour accueillir les stagiaires) sont considérées comme autant d'obstacles qui rendent parfois laborieuses l'organisation des stages. Ces problèmes sont à maints égards similaires à ceux vécus en physiothérapie et en ergothérapie.

Il y aurait donc lieu d'examiner la problématique de façon plus approfondie et de circonscrire les mesures à mettre en place pour y pallier, notamment en implantant des cliniques universitaires. À cet égard, le Comité de la formation des orthophonistes et des audiologistes a déjà amorcé des travaux afin de trouver des solutions.

CADRE LÉGAL

Il faut être membre de l'Ordre des orthophonistes et audiologistes du Québec et être inscrit au tableau de l'Ordre pour pouvoir exercer à titre d'orthophoniste ou d'orthophoniste-audiologiste (art. 36 m du Code des professions, L.R.Q., chapitre c-26). L'article 37 m du Code définit ainsi les activités professionnelles que peuvent exercer les membres de l'Ordre, en plus de celles qui leur sont autrement permises : « étudier, examiner, évaluer et traiter les troubles de l'audition, de la voix, de la parole et du langage et utiliser les moyens de suppléance requis ».

Au-delà du Code des professions, à l'intérieur d'autres règlements ou cadres normatifs tels que les définitions concernant les élèves handicapés ou en difficulté d'apprentissage et d'adaptation (MEQ, 2000), des dispositions indiquent qu'un orthophoniste doit participer à l'établissement du diagnostic de déficience langagière.

LIEUX DE PRATIQUE

Environ 50 % des orthophonistes travaillent au sein de différentes missions d'établissements dans le réseau de la santé et des services sociaux, 40 % dans le réseau de l'éducation et 10 % en bureaux privés. Par ailleurs, parmi les 90 % d'orthophonistes qui exercent en établissements publics, au moins 15 % ont également une pratique privée.

1 OFFRE DE MAIN-D'ŒUVRE

1.1 Effectif en emploi

Dans le but d'évaluer l'attrition annuelle des orthophonistes pour la durée de la période de projection (2001-2016), il importe d'abord de répartir les orthophonistes en emploi selon le groupe d'âge et le sexe.

Cette première étape a été possible grâce aux banques d'information sur le personnel des réseaux de la santé et des services sociaux et de l'éducation et aux données de l'Ordre des orthophonistes et audiologistes du Québec.

Tableau 1
Orthophonie
Distribution de l'effectif selon le groupe d'âge et le sexe
en 2001

Groupe d'âge	Hommes	Femmes	Total
20-24 ans	0	3	3
25-29 ans	9	162	171
30-34 ans	9	162	171
35-39 ans	9	176	185
40-44 ans	7	135	142
45-49 ans	7	132	139
50-54 ans	5	89	94
55-59 ans	2	39	41
60-64 ans	0	10	10
65-69 ans	0	4	4
Total	48	912	960

Cette distribution prend en compte le fait que 10 % des diplômés en orthophonie ne sont pas membres de l'OOAQ.

Il faut noter par ailleurs que l'effectif n'a pas été réparti selon le statut d'emploi (temps complet, temps partiel). Dans les faits, selon une étude interne effectuée par l'Ordre en date du 31 mars 1999, le nombre moyen de jours par semaine travaillés par les orthophonistes était de :

- 4 jours (0,8 ETC) dans le réseau de la santé et des services sociaux ;
- 3,9 jours (0,78 ETC) dans les réseaux de l'éducation .

Cependant, pour le calcul de l'attrition, les orthophonistes seront considérés dans leur comportement au regard de la cessation d'emploi comme s'ils étaient des travailleurs à plein temps.

1.2 Effectif disponible

Dans le cadre de la démarche, il est prévu de vérifier la présence éventuelle d'orthophonistes qualifiés qui ne travaillent pas (chômage) qui travaillent dans un autre domaine tout en désirant travailler en orthophonie, ou qui travaillent à temps partiel et souhaitent travailler davantage.

Sur la base d'une importante pénurie d'orthophonistes au Québec abondamment documentée, il a été convenu qu'il n'y avait pas à toutes fins utiles d'orthophonistes de disponibles.

1.3 Pénurie initiale

Les investissements annoncés par le ministère de l'Éducation pour renforcer le personnel de soutien professionnel auprès de la population scolaire, dont l'apport d'orthophonistes, et par le ministère de la Santé et des Services sociaux dans le domaine de la réadaptation, en particulier pour les services en orthophonie, se sont heurtés à un manque d'orthophonistes.

Face à cette situation, le gouvernement a contribué à la recherche de professionnels qualifiés à l'étranger, spécifiquement dans le cas des orthophonistes (les seules autres expériences similaires visent la main-d'œuvre infirmière et les technologues en radio-oncologie).

Par ailleurs, l'enquête sur les postes vacants menée au printemps de 2001 auprès des établissements du réseau de la santé et des services sociaux révèle la présence, après pondération, de quelque 47 postes vacants. Cette donnée ne tient pas compte des postes qui ne sont pas ouverts par les établissements publics en raison de la pénurie.

Selon la même enquête, la demande potentielle d'orthophonistes, si les établissements disposaient des ressources budgétaires nécessaires, s'avérerait importante. De fait, le nombre de postes supplémentaires requis pourrait s'élever à 302 orthophonistes au sein des établissements du réseau de la santé et des services sociaux, ce qui représenterait une augmentation de 35 %¹ de l'effectif actuel.

1. Soit 136 postes supplémentaires pour 45 % des établissements employeurs ou 302 postes lorsque extrapolés à l'ensemble des établissements. L'effectif total passerait ainsi de 865 à 1 167 orthophonistes, soit une augmentation de 35 % par rapport à la situation actuelle.

Cette enquête ne tient pas compte de la demande potentielle des bureaux privés ni du réseau de l'éducation qui compte près de 400 orthophonistes. À cet égard, ce réseau cherchait en 2001 à recruter à l'étranger près de 50 candidats.

En définitive, le groupe de travail estime que la pénurie pourrait atteindre au moins 200 orthophonistes, soit près de 20 % de l'effectif actuel.

2 PROJECTION DE L'ATTRITION

La deuxième étape de l'exercice de planification a consisté à prévoir l'attrition annuelle des orthophonistes jusqu'en 2016. Il s'agit plus précisément de projeter les départs à la retraite, à la suite de décès ou à la suite d'une cessation d'emploi qui regroupe des raisons autres que la retraite ou le décès.

Le modèle de projection utilisé applique aux orthophonistes, à partir de la distribution selon le groupe d'âge et le sexe, des taux moyens de départs. Ces taux ont été définis à partir des taux établis par les actuaires de la Commission administrative des régimes de retraite et d'assurances (CARRA) et d'un fichier de participants au RREGOP.

Rappelons que ces taux sont différents selon qu'il s'agit d'employés à plein temps ou à temps partiel, ces derniers ayant une propension plus grande à la cessation d'emploi.

Dans la projection établie au tableau 2, tous les orthophonistes sont considérés comme travaillant à plein temps. On estime en effet que les orthophonistes, même si certains travaillent à temps partiel, se comportent dans les faits comme s'ils pouvaient travailler à plein temps. Par conséquent, ils sont moins enclins à quitter la profession.

Tableau 2

**Projection des départs de l'effectif initial en orthophonie
de 2000 à 2016**

	Retraite	Décès	Cessation d'emploi	Total
2001	10,0	1,1	7,3	18,4
2002	11,1	1,2	6,9	19,1
2003	12,2	1,2	6,5	20,0
2004	14,0	1,2	6,1	21,3
2005	15,0	1,3	5,8	22,1
2006	16,5	1,3	5,5	23,2
2007	18,4	1,3	5,1	24,9
2008	20,3	1,4	4,8	26,5
2009	23,9	1,4	4,6	29,9
2010	24,9	1,4	4,3	30,7
2011	25,2	1,4	4,1	30,7
2012	25,1	1,4	3,9	30,4
2013	25,0	1,4	3,7	30,1
2014	24,5	1,3	3,6	29,4
2015	25,7	1,3	3,3	30,3
2016	26,6	1,3	3,1	31,0
Total	318,4	20,8	79,2	418,4

La vingtaine de départs enregistrés annuellement selon le modèle (2001-2005) pourraient être comparés au nombre moyen de départs (radiations pour non-paiement) au tableau de l'Ordre au cours des dernières années, pondérés par le nombre moyen de réadmissions au cours de cette même période.

3 ESTIMATION DES BESOINS EN MAIN-D'ŒUVRE ET DE RECRUTEMENT

La troisième étape du processus a consisté à établir l'évolution annuelle des besoins en orthophonistes au cours de la période.

Trois scénarios ont été envisagés et chacun prend en considération le fait que la pénurie actuelle d'orthophonistes sera résorbée.

SCÉNARIO A : CROISSANCE ANNUELLE MOYENNE DE 1,86 %

Dans le scénario A, la croissance annuelle de l'effectif serait de 1,86 %, soit un taux qui tient compte des répercussions de la croissance et du vieillissement de la population sur les services offerts par les orthophonistes dans les établissements du réseau, selon une analyse interne du Ministère qui a été réalisée pour le groupe du travail.

On pourrait qualifier ce scénario de *statu quo* en matière de ratio par habitant si la pénurie actuelle était comblée. Il ne tient cependant pas compte d'une amélioration des services offerts aux personnes qui en bénéficient actuellement (réduction du nombre et de la durée d'attente, évaluation, traitement et suivi complétés) ni de la priorité donnée à certains groupes qui en reçoivent relativement peu (en l'occurrence les jeunes de 0 à 5 ans, les adolescents et les personnes âgées).

Enfin, il ne prend pas en considération la prévalence actuelle (nombre de cas par habitant, incluant les nouveaux cas de naissance prématurée, d'ACV, de déficience intellectuelle, etc.) ni les campagnes de dépistage et de prévention susceptibles de nécessiter l'intervention d'un orthophoniste.

SCÉNARIO B : CROISSANCE ANNUELLE MOYENNE DE 5,5 %

Le scénario B correspond à la poursuite de la croissance des heures travaillées par les orthophonistes (et les audiologistes) dans le réseau de la santé et des services sociaux de 1985-1986 à 1999-2000.

Selon ce scénario, le développement des services se poursuivrait au même rythme que l'effectif en audiologie-orthophonie de 1985-1986 à 1999-2000 dans le réseau, soit au rythme annuel moyen de 5,5 %.

ANALYSE RÉTROSPECTIVE

Rappelons que les derniers travaux de planification de la main-d'œuvre en orthophonie sont récents. De fait, en mai 2000, le ministère de la Santé et des Services sociaux publiait un document émanant du Comité sur l'effectif en

audiologie et en orthophonie². Ce rapport concluait notamment qu'au Québec les services aux personnes présentant des difficultés de communication, soit une déficience de la parole ou du langage ou un retard de développement, demeurent nettement sous-développés, autant en ce qui concerne les services de base que les services spécialisés.

Les comparaisons interprovinciales montraient que le Québec se situait au dernier rang en matière d'orthophonistes par habitant en 1992.

En 1999, une comparaison entre le Québec et l'Ontario indiquait que la recherche d'une parité entre les deux provinces nécessiterait un apport de 462 audiologistes-orthophonistes au Québec. En appliquant la proportion que l'on trouve généralement en Amérique du Nord entre les audiologistes et les orthophonistes, soit 20 % pour les premiers et 80 % pour les seconds, il y aurait un manque à gagner de 370 orthophonistes au Québec pour atteindre un niveau comparable à celui de l'Ontario.

À une échelle plus réduite, la comparaison entre l'est du Québec (incluant la région de Québec) et l'Est ontarien (incluant la région d'Ottawa) montrait que l'accès aux services était deux fois plus limité au Québec. L'étude faisait également ressortir des écarts considérables dans le développement des services entre les régions sociosanitaires.

Par ailleurs, les travaux du Comité avaient également donné lieu à une consultation des associations d'utilisateurs³ dont les comptes rendus ont été publiés dans un document intitulé *Synthèse des présentations d'associations d'utilisateurs en orthophonie et en audiologie*⁴.

Les représentants des associations ont fait état en particulier des difficultés majeures d'accessibilité dans toutes les régions du Québec, de listes d'attente qui dépassent les deux ans pour de jeunes enfants et des difficultés non moins majeures quant aux services aux adultes et aux personnes âgées. Le ministère de l'Éducation, qui participait aux travaux du Comité à titre de membre, était également interpellé en ce qui concerne les services à rendre aux enfants d'âge scolaire et les constats étaient similaires.

2. Georges Jodoin, *Rapport des travaux. Comité sur l'effectif en audiologie et en orthophonie*, ministère de la Santé et des Services sociaux, mai 2000, 44 p. et annexes.

3. L'Association québécoise pour les enfants atteints d'audimutité/dysphasie (AQEA), l'Association des jeunes bègues du Québec (AJBQ), l'Association québécoise pour les troubles d'apprentissage (AQETA), l'Association des bègues du Canada (ABC), l'Association québécoise des personnes aphasiques (AQPA), l'Association québécoise des personnes intéressées à l'aphasie (APIA), la Fédération québécoise des laryngectomisés et l'Association québécoise pour l'intégration sociale (AQIS).

4. Ministère de la Santé et des Services sociaux, juin 2000, 52 p.

Depuis, certaines recommandations ont été appliquées quant à la formation et à la planification de la main-d'œuvre. Au chapitre de la formation d'un nombre accru de professionnels pour rendre les services, on y recommandait notamment de créer un programme d'orthophonie à l'Université Laval, de maintenir le niveau des admissions en audiologie à l'Université de Montréal et, en ce qui concerne la planification de la main-d'œuvre, de mettre à jour l'exercice de planification en vue de fournir aux instances intéressées des indications sur l'équilibre entre l'offre et la demande de main-d'œuvre en audiologie et en orthophonie.

L'évolution de l'effectif en orthophonie

La croissance enregistrée au chapitre des heures travaillées (5,5 %) représente une moyenne globale qui, dans les faits, a varié considérablement au cours de la période de quatorze ans. Les variations ont été de l'ordre de 2 % en 1986-1987 et 1995-1996 et les plus fortes ont atteint 8 % en 1988-1989 et 10 % en 1993-1994.

Compte tenu que le nombre de diplômés a été relativement stable au cours de la période, la demande de travail a davantage été subordonnée aux budgets qu'à la disponibilité de la main-d'œuvre.

Tableau 3
Orthophonie
Évolution de l'effectif dans les réseaux de la santé et des services sociaux et de l'éducation de 1994-1995 à 1999-2000

	Réseau		Réseau		Total	
	MSSS Postes	MEQ individus	MSSS ETC	MEQ ETC	MSSS et MEQ postes ou individus	ETC
1994-1995	578	317	399	192	977	509
1995-1996	603	309	412	200	1 015	509
1996-1997	649	325	431	203	1 080	528
1997-1998	686	348	455	212	1 141	560
1998-1999	746	372	485	224	1 231	596
1999-2000	767	399	505	256	1 272	655
Variation						
Nombre	189	82	106	64	295	146
%	33 %	26 %	27 %	33 %	30 %	29 %
Taux de croissance annuel moyen						
	5,8 %	4,7 %	4,8 %	5,9 %	5,4 %	5,2 %

Le tableau 3 montre que l'évolution récente dans les deux réseaux s'apparente à celle de la période de référence (1985-1986 à 1999-2000) dans le réseau de la santé et des services sociaux.

Par ailleurs, la demande de main-d'œuvre a varié selon la mission des établissements, comme l'indique le tableau 4.

Tableau 4
Audiologie et orthophonie
Évolution des heures travaillées, heures régulières et supplémentaires
entre 1990-1991 et 1999-2000

	1990-1991	1999-2000	Croissance en ETC	Taux de croissance annuel moyen
Centre hospitalier de soins psychiatriques (CHPSY)	9 239	13 928	3	4,7 %
Centre hospitalier de soins généraux et spécialisés (CHSGS)	294 370	378 162	50	2,8 %
Centre d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) et Centre local de services communautaires (CLSC) et centre de santé	46 847	93 069	28	7,9 %
Centre de réadaptation pour les personnes ayant une déficience physique-auditive, visuelle, motrice, intellectuelle, ou pour les personnes alcooliques (CR)	130 665	290 558	96	9,3 %
Autres établissements	12 143	30 815	12	10,9 %
Total	493 264	806 532	189	5,6 %

Note – Les missions d'établissements utilisées sont celles de 1999-2000.

Source : MSSS, 2001.

Bien que les centres hospitaliers représentent le principal employeur dans le réseau de la santé et des services sociaux, ce sont surtout les centres de réadaptation et les CLSC qui ont contribué au développement des services en orthophonie au cours des dix dernières années. Plus particulièrement, la croissance s'est accélérée dans les CLSC durant les dernières années.

PERSPECTIVES DE DÉVELOPPEMENT

Au cours de la période, divers facteurs sont susceptibles d'influer sur les besoins en main-d'œuvre dans le domaine de l'orthophonie :

- une hausse des usagers résultant d'une augmentation du nombre d'enfants ayant une déficience langage-parole (malgré une baisse du taux de natalité), notamment en raison de la baisse du taux de mortalité infantile (amélioration du taux de survie des enfants prématurés), de la mise en place d'un programme de dépistage précoce, d'une plus grande

sensibilité des parents vis-à-vis des retards de développement de leurs enfants, etc.⁵ ;

- une volonté de consolider les services dans toutes les régions dans une perspective d'équité interrégionale, de réduire les listes d'attente et de compléter les services existants (prévention, évaluation, traitement et suivi). Il faut noter que c'est seulement en 1995 que le ministère de la Santé et des Services sociaux a considéré la déficience parole-langage comme une déficience physique à part entière. Ainsi, plusieurs régions souhaitent une mise à niveau des services qui peut paraître importante par rapport aux besoins des autres groupes en déficience physique ;
- une consolidation des rôles des CLSC comme établissements de première ligne pour offrir les services de l'orthophoniste ;
- une consolidation de l'offre de services spécialisés en deuxième ligne dans toutes les régions du Québec, de manière à répondre dans des délais raisonnables aux besoins des jeunes enfants et de leurs parents ;
- le développement de services de première ligne pour les adultes et les personnes âgées en CLSC et en CH ;
- la consolidation de services spécialisés d'adaptation et de réadaptation en déficience physique, intellectuelle et en troubles envahissants du développement en deuxième ligne dans toutes les régions du Québec ;
- l'actualisation de la politique de l'adaptation scolaire du ministère de l'Éducation : dans une perspective d'équité interrégionale, 5,8 millions de dollars supplémentaires ont été accordés en mai 2001 pour les enfants qui présentent une déficience langagière majeure.

SCÉNARIO C : CROISSANCE ANNUELLE MOYENNE DE 3 %

Le scénario C, dit intermédiaire entre le *statu quo* pondéré pour tenir compte de la croissance et du vieillissement de la population d'une part et le prolongement de la tendance historique d'autre part, correspond au taux de croissance prévu dans le cadre des travaux de la PMO pour les catégories d'emploi jugées actuellement les plus en demande, en l'occurrence les technologues en radio-oncologie et les pharmaciens en établissements de santé.

5. Voir notamment *Un cadre de référence pour une intervention précoce auprès des enfants de moins de 6 ans qui présentent des problèmes de langage et de parole*, CREPAS, 2000 et *Évaluation et prise en charge des troubles de la parole et du langage dans la clientèle pédiatrique*, Réseau mère-enfant de l'Hôpital Sainte-Justine, 2000.

Si la tendance se maintenait, le groupe de travail aurait dû retenir un taux de 5,5 % par année pour simuler la croissance prévisible des besoins au cours des prochaines années, puisqu'il ne dispose pas d'indications voulant qu'il y aurait un ralentissement des besoins exprimés.

Cependant, dans un souci de prudence et sur la base de travaux qui démontrent qu'au cours des prochaines années des occasions de carrière plus grandes et plus variées seront offertes à des jeunes dont la population décroît⁶, et en considérant que les budgets alloués au secteur de la réadaptation physique demeureront vraisemblablement limités et eu égard aux possibilités d'une organisation du travail faisant davantage appel à du personnel de soutien technique et administratif, le groupe de travail a retenu un scénario général de croissance des besoins de 3 % par an. Ce scénario conservateur fera toutefois l'objet d'un suivi à court terme.

Dans la perspective où, selon le rapport de la Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux (rapport Clair), les dépenses sociosanitaires augmenteront de 1,6 % par année en moyenne durant le prochain quart de siècle, ce scénario de croissance de 3 % sous-tend une réallocation des ressources en faveur de l'orthophonie.

Le tableau 5 présente la projection des besoins de recrutement selon le scénario envisagé.

6. Marie-Ève Buteau et Suzanne Jean, *Perspective d'évolution des inscriptions au collégial et à l'université dans le contexte de la planification de la main-d'œuvre du réseau de la santé et des services sociaux*, ministère de la Santé et des Services sociaux, mars 2002, 50 p.

Tableau 5

Orthophonie
Projection des besoins annuels de recrutement, 2001 à 2016

	Départs attendus	Accroissement des besoins	Recrutement brut	Recrutement net ¹	Effectif requis
2001	18,4	234,8	253,2	256,6	1 195
2002	19,1	35,8	54,9	59,4	1 231
2003	20,0	36,9	56,9	62,2	1 268
2004	21,3	38,0	59,3	65,5	1 306
2005	22,1	39,2	61,3	68,2	1 345
2006	23,2	40,3	63,5	71,4	1 385
2007	24,9	41,6	66,5	75,1	1 427
2008	26,5	42,8	69,3	78,7	1 470
2009	29,9	44,1	74,0	84,2	1 514
2010	30,7	45,4	76,1	87,3	1 559
2011	30,7	46,8	77,5	89,6	1 606
2012	30,4	48,2	78,6	91,5	1 654
2013	30,1	49,6	79,7	93,5	1 704
2014	29,4	51,1	80,5	95,1	1 755
2015	30,3	52,6	82,9	98,3	1 808
2016	31,0	54,2	85,2	101,3	1 862
Total	418,4	901,0	1 319,4	1 477,9	

1. Le recrutement net tient compte du fait que, parmi les nouveaux arrivants sur le marché au cours de la période 2001-2016, il y aura également un certain nombre de départs qu'il faudra combler (attrition des nouveaux arrivés).

Note - Le total ne correspond pas nécessairement à la somme des parties, les données ayant été arrondies.

Parmi les scénarios examinés, le groupe de travail est d'avis que le scénario C est celui qui décrit le mieux la situation présente et prévisible.

4 COMPARAISON ENTRE LES BESOINS DE RECRUTEMENT ET LE NOMBRE DE DIPLÔMÉS

La quatrième et dernière étape de l'analyse prévisionnelle consiste à comparer les besoins annuels anticipés de recrutement avec l'arrivée des nouveaux diplômés si aucun changement ne survient au chapitre des admissions aux programmes de formation, des taux de diplômation et d'installation au cours de la période.

4.1 Diplômés

On estime que, parmi la soixantaine d'étudiants qui complètent leurs études en orthophonie, au moins une dizaine ne s'établissent pas au Québec. En tenant compte des cinq ou six diplômés de l'Université d'Ottawa qui s'installent annuellement au Québec et sans considérer les orthophonistes recrutés à l'étranger, on peut compter sur quelque 55 nouveaux orthophonistes par année jusqu'en 2003.

À partir de 2004, on pourra compter sur 75 nouveaux orthophonistes annuellement, compte tenu de l'arrivée des diplômés de la cohorte de 1999 à l'Université de Montréal et des premiers diplômés de l'Université Laval.

Tableau 6

Projection des diplômés en orthophonie
de 2001 à 2016

	Nombre d'orthophonistes
2001	55
2002	55
2003	55
2004	75
2005	75
2006	75
2007	75
2008	75
2009	75
2010	75
2011	75
2012	75
2013	75
2014	75
2015	75
2016	75

Pour contrer l'actuelle pénurie, une opération de recrutement en Belgique s'est tenue au printemps de 2001. L'objectif fixé visait à recruter 60 candidats. Depuis le début de l'automne de 2001, une quinzaine d'orthophonistes belges sont arrivés pour exercer leur profession au Québec pour un minimum d'une année. Huit candidats devraient être accueillis par le réseau de la santé et des services sociaux et sept par le réseau de l'éducation.

4.2 Comparaison entre les besoins de recrutement et le nombre de diplômés disponibles

Le tableau 7 compare les besoins de recrutement avec le nombre de diplômés en orthophonie attendus selon les paramètres prévisibles en 2001.

Tableau 7
Orthophonie
Comparaison entre les besoins de recrutement et les diplômés disponibles, 2001 à 2016

	Départs attendus	Accroissement des besoins	Recrutement net ¹	Diplômés disponibles	Écart annuel	Écart cumulatif
2001	18,4	234,8	256,6	55	-201,6	
2002	19,1	35,8	59,4	55	-4,4	-206,0
2003	20,0	36,9	62,2	55	-7,2	-213,2
2004	21,3	38,0	65,5	75	9,5	-203,7
2005	22,1	39,2	68,2	75	6,8	-196,9
2006	23,2	40,3	71,4	75	3,6	-193,3
2007	24,9	41,6	75,1	75	-0,1	-193,4
2008	26,5	42,8	78,7	75	-3,7	-197,1
2009	29,9	44,1	84,2	75	-9,2	-206,3
2010	30,7	45,4	87,3	75	-12,3	-218,6
2011	30,7	46,8	89,6	75	-14,6	-233,2
2012	30,4	48,2	91,5	75	-16,5	-249,7
2013	30,1	49,6	93,5	75	-18,5	-268,2
2014	29,4	51,1	95,1	75	-20,1	-288,3
2015	30,3	52,6	98,3	75	-23,3	-311,6
2016	31,0	54,2	101,3	75	-26,3	-337,9
Total	418,4	901,0	1 477,9	1 140		-337,9

1. Le recrutement net tient compte du fait que, parmi les nouveaux arrivants sur le marché au cours de la période 2001-2016, il y aura également un certain nombre de départs qu'il faudra combler (attrition des nouveaux arrivés).

Note - Le total ne correspond pas nécessairement à la somme des parties, les données ayant été arrondies.

4.3 Admissions nécessaires

Dans le but de rétablir l'équilibre, le groupe de travail recommande d'augmenter de 30 le nombre des admissions en orthophonie, c'est-à-dire de porter de 100 à 130 les nouvelles admissions aux programmes de formation en orthophonie.

Tableau 8

Orthophonie
Scénario de croissance des admissions pour répondre aux besoins de recrutement,
2001 à 2016

(100 admissions en septembre 2001 et une hypothèse d'augmentation à 130 pour les années suivantes)

	Recrutement net ¹	Admissions projetées	Diplômés disponibles ²	Écart annuel	Écart cumulatif
2001	256,6	100	55	-201,6	
2002	59,4	130	55	-4,4	-206,0
2003	62,2	130	55	-7,2	-213,2
2004	65,5	130	105	39,5	-173,7
2005	68,2	130	105	36,8	-136,9
2006	71,4	130	105	33,6	-103,3
2007	75,1	130	105	29,9	-73,4
2008	78,7	130	105	26,3	-47,1
2009	84,2	130	105	20,8	-26,3
2010	87,3	130	105	17,7	-8,6
2011	89,6	130	105	15,4	6,8
2012	91,5	130	105	13,5	20,3
2013	93,5	130	105	11,5	31,8
2014	95,1	130	105	9,9	41,7
2015	98,3	130	105	6,7	48,4
2016	101,3	130	105	3,7	52,1
Total	1 477,9		1 530		52,1

1. Le recrutement net tient compte du fait que, parmi les nouveaux arrivants entrant sur le marché au cours de la période 2001-2016, il y aura également un certain nombre de départs qu'il faudra combler (attrition des nouveaux arrivés).
2. L'estimation du nombre de diplômés disponibles tient compte des taux de diplomation et d'installation des orthophonistes selon les universités.

Note - Le total ne correspond pas nécessairement à la somme des parties, les données ayant été arrondies.

Le tableau 8 fait ressortir les écarts annuels et cumulatifs entre l'offre et la demande d'orthophonistes, selon un scénario prévoyant à compter de 2002 une augmentation de 30 admissions au programme de maîtrise en orthophonie.

Il faut considérer que la hausse des admissions dans les facultés en 2002 ne se répercutera sur le marché du travail au mieux qu'en 2004, dans le cas d'un programme de maîtrise professionnelle de deux ans.

Cette augmentation a pour but de résorber en cinq ans la pénurie actuelle. On devra dans le suivi du plan d'action revoir la pertinence de maintenir les admissions à la lumière de l'évolution des besoins et de l'organisation du travail ainsi que de l'utilisation plus grande du personnel de soutien.

SECTION 6 SPÉCIALISTES EN ORIENTATION ET MOBILITÉ ET AGENTS DE RÉADAPTATION EN DÉFICIENCE VISUELLE

SPÉCIALISTES EN ORIENTATION ET MOBILITÉ (SOM)

DESCRIPTION SOMMAIRE DE LA PROFESSION

Le réseau de la santé et des services sociaux compte 43 personnes portant le titre de « spécialistes en orientation et mobilité », dont les conditions de travail sont convenues par ententes spéciales.

Il s'agit de personnes qui conçoivent, actualisent, analysent, évaluent et mettent en application des programmes d'orientation et de mobilité adaptés aux besoins de la personne aveugle ou amblyope (affaiblissement de la vue) afin de la rendre apte à s'orienter et à se déplacer avec confiance, sécurité et aisance dans une variété d'environnements familiers et non familiers en utilisant au maximum les sens fonctionnels et l'instrumentation ou les aides appropriées.

L'enseignement du SOM porte sur l'orientation (par exemple la technique pour trouver un objectif se trouvant le long d'un mur ou d'un trottoir) et sur les techniques de protection contre les obstacles (par exemple la technique de protection avec les mains et les bras pour se déplacer sur de petits trajets intérieurs familiers). Cet enseignement est précédé d'une évaluation du fonctionnement de la personne, qui servira de référence pour établir les progrès enregistrés tout au long des interventions.

Le rôle du SOM comporte également un important volet « prévention », par exemple auprès des autorités municipales et scolaires afin que l'environnement soit plus accessible et sécuritaire pour les usagers déficients visuels.

PROGRAMME DE FORMATION

Le spécialiste en orientation et mobilité doit détenir un diplôme d'études supérieures spécialisées (DESS) en orientation et mobilité. Ce programme, qui comporte 30 crédits d'une durée de 10 mois (septembre à juin), a été élaboré par l'École d'optométrie de l'Université de Montréal, en partenariat avec l'Institut Nazareth et Louis-Braille et les autres centres de réadaptation en déficience visuelle du Québec.

La mise en place du programme en septembre 2001¹ visait à répondre aux besoins clairement définis par les établissements de réadaptation du réseau québécois de la santé. Il s'agit du seul programme de formation de niveau universitaire dans le domaine au sein de la francophonie. Il est offert aux candidats de tous les pays de la francophonie ou à toute personne ayant une connaissance du français.

Il est destiné à des étudiants qui possèdent déjà une formation de premier cycle dans les domaines de la réadaptation, de l'éducation ou des sciences humaines. Il est envisagé que le programme évolue vers un diplôme de maîtrise. De plus, des démarches sont entreprises pour que le programme obtienne l'accréditation nord-américaine de l'*Association of Education and Rehabilitation of the Blind and Visually Impaired* (AER).

CADRE LÉGAL

Les SOM ne font pas partie d'un ordre professionnel constitué en vertu du Code des professions. Ils sont par ailleurs regroupés sous le titre « spécialiste en orientation et mobilité » (code 1557) dans la nomenclature des titres d'emploi du réseau de la santé et des services sociaux (ce qui n'est pas le cas des agents de réadaptation en déficience visuelle).

LIEUX DE PRATIQUE

Plus de 95 % des heures travaillées par les SOM le sont actuellement dans les onze établissements de réadaptation suivants :

- Association montréalaise pour les aveugles (*Montréal*)
- Centre de réadaptation l'Inter Val (*Trois-Rivières*)
- Centre de réadaptation du Saguenay (*Chicoutimi*)
- Centre de réadaptation Estrie (*Sherbrooke*)
- Centre de réadaptation la Ressource (*Hull*)
- Centre de réadaptation le Bouclier (*Joliette*)
- Centre de réadaptation l'Inter Action (*Mont-Joli*)
- Institut de réadaptation en déficience physique (*Québec*)
- Institut Nazareth et Louis-Braille (*Longueuil*)
- Centre de réadaptation l'Émergent (*Sept-Îles et Baie-Comeau*)
- Centre de réadaptation la Maison (*Rouyn-Noranda*).

1. Il faut voir que 80 % des SOM en exercice ont actuellement entre 40 et 49 ans. Leur formation a été acquise soit aux États-Unis où des programmes universitaires ont été développés dès les années 60 (Université de Boston, Western Michigan University), soit à l'Université de Sherbrooke qui avait offert un programme entre 1989 et 1992.

1 OFFRE DE MAIN-D'ŒUVRE

L'objectif général de la démarche de planification de la main-d'œuvre vise à prévoir les besoins en main-d'œuvre et à comparer ces besoins avec la relève attendue. Dans un deuxième temps, compte tenu du diagnostic qui sera posé, un plan d'action est proposé afin d'assurer une adéquation entre les besoins de recrutement et la formation de spécialistes.

La première étape de la démarche consiste à déterminer l'offre actuelle de main-d'œuvre. Cette offre est composée de la somme des personnes en emploi et celles disponibles s'il y a lieu. Cette première étape vise également à évaluer la demande de main-d'œuvre en vue de déterminer, au regard de l'offre, la présence ou non d'une pénurie.

1.1 Effectif en emploi

Les personnes en emploi, qui travaillent toutes dans le réseau de la santé et des services sociaux, sont distribuées selon le groupe d'âge, le sexe et le statut d'emploi. Le but principal de cette répartition est de déterminer les départs par attrition à l'étape suivante.

Tableau 1

Spécialistes en orientation et mobilité
Distribution selon le groupe d'âge, le sexe et le statut,
2000

Groupe d'âge	Femmes		Hommes		Total
	Temps partiel	Temps complet	Temps partiel	Temps complet	
20-24 ans	0	0	0	0	0
25-29 ans	0	0	0	0	0
30-34 ans	0	1	0	0	1
35-39 ans	1	3	0	0	4
40-44 ans	0	9	1	3	13
45-49 ans	5	11	1	4	21
50-54 ans	0	2	0	2	4
55-59 ans	0	0	0	0	0
60-64 ans	0	0	0	0	0
65 ans et plus	0	0	0	0	0
Total	6	26	2	9	43

Malgré la présence de huit postes à temps partiel, 90 % des heures travaillées le sont par les employés à temps complet. On note toutefois la présence de trois postes à temps partiel occasionnel ne représentant que l'équivalent d'un poste à temps complet (1 420 heures en 1999-2000).

Tableau 2

Spécialistes en orientation et mobilité
Heures travaillées et postes selon le statut, 2000

	Temps complet régulier	Temps partiel régulier	Temps partiel occasionnel	Total
Heures travaillées	50 630	3 905	1 420	55 955
Nombre de postes	36	4	3	43
Heures travaillées par poste	1 406	976	473	1 301

1.2 Effectif disponible

On estime qu'il n'y a pas de SOM en chômage et disponibles sur le marché du travail. Il existe par ailleurs une marge de manœuvre plutôt limitée au chapitre de la disponibilité des spécialistes à temps partiel occasionnel, eu égard au faible nombre d'heures par poste enregistré en 1999-2000 (473 heures par poste).

1.3 Pénurie initiale

En l'absence de spécialistes en orientation et mobilité disponibles, les établissements de réadaptation, bien au fait de cette situation, n'ouvrent pas de nouveaux postes, d'où le fait qu'il n'existe pas de postes vacants. Le groupe de travail a ainsi considéré qu'il n'y avait pas de pénurie de main-d'œuvre dans ce domaine en 2000.

2 PROJECTION DE L'ATTRITION

La deuxième étape de la démarche a consisté à établir la projection annuelle de l'attrition des spécialistes en orientation et mobilité jusqu'en 2016. Il s'agissait de projeter les départs en raison de la retraite, de décès ou d'une cessation 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.

Les taux de départs sous-jacents à la projection sont déterminés à partir des taux établis par les actuaires de la CARRA pour les besoins des évaluations actuarielles du RREGOP.

Relativement à la cessation d'emploi, le groupe de travail a considéré que les SOM se comportent comme des employés à temps complet (ce qu'ils sont dans la grande majorité) et qu'ils auront en conséquence une propension moins grande à quitter leur emploi que les employés à temps partiel du réseau.

En outre, compte tenu de leur engagement dans la profession, de leur haut niveau de spécialisation et en raison de la situation de monopole qu'occupe le réseau à l'égard de ce type d'emploi, on considère que les SOM auront moins tendance à quitter que la moyenne des employés à temps complet à l'emploi du réseau. Ainsi, un facteur de modulation des départs pour « cessation d'emploi » de 50 % a été appliqué à ce groupe, soit la moitié de celui prévu par le modèle de projection.

Tableau 3

Spécialistes en orientation et mobilité
Projection des départs, 2000 à 2016

	Retraite	Décès	Cessation d'emploi	Total
2000	0,0	0,1	0,2	0,3
2001	0,1	0,1	0,2	0,3
2002	0,1	0,1	0,2	0,4
2003	0,3	0,1	0,2	0,5
2004	0,4	0,1	0,2	0,6
2005	0,7	0,1	0,1	0,9
2006	1,0	0,1	0,1	1,2
2007	1,3	0,1	0,1	1,5
2008	1,6	0,1	0,1	1,8
2009	2,3	0,1	0,1	2,5
2010	2,9	0,1	0,1	3,0
2011	3,0	0,1	0,1	3,1
2012	3,0	0,1	0,1	3,1
2013	2,8	0,1	0,0	3,0
2014	2,7	0,1	0,0	2,8
2015	2,5	0,1	0,0	2,6
2016	2,3	0,1	0,0	2,4
Total	26,8	1,6	1,5	29,9

Note - Le total ne correspond pas nécessairement à la somme des parties, les données ayant été arrondies.

D'ici 2016, au moins 70 % de l'effectif actuel aura quitté le réseau. On peut remarquer que les départs à la retraite seront particulièrement importants à partir de 2009.

3 ESTIMATION DES BESOINS EN MAIN-D'ŒUVRE ET DE RECRUTEMENT

La troisième étape de la démarche de planification a consisté à déterminer l'évolution des besoins de spécialistes en orientation et mobilité. Trois scénarios ont été examinés.

SCÉNARIO A : CROISSANCE ANNUELLE MOYENNE DE 2,26 %

Le scénario A tient compte de l'effet de la croissance et du vieillissement de la population sur les établissements employeurs selon les estimations du MSSS². Il correspond en quelque sorte au scénario de base qui maintient le *statu quo* en matière de services par habitant.

SCÉNARIO B : CROISSANCE ANNUELLE MOYENNE DE 6,3 %

Le scénario B correspond à la tendance historique de la croissance des heures travaillées par les spécialistes en orientation et mobilité dans le réseau de 1985-1986 à 1999-2000.

ANALYSE RÉTROSPECTIVE

L'évolution de l'effectif au cours des quinze dernières années a occasionnellement été marquée par quelques variations importantes de l'offre et de la demande de main-d'œuvre³, attribuables notamment à la discontinuité dans les programmes de formation dans ce domaine spécialisé. Ces problèmes de discontinuité sont du reste relativement fréquents lorsqu'il s'agit de la formation d'un petit nombre de candidats.

Dans l'ensemble, on observe toutefois une croissance passablement régulière de la demande de main-d'œuvre, qui oscille entre 5 % et 8 %. Cette croissance a été conditionnée par la consolidation progressive du réseau des établissements de réadaptation, désormais présents dans pratiquement toutes les régions sociosanitaires du Québec. On trouve des SOM dans dix des treize régions où sont localisés les centres de réadaptation.

2. *Estimation des besoins en main-d'œuvre liés à l'évolution démographique de la population*, mai 2001.

3. Par exemple, une augmentation de 33 % des postes en 1989-1990 et une baisse de 6 % en 1995-1996.

PERSPECTIVES DE DÉVELOPPEMENT

Les facteurs suivants sont susceptibles d'influer sur la demande de spécialistes en orientation et mobilité et d'agents de réadaptation en déficience visuelle :

- la consolidation régionale des services auprès des personnes ayant une déficience visuelle ;
- les orientations ministérielles en faveur des services aux personnes âgées dont un nombre accru auront une déficience visuelle et qui requerront des services à domicile pour des raisons de sécurité et de maintien de l'autonomie (près de 60 % des usagers ayant une déficience visuelle ont plus de 65 ans) ;
- augmentation de la prévalence de certaines maladies, tel le diabète, qui peuvent entraîner la perte de la vue.

SCÉNARIO C : CROISSANCE ANNUELLE MOYENNE DE 3 %

Le scénario C, dit intermédiaire entre le *statu quo* pondéré pour tenir compte de la croissance et du vieillissement de la population d'une part et le prolongement de la tendance historique d'autre part, correspond au taux de croissance prévu dans le cadre des travaux de la PMO pour les catégories d'emploi jugées actuellement les plus en demande, en l'occurrence les technologues en radio-oncologie et les pharmaciens en établissements de santé.

Si la tendance se maintenait, le groupe de travail aurait dû retenir un taux de 6,3 % par année pour simuler la croissance prévisible des besoins au cours des prochaines années, puisqu'il ne dispose pas d'indications voulant qu'il y aurait un ralentissement des besoins exprimés.

Cependant, dans un souci de prudence et sur la base de travaux qui démontrent qu'au cours des prochaines années des occasions de carrière plus grandes et plus variées seront offertes à des jeunes dont la population décroît⁴, et en considérant que les budgets alloués au secteur de la réadaptation physique demeureront vraisemblablement limités et eu égard aux possibilités d'une organisation du travail faisant davantage appel à du personnel de soutien technique et administratif, le groupe de travail a retenu un scénario général de croissance des besoins de 3 % par an. Ce scénario conservateur fera toutefois l'objet d'un suivi à court terme.

4. Marie-Ève Buteau et Suzanne Jean, *Perspective d'évolution des inscriptions au collégial et à l'université dans le contexte de la planification de la main-d'œuvre du réseau de la santé et des services sociaux*, ministère de la Santé et des Services sociaux, mars 2002, 50 p.

Dans la perspective où, selon le rapport de la Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux (rapport Clair), les dépenses sociosanitaires augmenteront de 1,6 % par année en moyenne durant le prochain quart de siècle, ce scénario de croissance de 3 % sous-tend une réallocation des ressources en faveur de services en orientation et mobilité.

Le tableau 4 présente la projection des besoins de recrutement sur la base du scénario envisagé.

Tableau 4

Spécialistes en orientation et mobilité
Projection des besoins annuels de recrutement, 2001 à 2016

	Départs attendus	Accroissement des besoins	Recrutement brut	Recrutement net ¹	Effectif requis
2000	0,3	1,3	1,6	1,6	44
2001	0,3	1,3	1,6	1,7	45
2002	0,4	1,4	1,8	1,8	47
2003	0,5	1,4	1,9	1,9	48
2004	0,6	1,5	2,1	2,1	50
2005	0,9	1,5	2,4	2,5	51
2006	1,2	1,5	2,7	2,8	53
2007	1,5	1,6	3,1	3,2	54
2008	1,8	1,6	3,4	3,6	56
2009	2,5	1,7	4,2	4,3	57
2010	3,0	1,7	4,7	5,0	59
2011	3,1	1,8	4,9	5,1	61
2012	3,1	1,8	4,9	5,2	63
2013	3,0	1,9	4,9	5,1	65
2014	2,8	2,0	4,8	5,1	67
2015	2,6	2,0	4,6	4,9	69
2016	2,4	2,1	4,5	4,8	71
Total	29,9	28,1	58,0	60,7	

1. Le recrutement net tient compte du fait que, parmi les nouveaux arrivants sur le marché au cours de la période 2000-2016, il y aura également un certain nombre de départs qu'il faudra combler (attrition des nouveaux arrivés).

Note - Le total ne correspond pas nécessairement à la somme des parties, les données ayant été arrondies.

4 COMPARAISON ENTRE LES BESOINS DE RECRUTEMENT ET LE NOMBRE DE DIPLÔMÉS

La quatrième et dernière étape de l'analyse diagnostique consiste à comparer les besoins de recrutement avec le nombre de diplômés attendus tel que la situation actuelle le laisse entrevoir.

4.1 Diplômés

En ce qui concerne la formation, une seule porte d'entrée mène à la profession de spécialiste en orientation et mobilité. Il s'agit du programme de formation offert par l'École d'optométrie de l'Université de Montréal, d'une durée d'un an (30 crédits) et sanctionné par un diplôme d'études supérieures spécialisées (DESS) intitulé « Interventions en déficience visuelle-orientation et mobilité ».

Le nombre d'admissions, actuellement de six, correspond à la demande de formation exprimée par les établissements de réadaptation du Québec. On estime d'emblée que le maintien d'une telle cohorte dans les années à venir pourrait conduire à court ou moyen terme à un surplus de main-d'œuvre.

Il faut toutefois considérer que le nombre minimum d'étudiants ne peut baisser au-delà d'un certain seuil et que l'abandon du programme conduirait rapidement à une pénurie de main-d'œuvre. Dans cette perspective, divers scénarios de solutions sont actuellement à l'étude. La formation des agents de réadaptation en déficience visuelle (ARDV), en alternance avec la formation des SOM, est ainsi envisagée.

Pour la projection des diplômés et la comparaison avec les besoins de recrutement des SOM, le nombre de diplômés sera maintenu à six tous les deux ans, en retenant l'hypothèse de l'alternance avec la formation des ARDV.

4.2 Comparaison entre les besoins de recrutement et le nombre de diplômés disponibles

Le tableau 5 compare les besoins de recrutement, selon le scénario retenu, avec le nombre de diplômés attendus.

Tableau 5

Spécialistes en orientation et mobilité Comparaison entre les besoins de recrutement et les diplômés disponibles, 2000 à 2016

	Départs attendus	Accroissement des besoins	Recrutement net ¹	Diplômés disponibles	Écart annuel	Écart cumulé
2000	0,3	1,3	1,6	6	4,4	4,40
2001	0,3	1,3	1,7	0	-1,7	2,70
2002	0,4	1,4	1,8	6	4,2	6,90
2003	0,5	1,4	1,9	0	-1,9	5,00
2004	0,6	1,5	2,1	6	3,9	8,90
2005	0,9	1,5	2,5	0	-2,5	6,40
2006	1,2	1,5	2,8	6	3,2	9,60
2007	1,5	1,6	3,2	0	-3,2	6,40
2008	1,8	1,6	3,6	6	2,4	8,80
2009	2,5	1,7	4,3	0	-4,3	4,50
2010	3,0	1,7	5,0	6	1,0	5,50
2011	3,1	1,8	5,1	0	-5,1	0,40
2012	3,1	1,8	5,2	6	0,8	1,20
2013	3,0	1,9	5,1	0	-5,1	-3,90
2014	2,8	2,0	5,1	6	0,9	-3,00
2015	2,6	2,0	4,9	0	-4,9	-7,90
2016	2,4	2,1	4,8	6	1,2	-6,70
Total	29,9	28,1	60,7	54		-6,70

1. Le recrutement net tient compte du fait que, parmi les nouveaux arrivants sur le marché au cours de la période 2000-2016, il y aura également un certain nombre de départs qu'il faudra combler (attrition des nouveaux arrivés).

Note - Le total ne correspond pas nécessairement à la somme des parties, les données ayant été arrondies.

On constate que l'hypothèse où l'on formerait six SOM tous les deux ans permettrait de répondre aux besoins. Les cohortes d'étudiants devraient continuer à correspondre à la demande de formation exprimée par les établissements de réadaptation du Québec.

AGENTS DE RÉADAPTATION EN DÉFICIENCE VISUELLE

DESCRIPTION SOMMAIRE DE LA PROFESSION

L'agent de réadaptation en déficience visuelle (ARDV) conçoit, actualise, analyse, évalue et met en application des programmes d'adaptation-réadaptation et d'insertion sociale afin de diminuer ou d'éliminer les situations de handicap vécues par les personnes confrontées à une déficience visuelle dans la réalisation de leurs habitudes de vie.

Il intervient dans au moins deux des cinq champs suivants : évaluation globale des besoins, informatique, communication, basse vision et activités de la vie quotidienne (AVQ), et activités de la vie domestique (AVD).

PROGRAMME DE FORMATION

L'ARDV doit détenir un diplôme de premier cycle dans un domaine lié à la fonction.

CADRE LÉGAL

Les agents de réadaptation en déficience visuelle ne font pas partie d'un ordre professionnel constitué. Cependant, un certain nombre d'entre eux sont membres d'un ordre professionnel, par exemple l'Ordre des ergothérapeutes du Québec. Ils ne figurent pas non plus comme tels dans de la nomenclature des titres d'emploi du réseau de la santé et des services sociaux.

À cet égard, si un emploi non prévu dans la nomenclature des emplois est créé, les parties prenantes à la convention collective doivent se rencontrer pour en négocier le titre, le libellé et le salaire par l'intermédiaire du Comité de négociation des emplois non prévus.

LIEUX DE PRATIQUE

Les quelque 73 ARDV du réseau travaillent essentiellement dans les centres de réadaptation du Québec.

1 OFFRE DE MAIN-D'ŒUVRE

Les ARDV se distribuent selon le groupe d'âge, le sexe et le statut comme le montre le tableau 6, dont les données ont été fournies par l'AERDPQ.

Dans la présente analyse, tous sont considérés comme des travailleurs à temps complet.

Tableau 6

Agents de réadaptation en déficience visuelle
Distribution de l'effectif selon le groupe d'âge et le sexe en 2001

Groupe d'âge	Femmes	Hommes	Total
20-24 ans	1	0	1
25-29 ans	3	0	3
30-34 ans	4	1	5
35-39 ans	2	1	3
40-44 ans	8	2	10
45-49 ans	22	10	32
50-54 ans	9	9	18
55-59 ans	0	1	1
60-64 ans	0	0	0
65 ans et plus	0	0	0
Total	49	24	73

1.1 Effectif disponible

Selon l'enquête effectuée auprès des ARDV et portant sur 67 postes, on constate que douze postes (18 %) sont à temps partiel régulier. Il est souhaitable, dans une situation de pénurie réelle ou appréhendée, d'évaluer la possibilité d'augmenter la demande de travail auprès de ces employés. Il peut cependant s'avérer que, pour diverses raisons tant administratives que personnelles, cette solution ne puisse être envisagée.

1.2 Pénurie initiale

La présence de quatre postes vacants à temps complet régulier, qui constitue un taux passablement élevé de 7 %, de six postes temporairement dépourvus de titulaires dont seulement trois sont comblés par assignation temporaire et d'un poste à temps complet régulier n'ayant pas trouvé preneur trois mois après la fin de l'affichage externe suggère que les établissements font face à certaines difficultés de recrutement.

Plus encore, les besoins considérables signalés par les établissements, soit 40 postes à temps complet régulier, montrent clairement la nécessité d'examiner, d'une part, les qualifications requises pour répondre à la demande de travail dans ce domaine et, d'autre part, le bassin de recrutement des candidats à cette profession de même que les besoins de formation de ces candidats.

2 PROJECTION DE L'ATTRITION

La deuxième étape de la démarche a consisté à établir la projection annuelle de l'attrition des agents de réadaptation en déficience visuelle jusqu'en 2016. Il s'agit de projeter les départs à la retraite, à la suite d'un décès ou d'une cessation 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.

Les taux de départs sous-jacents à la projection sont déterminés à partir des taux établis par les actuaires de la CARRA pour les besoins des évaluations actuarielles du RREGOP.

Relativement à la cessation d'emploi, le groupe de travail pourrait considérer que les ARDV se comportent comme des employés à temps complet (ce qu'ils sont dans une proportion de 82 %) et qu'ils auront, en conséquence, une propension moins grande à quitter leur emploi que les employés à temps partiel du réseau.

En outre, compte tenu de leur engagement dans la profession et de leur haut niveau de spécialisation, on considère que les ARDV auront une moins tendance à quitter que la moyenne des employés à temps complet à l'emploi du réseau. Ainsi, un facteur de modulation des départs pour « cessation d'emploi » de 0,5 ou 50 % a été appliqué à ce groupe.

Tableau 7

Agents de réadaptation en déficience visuelle
Projection des départs de 2000 à 2016

	Retraite	Décès	Cessation d'emploi	Total
2000	0,3	0,1	0,3	0,7
2001	0,5	0,1	0,3	0,9
2002	0,7	0,2	0,3	1,2
2003	1,1	0,2	0,2	1,5
2004	1,5	0,2	0,2	1,9
2005	2,3	0,2	0,2	2,7
2006	2,8	0,2	0,2	3,2
2007	3,3	0,2	0,1	3,6
2008	3,8	0,2	0,1	4,1
2009	4,9	0,2	0,1	5,2
2010	5,0	0,2	0,1	5,3
2011	4,8	0,2	0,1	5,1
2012	4,5	0,2	0,1	4,8
2013	4,0	0,1	0,0	4,1
2014	3,6	0,1	0,0	3,7
2015	2,8	0,1	0,0	2,9
2016	2,5	0,1	0,0	2,6
Total	48,4	2,8	2,3	53,5

Note - Le total ne correspond pas nécessairement à la somme des parties, les données ayant été arrondies.

D'ici 2016, au moins 73 % de l'effectif actuel aura quitté le réseau. Il faut voir que 70 % des ARDV avaient plus de 45 ans en 2001 et qu'un grand nombre d'entre eux sont susceptibles de quitter pratiquement en même temps puisque 44 % étaient âgés entre 45 et 49 ans.

3 ESTIMATION DES BESOINS EN MAIN-D'ŒUVRE ET DE RECRUTEMENT

La troisième étape de la démarche de planification a consisté à déterminer l'évolution des besoins en main d'œuvre. Trois scénarios ont ainsi été examinés.

SCÉNARIO A : CROISSANCE ANNUELLE MOYENNE DE 2,26 %

Le scénario A s'appuie sur le taux envisagé pour des agents de réadaptation en déficience visuelle (ARDV). Il tient compte de l'effet de la croissance et du vieillissement de la population sur les établissements employeurs selon les estimations du MSSS⁵. Il correspond en quelque sorte au scénario de base qui maintient le *statu quo* en matière de services par habitant.

SCÉNARIO B : CROISSANCE ANNUELLE MOYENNE DE 6,3 %

Le scénario B correspond à la tendance historique de la croissance des heures travaillées par des agents de réadaptation en déficience visuelle dans le réseau de 1985-1986 à 1999-2000.

SCÉNARIO C : CROISSANCE ANNUELLE MOYENNE DE 3 %

Le scénario C, dit intermédiaire entre le *statu quo* pondéré pour tenir compte de la croissance et du vieillissement de la population d'une part et le prolongement de la tendance historique d'autre part, correspond au taux de croissance prévu dans le cadre des travaux de la PMO pour les catégories d'emploi jugées actuellement les plus en demande, en l'occurrence les technologues en radio-oncologie et les pharmaciens en établissements de santé.

Si la tendance se maintenait, le groupe de travail aurait dû retenir un taux de 6,3 % par année pour simuler la croissance prévisible des besoins au cours des prochaines années, puisqu'il ne dispose pas d'indications voulant qu'il y aurait un ralentissement des besoins exprimés.

Cependant, dans un souci de prudence et sur la base de travaux qui démontrent qu'au cours des prochaines années des occasions de carrière plus grandes et plus variées seront offertes à des jeunes dont la population décroît⁶, et en considérant que les budgets alloués au secteur de la réadaptation physique demeureront vraisemblablement limités et eu égard aux possibilités d'une organisation du travail faisant davantage appel à du personnel de soutien technique et administratif, le groupe de travail a retenu un scénario général de

5. Estimation des besoins en main-d'œuvre liés à l'évolution démographique de la population, mai 2001.

6. Marie-Ève Buteau et Suzanne Jean, *Perspective d'évolution des inscriptions au collégial et à l'université dans le contexte de la planification de la main-d'œuvre du réseau de la santé et des services sociaux*, ministère de la Santé et des Services sociaux, mars 2002, 50 p.

croissance des besoins de 3 % par an. Ce scénario conservateur fera toutefois l'objet d'un suivi à court terme.

Dans la perspective où, selon le rapport de la Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux (rapport Clair), les dépenses sociosanitaires augmenteront de 1,6 % par année en moyenne durant le prochain quart de siècle, ce scénario de croissance de 3 % sous-tend une réallocation des ressources en faveur des services de réadaptation en déficience visuelle.

Le tableau 8 présente la projection des besoins de recrutement sur la base du scénario envisagé.

Tableau 8

Agents de réadaptation en déficience visuelle
Projection des besoins de recrutement, 2000 à 2016

	Départs attendus	Accroissement des besoins	Recrutement brut	Recrutement net ¹	Effectif requis
2000	0,7	2,2	2,9	2,9	75
2001	0,9	2,3	3,2	3,2	77
2002	1,2	2,3	3,5	3,5	80
2003	1,5	2,4	3,9	4,0	82
2004	1,9	2,5	4,4	4,5	84
2005	2,7	2,5	5,2	5,3	87
2006	3,2	2,6	5,8	5,9	90
2007	3,6	2,7	6,3	6,6	92
2008	4,1	2,8	6,9	7,2	95
2009	5,2	2,9	8,1	8,3	98
2010	5,3	2,9	8,2	8,6	101
2011	5,1	3,0	8,1	8,5	104
2012	4,8	3,1	7,9	8,3	107
2013	4,1	3,2	7,3	7,9	110
2014	3,7	3,3	7,0	7,6	113
2015	2,9	3,4	6,3	6,9	117
2016	2,6	3,5	6,1	6,7	120
Total	53,5	47,6	101,1	105,9	

1. Le recrutement net tient compte du fait que, parmi les nouveaux arrivants sur le marché au cours de la période 2000-2016, il y aura également un certain nombre de départs qu'il faudra combler (attrition des nouveaux arrivés).

Note - Le total ne correspond pas nécessairement à la somme des parties, les données ayant été arrondies.

4 COMPARAISON ENTRE LES BESOINS DE RECRUTEMENT ET LE NOMBRE DE DIPLÔMÉS

La quatrième et dernière étape de l'analyse diagnostique consiste à comparer les besoins de recrutement avec le nombre de diplômés attendus tel que la situation actuelle le laisse entrevoir.

Tableau 9

Agents de réadaptation en déficience visuelle
Comparaison entre les besoins de recrutement et les diplômés disponibles, 2000 à 2016

	Départs attendus	Accroissement des besoins	Recrutement net ¹	Diplômés disponibles	Écart annuel	Écart cumulatif
2000	0,7	2,2	2,9	0	-2,9	-2,9
2001	0,9	2,3	3,2	0	-3,2	-6,1
2002	1,2	2,3	3,5	0	-3,5	-9,6
2003	1,5	2,4	4,0	6	2,0	-7,6
2004	1,9	2,5	4,5	0	-4,5	-12,1
2005	2,7	2,5	5,3	6	0,7	-11,4
2006	3,2	2,6	5,9	0	-5,9	-17,3
2007	3,6	2,7	6,6	6	-0,6	-17,9
2008	4,1	2,8	7,2	0	-7,2	-25,1
2009	5,2	2,9	8,3	6	-2,3	-27,4
2010	5,3	2,9	8,6	0	-8,6	-36,0
2011	5,1	3,0	8,5	6	-2,5	-38,5
2012	4,8	3,1	8,3	0	-8,3	-46,8
2013	4,1	3,2	7,9	6	-1,9	-48,7
2014	3,7	3,3	7,6	0	-7,6	-56,3
2015	2,9	3,4	6,9	6	-0,9	-57,2
2016	2,6	3,5	6,7	0	-6,7	-63,9
Total	53,5	47,6	105,9	42		-63,9

1. Le recrutement net tient compte du fait que, parmi les nouveaux arrivants sur le marché au cours de la période 2000-2016, il y aura également un certain nombre de départs qu'il faudra combler (attrition des nouveaux arrivés).

Note - Le total ne correspond pas nécessairement à la somme des parties, les données ayant été arrondies.

On constate que la formation de six ARDV tous les deux ans pourrait ne pas être suffisante selon le modèle de projection. Néanmoins, les cohortes d'étudiants devraient correspondre à la demande de formation formulée par les établissements de réadaptation du Québec.

SECTION 7 AUTRES CATÉGORIES D'EMPLOI

Tel qu'il a été mentionné au début du présent rapport, le domaine de la réadaptation physique met à contribution d'autres catégories d'emploi qui n'ont pas fait l'objet d'une analyse dans les chapitres précédents. Parmi ces dernières, trois ont été abordées dans les discussions du groupe de travail. Ils s'agit des techniciens en éducation spécialisée, des techniciens en orthèses-prothèses et des neuropsychologues.

La présente section regroupe les informations préliminaires disponibles touchant ces trois catégories, avec l'intention de compléter les analyses dans le cadre du suivi du plan d'action.

TECHNICIENS EN ÉDUCATION SPÉCIALISÉE

DESCRIPTION SOMMAIRE DE LA PROFESSION¹

Les techniciens en éducation spécialisée assurent de façon immédiate l'éducation et la rééducation des personnes selon des programmes d'intervention établis en collaboration avec l'équipe de professionnels en place, en vue de la réadaptation de l'individu ou de sa réinsertion dans la société.

Ils appliquent des techniques d'éducation en utilisant les actes de la vie quotidienne, en organisant, coordonnant et animant les activités prévues au programme du service pour assurer l'apprentissage et l'acquisition d'attitudes et de comportements adéquats.

Ils observent et analysent le comportement des personnes, participent à l'évaluation de leurs besoins et de leurs capacités et notent leur évolution en rédigeant les documents appropriés. De plus, ils fournissent la programmation de ces activités.

PROGRAMME DE FORMATION

De 1996 à 1999, les quelque 20 cégeps qui offrent la formation en éducation spécialisée ont produit 3 333 diplômés, soit en moyenne 833 par année. Au cours de la même période, on compte en moyenne 1 285 nouvelles admissions par année. Le nombre de nouvelles admissions et le nombre de diplômés sont stables depuis plusieurs années.

1. Libellé des titres d'emploi du personnel salarié du réseau de la santé et des services sociaux, MSSS, 1998.

CADRE LÉGAL

La profession de technicien en éducation spécialisée n'est pas régie par un ordre professionnel.

LIEUX DE PRATIQUE

Les quelque 15 600 techniciens en éducation spécialisée sont appelés à travailler dans les établissements du réseau de la santé et des services sociaux (61 %) au sein de différents types d'établissements, tels les centres jeunesse (26 %), les établissements de réadaptation (21 %), les centres hospitaliers (11 %) et les CLSC et CHSLD (4 %), de même que dans les établissements du réseau de l'éducation (39 %).

1 OFFRE DE MAIN-D'ŒUVRE

1.1 Effectif en emploi

Le tableau 1 présente la répartition de l'effectif selon le groupe d'âge, le sexe et le statut d'emploi dans les réseaux de la santé et des services sociaux et de l'éducation.

Tableau 1
Techniciens en éducation spécialisée
Distribution de l'effectif selon le groupe d'âge, le sexe et le statut d'emploi
en 2000

Groupe d'âge	Temps complet		Temps partiel		Total
	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes	
20-24 ans	65	399	207	1 194	1 865
25-29 ans	267	888	323	1 449	2 927
30-34 ans	376	1 073	239	743	2 431
35-39 ans	528	1 270	176	548	2 522
40-44 ans	693	1 314	148	344	2 499
45-49 ans	692	1 004	83	231	2 010
50-54 ans	367	457	43	87	954
55-59 ans	73	188	16	35	312
60-64 ans	12	43	4	13	72
65 ans et plus	3	4	0	0	7
Total	3 076	6 640	1 239	4 644	15 599

1.2 Effectif disponible

Il est probable qu'un certain nombre de techniciens en éducation spécialisée (TES) qualifiés soient à la recherche d'un emploi dans leur domaine ou encore que ceux actuellement en emploi ne soient pas utilisés de façon optimale.

ENQUÊTE RELANCE DU MEQ

Le tableau 2 présente les données relatives à la situation des techniciens en éducation spécialisée récemment diplômés selon les enquêtes menées en 1999, 2000 et 2001.

Tableau 2

**Situation des personnes diplômées en
technique d'éducation spécialisée
en 1999, 2000 et 2001**

	1999	2000	2001
Personnes diplômées (nombre)	829	815	832
En emploi (%)	81,6	82,9	79,1
À la recherche d'un emploi (%)	2,4	1,6	1,1
Aux études (%)	13,9	13,8	17,8
Personnes inactives (%)	2,1	1,6	2,0
Taux de chômage (%)	2,9	1,9	1,3
À plein temps (%)	60,6	61,0	60,7
En rapport avec la formation (%)	82,2	87,1	88,0

Ces données montrent que le taux d'intégration des diplômés au cours des dernières années s'avère bon. Cependant, le pourcentage des emplois à plein temps apparaît relativement faible (autour de 60 %) comparativement à d'autres disciplines techniques dans le domaine de la santé.

ENQUÊTE SUR LES POSTES VACANTS

L'enquête sur les postes vacants dans le réseau de la santé et des services sociaux, effectuée au printemps de 2001 par les associations d'employeurs, n'a touché que 13 % des établissements qui emploient des TES, soit 2 463 TES sur une possibilité de 9 976. Pour cette raison, les données demeurent peu significatives. Mentionnons néanmoins qu'on y relevait 52 postes vacants, dont 4 étaient vacants depuis plus de 90 jours après la fin de l'affichage externe.

Par ailleurs, il n'y a pas eu d'enquête sur les postes vacants dans le réseau de l'éducation.

DISPONIBILITÉ DES TECHNICIENS EN ÉDUCATION SPÉCIALISÉE À TEMPS PARTIEL

Comme le montre le tableau 1, un grand nombre (38 %) des TES travaillent à temps partiel. Un plus grand nombre d'employés qui travailleraient à temps complet réduirait évidemment les besoins en main-d'œuvre.

1.3 Pénurie initiale

Les informations disponibles indiquent qu'il n'y a pas de pénurie de main-d'œuvre dans ce domaine. On serait plutôt globalement en présence d'un léger surplus de main-d'œuvre, difficile à quantifier pour le moment.

2 PROJECTION DE L'ATTRITION

Le tableau 3 présente une estimation préliminaire des départs attendus au cours de la période de projection.

Tableau 3
Techniciens en éducation spécialisée
Projection des départs, 2000 à 2016

	Retraite	Décès	Cessation d'emploi	Total
2000	63	17	239	319
2001	74	18	222	314
2002	86	19	207	312
2003	102	19	194	315
2004	125	20	181	326
2005	148	21	168	337
2006	172	22	157	351
2007	201	23	147	371
2008	229	23	138	390
2009	294	24	130	448
2010	326	24	122	472
2011	343	24	114	481
2012	352	24	107	483
2013	359	24	100	483
2014	361	24	95	480
2015	390	24	88	502
2016	407	24	83	514
Total	4 032	374	2 492	6 898

Note - Le total ne correspond pas nécessairement à la somme des parties, les données ayant été arrondies.

Ces départs sont estimés sur la base des taux évalués par la CARRA auprès des participants au RPEGOP. On a retenu l'hypothèse du *statu quo* en matière de statut d'emploi, c'est-à-dire que l'on postule que la structure des emplois à plein temps et à temps partiel demeure constante au cours de la période de projection. Rappelons qu'une proportion plus grande d'employés à temps complet assurerait une plus grande stabilité de l'effectif et, par conséquent, réduirait la propension à la cessation d'emploi.

3 ESTIMATION DES BESOINS EN MAIN-D'ŒUVRE ET DE RECRUTEMENT

Une analyse plus approfondie permettrait d'envisager divers scénarios de croissance des besoins. Pour le moment, nous n'avons envisagé qu'un seul scénario, soit une croissance des besoins proportionnelles à la croissance et au vieillissement de la population.

Ce scénario représente en quelque sorte un *statu quo* en matière de services par habitant, en tenant compte néanmoins du vieillissement de la population. Dans cette perspective, les besoins en main-d'œuvre devraient croître annuellement à un rythme de 1 %, soit 0,5 % en raison de la croissance de la population et 0,5 % en raison du vieillissement de la population.

Tableau 4

Techniciens en éducation spécialisée
Projection des besoins annuels de recrutement, 2000 à 2016

	Départs attendus	Accroissement des besoins	Recrutement brut	Recrutement net ¹	Effectif requis
2000	319	151	470	478	15 750
2001	314	153	466	491	15 903
2002	312	154	466	505	16 057
2003	315	156	471	523	16 213
2004	326	157	483	548	16 370
2005	337	159	497	575	16 529
2006	351	160	511	602	16 689
2007	371	162	533	637	16 851
2008	390	164	554	670	17 015
2009	448	165	614	743	17 180
2010	472	167	639	783	17 346
2011	481	168	650	808	17 514
2012	483	170	653	825	17 684
2013	483	171	656	840	17 856
2014	480	173	654	850	18 029
2015	502	175	678	886	18 204
2016	514	177	690	910	18 381
Total	6 898	2 782	9 680	11 674	

1. Le recrutement net tient compte du fait que, parmi les nouveaux arrivants sur le marché au cours de la période 2000-2016, il y aura également un certain nombre de départs qu'il faudra combler (attrition des nouveaux arrivés).

Note - Le total ne correspond pas nécessairement à la somme des parties, les données ayant été arrondies.

Pour satisfaire ces besoins de recrutement et si l'on postule qu'il y a actuellement équilibre entre l'offre et la demande de main-d'œuvre et que la structure d'emploi (temps complet, temps partiel) demeurera constante, il faudrait recruter un nombre de diplômés correspondant. La prochaine étape consiste à déterminer le nombre de diplômés attendus.

4 COMPARAISON ENTRE LES BESOINS DE RECRUTEMENT ET LE NOMBRE DE DIPLÔMÉS

Le tableau 5 compare les besoins de recrutement avec le nombre de diplômés attendus selon les prévisions établies par le MEQ.

Tableau 5

Techniciens en éducation spécialisée
Comparaison entre les besoins de recrutement et les diplômés disponibles,
2000 à 2016

	Départs attendus	Accroissement des besoins	Recrutement net ¹	Diplômés disponibles	Écart annuel	Écart cumulatif
2000	319	151	478	764	286	286
2001	314	153	491	756	265	551
2002	312	154	505	736	231	782
2003	315	156	523	764	241	1 023
2004	326	157	548	766	218	1 241
2005	337	159	575	742	167	1 408
2006	351	160	602	736	134	1 542
2007	371	162	637	719	82	1 624
2008	390	164	670	726	56	1 680
2009	448	165	743	750	7	1 687
2010	472	167	783	791	8	1 695
2011	481	168	808	798	-10	1 685
2012	483	170	825	795	-30	1 655
2013	483	171	840	759	-81	1 574
2014	480	173	850	759	-91	1 483
2015	502	175	886	759	-127	1 356
2016	514	177	910	759	-151	1 205
Total	6 898	2 782	11 674	12 879		1 205

1. Le recrutement net tient compte du fait que, parmi les nouveaux arrivants sur le marché au cours de la période 2000-2016, il y aura également un certain nombre de départs qu'il faudra combler (attrition des nouveaux arrivés).

Note - Le total ne correspond pas nécessairement à la somme des parties, les données ayant été arrondies.

On constate sur la base des hypothèses posées précédemment que, jusqu'en 2010, les diplômés disponibles seront en plus grand nombre que les besoins de recrutement l'exigeront.

TECHNICIENS EN ORTHÈSES-PROTHÈSES

DESCRIPTION DE LA PROFESSION

Les techniciens en orthèses-prothèses² conçoivent, fabriquent ou surveillent la fabrication, ajustent, réparent ou modifient les orthèses et les prothèses à la suite d'une ordonnance médicale afin d'améliorer l'indépendance fonctionnelle des personnes, participent à leur réadaptation et collaborent à l'initiation au travail et à l'entraînement du personnel.

PROGRAMME DE FORMATION

Les techniciens en orthèses-prothèses doivent détenir un diplôme de fin d'études collégiales avec spécialisation en Techniques d'orthèses et de prothèses d'une école reconnue par le ministère de l'Éducation.

Le Cégep Montmorency est actuellement le seul au Québec à offrir une formation technique en orthèses et prothèses orthopédiques. Toutefois, le Collège Mérici à Québec accueillera 34 étudiants dans un nouveau programme de techniques en orthèses-prothèses en août 2002. On prévoit ainsi décerner environ 26 diplômes dans cette discipline dès 2005.

De 1991 à 1999, le Cégep Montmorency a formé 193 diplômés, soit en moyenne 21 par année. Le nombre de nouvelles admissions a fluctué de façon assez marquée au cours des années, soit de 26 en 1992 à 60 en 1998. Durant les cinq dernières années, les nouvelles admissions se sont élevées à 42 en moyenne par année, ce qui donne à penser que le nombre de nouveaux diplômés est appelé à augmenter en 2001 et les années suivantes.

Le programme est d'une durée de trois ans. Un stage de six semaines en milieu de travail est prévu à la dernière session.

Les personnes diplômées peuvent s'inscrire à une attestation d'études collégiales en orthèses ou en prothèses orthopédiques. Ce programme permet d'approfondir les connaissances et de développer une expertise entourant des appareils plus complexes. Les diplômés peuvent également poursuivre des études universitaires en génie biomédical.

2. Les orthèses sont des appareils orthopédiques qui ont pour but de contrer les difformités ou le mauvais fonctionnement de certains membres du corps humain. Les prothèses, quant à elles, sont des appareils qui ont pour but de suppléer à l'absence totale ou partielle de certains membres du corps humain.

CADRE LÉGAL

Actuellement, la profession de technicien en orthèses-prothèses n'est pas régie par un ordre professionnel. Un projet d'intégration des techniciens en orthèses-prothèses à l'Ordre des technologues professionnels du Québec est à l'étude depuis deux ans à l'Office des professions du Québec.

Par ailleurs, la Loi sur la protection de la santé publique comporte des dispositions concernant les « normes d'équipement, de fonctionnement technique et de salubrité des laboratoires et de la quantité du personnel y employé » (Section XI). Il y est spécifié notamment qu'il faut un diplôme d'études collégiales en orthèses et prothèses pour diriger un laboratoire de prothèses ou d'orthèses.

LIEUX DE PRATIQUE

Les techniciens en orthèses-prothèses travaillent dans des laboratoires privés, des laboratoires publics de prothèses orthopédiques et orthèses et dans des établissements de santé tels que les centres de réadaptation.

En 1999-2000, dans le réseau de la santé et des services sociaux, 62 postes se répartissaient presque essentiellement entre les établissements de réadaptation (41 postes) et les centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés (19 postes). On compterait par ailleurs autant sinon plus de techniciens en orthèses-prothèses orthopédiques dans les laboratoires privés du Québec.

1 OFFRE DE MAIN-D'ŒUVRE

1.1 Effectif en emploi et effectif disponible

La distribution de l'effectif selon le groupe d'âge, le sexe et le statut d'emploi n'est pas disponible pour le moment. Si l'on considère qu'une majorité de techniciens en orthèses-prothèses travaillent dans le secteur privé, la distribution de l'effectif selon ces paramètres nécessiterait une enquête particulière auprès des laboratoires privés.

1.2 Pénurie initiale

Selon les indications dont nous disposons, il y a actuellement une pénurie de main-d'œuvre dans ce domaine. Nous ne sommes toutefois pas en mesure d'en évaluer l'ampleur. Les taux de placement des diplômés au cours des trois dernières années montrent clairement une situation de plein emploi dans ce type de spécialité.

Tableau 6

Situation des personnes diplômées en
technique d'orthèses et de prothèses orthopédiques
en 1999, 2000 et 2001

	1999	2000	2001
Personnes diplômées (nombre)	21	25	20
En emploi (%)	88,2	90	100
À la recherche d'un emploi (%)	0	0	0
Aux études (%)	0	5	0
Personnes inactives (%)	11,8	5	0
Taux de chômage (%)	0	0	0
À plein temps (%)	93,3	88,9	100
En rapport avec la formation (%)	92,9	93,8	93,3

L'arrivée de nouveaux diplômés en 2005 devra contribuer à solutionner le problème.

2 PROJECTION DE L'ATTRITION

Puisque la majorité des techniciens en orthèses-prothèses travaillent dans le secteur privé, il faudra déterminer si le modèle qui applique aux effectifs, selon le groupe d'âge, le sexe et le statut d'emploi, des taux moyens de départs constants à partir des taux établis par la CARRA pour les participants au RREGOP sera fondé dans ce cas-ci.

3 ESTIMATION DES BESOINS EN MAIN-D'ŒUVRE ET DE RECRUTEMENT

Les consultations et analyses ultérieures permettront de statuer sur un taux de croissance réaliste quant à l'évolution des besoins visant les techniciens en orthèses-prothèses.

4 COMPARAISON ENTRE LES BESOINS DE RECRUTEMENT ET LE NOMBRE DE DIPLÔMÉS DISPONIBLES

Selon l'information disponible, 21 nouveaux diplômés sont attendus de 2002 à 2005 et 46 à compter de 2006 et les années suivantes. Par ailleurs, l'ouverture prévisible d'un nouveau programme de formation en techniques d'orthèses et de prothèses orthopédiques au Collège Mérici en 2002 permettra de lever une bonne part d'incertitudes quant à la capacité de répondre aux besoins en main-d'œuvre dans ce secteur.

NEUROPSYCHOLOGUES

On dispose actuellement de peu d'information sur les neuropsychologues. Le texte qui suit reprend sommairement la démarche utilisée jusqu'ici et fait ressortir les éléments nécessaires à l'exercice de planification.

DESCRIPTION SOMMAIRE DE LA PROFESSION

La neuropsychologie a trait à « l'étude du comportement et des phénomènes psychiques, cognitifs et émotionnels en relation avec l'anatomophysiologie du cerveau qui le sous-tend. Elle procède par l'analyse systématique des perturbations du comportement relevant de l'altération de l'activité cérébrale normale par suite d'une maladie ou d'un dommage cérébral³ ».

Plus précisément, « l'évaluation neuropsychologique permet de préciser les ressources à la disposition du patient et les atteintes de ses fonctions mentales supérieures afin de l'orienter vers un traitement adéquat, d'adapter son environnement physique et psychosocial ou de l'aider à se fixer des objectifs réalistes, en fonction de ses capacités résiduelles⁴ ».

Actuellement, le terme neuropsychologue n'est pas un titre d'emploi reconnu dans la nomenclature utilisée dans le réseau de la santé et des services sociaux, de sorte que le Ministère ne dispose pas de description d'emploi.

Selon l'Ordre des psychologues du Québec, quelque 411 psychologues (parmi ses 7 000 membres) déclarent exercer dans le domaine de la neuropsychologie.

3. Louise Bérubé, Institut Pinel de Montréal, *Terminologie de neuropsychologie et de neurologie du comportement*, Les Éditions de la Chenelière, 1991, p. 1. (Information transmise par l'Ordre des psychologues du Québec).

4. Ordre des psychologues du Québec, Comité sectoriel sur la neuropsychologie, annexe II, novembre 2001.

PROGRAMME DE FORMATION

La neuropsychologie est une discipline relativement récente. Près de 85 % des neuropsychologues ont reçu une formation universitaire au Québec ou à l'extérieur du Québec. Environ 58 % possèdent une maîtrise et 42 % un doctorat en psychologie.

Contrairement aux autres professions étudiées précédemment (physiothérapeutes, thérapeutes en réadaptation physique, ergothérapeutes, audiologistes, orthophonistes, spécialistes en orientation), la formation des neuropsychologues n'est pas sanctionnée par un diplôme spécifiquement défini. Il s'inscrit plutôt dans un profil particulier de formation à l'intérieur d'un programme de maîtrise ou de doctorat en psychologie.

CADRE LÉGAL

Le titre de neuropsychologue n'est pas reconnu par le Code des professions, alors que c'est le cas des psychologues. Actuellement, l'Ordre des psychologues du Québec étudie la possibilité d'émettre un permis particulier pour les neuropsychologues.

LIEUX DE PRATIQUE

La majorité des neuropsychologues sont à l'emploi du réseau de la santé et des services sociaux. Bon nombre de neuropsychologues traitent des personnes venant la SAAQ, de la CSST, de l'IVAQ, de compagnies d'assurances privées, de firmes d'avocats, etc.

1 OFFRE DE MAIN-D'ŒUVRE

1.1 Effectif en emploi et effectif disponible

On ne dispose pas pour le moment de données précises sur le nombre de neuropsychologues selon le groupe d'âge, le sexe et le statut d'emploi. L'AERDPQ a signalé son intention de procéder à un relevé des effectifs qui permettrait de combler cette lacune.

Toutefois, l'Ordre des psychologues du Québec compte quelque 411 membres indiquant qu'ils exercent à plein temps ou à temps partiel la neuropsychologie.

Tableau 7

Distribution de l'effectif des neuropsychologues selon le groupe d'âge et le sexe en 2002

Groupe d'âge	Femmes	Hommes	Total
20-24 ans	0	0	0
25-29 ans	47	12	59
30-34 ans	50	22	72
35-39 ans	54	18	72
40-44 ans	38	21	59
45-49 ans	42	20	62
50-54 ans	26	22	48
55-59 ans	17	6	23
60-64 ans	8	4	12
65 ans et plus	1	3	3
Total	283	128	411

Source : Ordre des psychologues du Québec, 2002.

1.2 Pénurie initiale

Dans le cadre des travaux, l'AERDPQ a signalé qu'il y aurait une pénurie de main-d'œuvre dans ce domaine. Cependant, le groupe de travail n'est pas en mesure d'en évaluer l'ampleur. Il s'agit d'une information qu'il faudra obtenir lors des analyses ultérieures.

2 PROJECTION DE L'ATTRITION

Les données sur l'effectif selon le groupe d'âge, le sexe et le statut d'emploi permettront d'évaluer l'attrition actuelle et les besoins de recrutement qui lui sont associés.

3 COMPARAISON ENTRE LES BESOINS DE RECRUTEMENT ET LE NOMBRE DE DIPLÔMÉS

Le recrutement devant répondre à l'évolution prévisible des besoins en main-d'œuvre dans ce domaine devra être quantifié. De même, les informations relatives au nombre de diplômés disponibles annuellement devront être précisées. Les besoins de recrutement pour combler la pénurie de neuropsychologues, les départs attendus et la croissance de l'effectif seront mis en parallèle avec le nombre de diplômés disponibles annuellement.

planification de la main-d'œuvre dans le secteur de la réadaptation physique



Partie 3 : Plan d'action

PARTIE III PLAN D'ACTION

Dans l'ensemble, les analyses présentées jusqu'ici ont fait ressortir trois phénomènes qui, parce qu'ils agissent de manière concomitante, sont susceptibles de conduire à des pénuries de main-d'œuvre encore plus graves que celles que le Québec vit depuis plusieurs années. Ces phénomènes sont :

- l'augmentation significative de l'attrition du personnel en place ;
- le besoin d'accroître les effectifs à un rythme plus rapide que ne le justifieraient les seuls besoins liés à la croissance et au vieillissement de la population (entre 1,7 % et 2,3 % selon les professions) en raison de divers facteurs, notamment la consolidation des services de réadaptation physique au palier régional, les efforts supplémentaires à consacrer aux services visant le maintien de l'autonomie des personnes à domicile, la réponse aux attentes plus élevées de la population ;
- la baisse prévisible du bassin de recrutement de la relève attribuable entre autres à une diminution graduelle de la population scolaire.

Ainsi, de façon générale, le groupe de travail a retenu un scénario de croissance annuelle moyenne des besoins de 3 %.

Par ailleurs, les membres du groupe de travail se sont entendus sur les objectifs suivants :

- assurer une relève suffisante pour répondre aux besoins ;
- favoriser une meilleure adéquation entre le contenu et le niveau de la formation et les besoins des milieux de travail ;
- assurer un nombre suffisant de places de stages ;
- revoir l'organisation du travail en favorisant une utilisation optimale des compétences du personnel, en mettant à profit l'expertise des professionnels dans leur rôle spécifique et en confiant les tâches qui peuvent l'être à d'autres catégories de personnel ;
- maximaliser l'offre de main-d'œuvre en réduisant au minimum le recours au personnel occasionnel à temps partiel ;
- créer un milieu de travail qui assure une qualité de vie et permet aux personnes de réaliser leurs aspirations professionnelles et personnelles et de concilier travail et famille ;

- effectuer un suivi des activités prévues au plan d'action et mettre à jour annuellement le processus de planification de la main-d'œuvre dans le secteur de la réadaptation physique ;
- documenter la situation de la main-d'œuvre dans les autres professions du secteur de la réadaptation, notamment celle des techniciens en éducation spécialisée, des techniciens en orthèses et prothèses et des neuropsychologues.

PLANIFICATION DE LA MAIN-D'ŒUVRE DANS LE SECTEUR DE LA RÉADAPTATION PHYSIQUE

PLAN D'ACTION

VOLET FORMATION

OBJECTIF 1

Assurer une relève suffisante de **physiothérapeutes** pour répondre aux besoins.

RÉSULTATS ATTENDUS

Majorer de 200 à 248 les admissions aux programmes de formation en physiothérapie.

PLAN D'ACTION

Augmenter de 48 les admissions aux programmes de formation dès septembre 2002¹.

Réexaminer en 2006 la pertinence de procéder à une nouvelle hausse des admissions à la lumière de l'évolution des besoins en main-d'œuvre et de l'organisation du travail et d'une utilisation plus grande des thérapeutes en réadaptation physique.

ACTEURS VISÉS

Responsables : les universités.

Collaborateurs : le ministère de l'Éducation, l'Ordre.

ÉCHÉANCIER

Septembre 2002.

1. La hausse des admissions en 2002 ne se répercutera sur le marché du travail qu'en 2006. Tout décalage ou retard dans la mise en œuvre de cette recommandation aura pour effet d'accroître les difficultés de répondre aux besoins en creusant davantage l'écart entre l'offre et la demande de main-d'œuvre.

VOLET FORMATION

(suite)

OBJECTIF 2

Assurer une relève suffisante de **thérapeutes en réadaptation physique** pour répondre aux besoins.

RÉSULTATS ATTENDUS

Maintenir le nombre d'admissions aux programmes de techniques en réadaptation physique.

PLAN D'ACTION

Maintenir à 275 le nombre d'admissions.

ACTEURS VISÉS

Responsables : les cégeps.
Collaborateur : le ministère de l'Éducation.

ÉCHÉANCIER

Continu.

VOLET FORMATION

(suite)

OBJECTIF 3

Assurer une relève suffisante **d'ergothérapeutes** pour répondre aux besoins.
Résorber en cinq ans la pénurie actuelle.

RÉSULTATS ATTENDUS

Majorer de 225 à 310 (+85) les admissions aux programmes de formation en ergothérapie².

Cette augmentation substantielle a pour but de résorber en cinq ans la pénurie actuelle. On devra revoir dans le suivi du plan d'action, la pertinence de maintenir les admissions à la lumière de l'évolution des besoins et de l'organisation du travail.

PLAN D'ACTION

Augmenter de 85 les admissions aux programmes de formation dès septembre 2002.

ACTEURS VISÉS

Responsables : les universités.
Collaborateurs : le ministère de l'Éducation, l'Ordre.

ÉCHÉANCIER

Septembre 2002.

2. La hausse des admissions en 2002 ne se répercutera sur le marché du travail qu'en 2005 ou 2006. Tout décalage ou retard dans la mise en œuvre de cette recommandation aura pour effet d'accroître les difficultés de répondre aux besoins en creusant davantage l'écart entre l'offre et la demande de main-d'œuvre.

VOLET FORMATION

(suite)

OBJECTIF 4

Assurer une relève suffisante **d'audiologistes** pour répondre aux besoins.

RÉSULTATS ATTENDUS

Maintenir le nombre d'admissions au programme de maîtrise professionnelle en audiologie offert à l'Université de Montréal.

PLAN D'ACTION

Maintenir à 20 le nombre d'admissions.

ACTEURS VISÉS

Responsable : l'Université de Montréal.

Collaborateur : le ministère de l'Éducation, l'Ordre.

ÉCHÉANCIER

Continu.

VOLET FORMATION

(suite)

OBJECTIF 5

Assurer une relève suffisante **d'orthophonistes** pour répondre aux besoins.
Résorber en cinq ans la pénurie actuelle.

RÉSULTATS ATTENDUS

Majorer de 100 à 130 (+30) les admissions dans les programmes de formation en orthophonie³.

Cette augmentation a pour but de résorber en cinq ans la pénurie actuelle. On devra revoir, dans le suivi du plan d'action, la pertinence de maintenir les inscriptions à la lumière de l'évolution des besoins et de l'organisation du travail.

PLAN D'ACTION

Augmenter de 30 les admissions aux programmes de formation dès septembre 2002, et ce, préférablement dans un programme court (maîtrise professionnelle) de deux ans.

ACTEURS VISÉS

Responsables : les universités.
Collaborateurs : le ministère de l'Éducation, l'Ordre.

ÉCHÉANCIER

Septembre 2002.

3. La hausse des admissions en 2002 ne se répercutera sur le marché du travail qu'en 2004 dans le cas d'un programme de maîtrise professionnelle et en 2007 dans le cas du programme de baccalauréat. Tout décalage ou retard dans la mise en œuvre de cette recommandation aura pour effet d'accroître les difficultés de répondre aux besoins en creusant davantage l'écart entre l'offre et la demande de main-d'œuvre.

VOLET FORMATION

(suite)

OBJECTIF 6

Assurer une relève suffisante de **spécialistes en orientation et mobilité** (SOM) et **d'agents de réadaptation en déficience visuelle** (ARDV) pour répondre aux besoins.

RÉSULTATS ATTENDUS

Former en alternance six spécialistes en orientation et mobilité et six agents de réadaptation en déficience visuelle à l'intérieur d'un programme de formation sanctionné par un diplôme d'études supérieures spécialisées (DESS) comprenant un tronc d'environ douze crédits.

PLAN D'ACTION

1. Implanter à l'École d'optométrie de l'Université de Montréal un programme de formation (DESS) spécifique pour former d'abord six agents de réadaptation en déficience visuelle. Ce programme de formation serait donné tous les deux ans, en alternance avec le programme de formation des spécialistes en orientation et mobilité (six)⁴.

À noter qu'il y aura lieu, dans le cadre du suivi annuel qui sera effectué, de revoir les cibles d'entrée dans le programme de formation SOM et le programme ARDV en fonction des besoins spécifiques des établissements.

2. Examiner la possibilité de créer le titre d'emploi d'agent de réadaptation en déficience visuelle lors des travaux entourant le renouvellement des conventions collectives.

ACTEURS VISÉSAction 1

Responsable : l'Université de Montréal.
Collaborateur : le ministère de l'Éducation.

4. Tout décalage ou retard dans la mise en œuvre de cette recommandation aura pour effet d'accroître les difficultés de répondre aux besoins en creusant davantage l'écart entre l'offre et la demande de main-d'œuvre.

Action 2

Responsable : le MSSS.
Collaborateurs : les syndicats.

ÉCHÉANCIER

Action 1 : septembre 2002.

Action 2 : court terme.

VOLET FORMATION

(suite)

OBJECTIF 7

Favoriser une meilleure adéquation entre le contenu et le niveau de la formation initiale et les besoins des milieux de travail.

RÉSULTATS ATTENDUS

Favoriser la concertation entre les établissements d'enseignement, les ordres professionnels et les milieux de travail et permettre aux instances décisionnelles d'avoir un meilleur éclairage à cet égard, notamment en considération de l'évolution du cadre légal, en particulier du projet de réforme du système professionnel.

PLAN D'ACTION

Mettre en place un forum de discussions réunissant les établissements d'enseignement, les associations d'établissements, le ministère de l'Éducation et les ordres professionnels.

ACTEURS VISÉS

Responsable : le ministère de l'Éducation.

Collaborateurs : les établissements d'enseignement universitaire et collégial, les associations d'employeurs et les ordres professionnels⁵.

ÉCHÉANCIER

Septembre 2002.

5. La Société québécoise des thérapeutes en réadaptation physique ferait également partie des collaborateurs jusqu'à ce que les thérapeutes en réadaptation physique soient dûment intégrés à l'Ordre professionnel des physiothérapeutes du Québec.

VOLET FORMATION

(suite)

OBJECTIF 8

Assurer un nombre suffisant de places de stages.

RÉSULTATS ATTENDUS

Apporter des solutions aux problèmes actuels et anticipés par le groupe de travail, notamment dans le contexte du rehaussement des cohortes d'étudiants.

PLAN D'ACTION

1. Dresser d'abord un inventaire descriptif de la situation des stages, préciser les problèmes actuels et prévisibles et suggérer des mesures appropriées.
2. Examiner les solutions ou mesures proposées.

ACTEURS VISÉSAction 1

Responsables : les établissements d'enseignement universitaire et collégial.

Collaborateurs : les établissements d'accueil des stagiaires des secteurs public et privé.

Action 2

Responsable : le groupe de travail.

ÉCHÉANCIER

Action 1 : juin 2002.

Action 2 : à déterminer.

VOLET ORGANISATION DU TRAVAIL

OBJECTIF 1

Revoir l'organisation du travail en favorisant une utilisation optimale des compétences du personnel, en mettant à profit l'expertise des professionnels dans leur rôle spécifique et en confiant les tâches qui peuvent l'être à d'autres catégories de personnel.

RÉSULTATS ATTENDUS

Compte tenu de l'envergure des besoins de services, des budgets limités, de la rareté prévisible de l'expertise professionnelle et de l'évolution du cadre légal, s'assurer de répondre efficacement aux besoins de la population.

PLAN D'ACTION

1. Préciser le rôle des instances nationales en matière d'organisation du travail et inviter les établissements à revoir les modes d'organisation du travail en fonction de l'objectif visé et des résultats attendus.
2. Revoir les modes d'organisation du travail en fonction de l'objectif visé et des résultats attendus.

ACTEURS VISÉS

Action 1

Responsable : le MSSS.

Collaborateurs : les associations d'établissements, les ordres professionnels et les syndicats⁶.

Action 2

Responsables : les établissements.

Collaborateurs : les régies régionales, les associations d'établissements et les syndicats.

6. La Société québécoise des thérapeutes en réadaptation physique, compterait également parmi les collaborateurs jusqu'à ce que les thérapeutes en réadaptation physique soient dûment intégrés à l'Ordre professionnel des physiothérapeutes du Québec.

ÉCHÉANCIER

Action 1 : septembre 2002.

Action 2 : continu.

VOLET CONDITIONS DE TRAVAIL

OBJECTIF 1

Maximaliser l'offre de main-d'œuvre en réduisant au minimum le recours au personnel occasionnel à temps partiel.

RÉSULTATS ATTENDUS

Réduire la précarité de l'emploi et maximaliser la stabilité des équipes de travail en augmentant les postes permanents.

PLAN D'ACTION

Inviter les établissements à favoriser la consolidation des équipes, notamment par l'octroi de postes à temps complet et plus particulièrement en convertissant le statut du personnel occasionnel actuel en postes réguliers.

ACTEURS VISÉS

Responsables : les établissements.

Collaborateurs : les syndicats, les associations d'établissements et le MSSS.

ÉCHÉANCIER

Continu.

VOLET CONDITIONS DE TRAVAIL

(suite)

OBJECTIF 2

Créer un milieu de travail qui assure une qualité de vie et qui permette aux personnes de réaliser leurs aspirations professionnelles et personnelles et de concilier travail et famille.

RÉSULTATS ATTENDUS

Améliorer le maintien du personnel, réduire l'épuisement professionnel et l'absentéisme.

PLAN D'ACTION

Tant au palier local, dans la mesure des moyens dont disposent les établissements, qu'au palier national, à l'occasion du renouvellement des conventions collectives, examiner les moyens prévus à cet effet.

Par ailleurs, les membres du groupe de travail ont convenu de ne pas entreprendre dans l'immédiat d'actions spécifiques à cet égard, mais plutôt de suivre les travaux et les solutions qui seront proposées dans le secteur des soins infirmiers et de les adapter au secteur de la réadaptation physique.

ACTEURS VISÉS

Responsables : les établissements.

Collaborateurs : les syndicats, les associations d'établissements et le MSSS.

ÉCHÉANCIER

Continu.

VOLET MESURES DE SUIVI

OBJECTIF 1

Assurer le suivi du processus de planification.

RÉSULTATS ATTENDUS

La mise en place d'un processus continu de planification de la main-d'œuvre dans le secteur de la réadaptation physique.

PLAN D'ACTION

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

ACTEURS VISÉS

Responsable : le MSSS.

Collaborateurs : les membres du groupe de travail.

ÉCHÉANCIER

Printemps 2003.

VOLET MESURES DE SUIVI

(suite)

OBJECTIF 2

Documenter la situation de la main-d'œuvre dans les autres professions présentes dans le secteur de la réadaptation, notamment celle des techniciens en éducation spécialisée, des techniciens en orthèses et prothèses et des neuropsychologues.

RÉSULTATS ATTENDUS

Au terme de l'étape du diagnostic, qui comprendra pour chaque profession une projection des besoins en matière de recrutement pour combler les départs par attrition et des besoins pour assurer le développement des services, de même qu'une appréciation de l'écart entre les besoins de recrutement et les diplômés disponibles, soumettre un plan d'action applicable à chaque profession.

ACTEURS VISÉS

Responsable : le MSSS.

Collaborateurs : les membres du groupe de travail.

ÉCHÉANCIER

À déterminer.

**PLAN D'ACTION POUR LA PLANIFICATION DE LA MAIN-D'ŒUVRE
DANS LE SECTEUR DE LA RÉADAPTATION PHYSIQUE**

Actions	Responsables	Collaborateurs	Échéancier
Volet Formation			
Actions visant à assurer une relève suffisante.			
1-Physiothérapeutes Augmenter, dès septembre 2002, de 200 à 248 (+48) les admissions aux programmes de formation. Revoir en 2006 la nécessité d'une nouvelle hausse des admissions.	Universités	Ministère de l'Éducation, l'Ordre	Septembre 2002
2-Thérapeutes en réadaptation physique Maintenir à 275 le nombre d'admissions.	Cégeps	Ministère de l'Éducation	Continu
3-Ergothérapeutes Augmenter, dès septembre 2002, de 225 à 310 (+85) les admissions aux programmes de formation. Réévaluer au terme d'une période de cinq ans le nombre requis d'admissions.	Universités	Ministère de l'Éducation, l'Ordre	Septembre 2002
4-Audiologistes Maintenir à 20 le nombre d'admissions.	Université de Montréal	Ministère de l'Éducation, l'Ordre	Continu
5-Orthophonistes : Augmenter, dès septembre 2002, de 100 à 130 (+30) les admissions aux programmes de formation, et ce, préférablement dans un programme court (maîtrise professionnelle) de deux ans. Réévaluer au terme d'une période de cinq ans le nombre d'admissions.	Universités	Ministère de l'Éducation, l'Ordre	Septembre 2002
6-Spécialistes en orientation et mobilité et Agents de réadaptation en déficience visuelle			
6.1 Implanter à l'École d'optométrie de l'Université de Montréal un programme de formation (DESS) spécifique pour former d'abord six ARDV. Ce programme de formation serait donné tous les deux ans, en alternance avec le programme de formation des SOM (six).	Université de Montréal	Ministère de l'Éducation	Septembre 2002
6.2 Examiner la possibilité de créer le titre d'emploi d'agent de réadaptation en déficience visuelle lors des travaux entourant le renouvellement des conventions collectives.	MSSS	Syndicats	Court terme

Actions	Responsables	Collaborateurs	Échéancier
Volet Formation Action visant à favoriser une meilleure adéquation entre le contenu et le niveau de la formation et les besoins des milieux de travail.			
7-Mettre en place un forum de discussions réunissant les établissements d'enseignement, les associations d'établissements, le ministère de l'Éducation et les ordres professionnels.	Ministère de l'Éducation	Établissements d'enseignement universitaire et collégial, associations d'établissements, ordres professionnels	Septembre 2002
Volet Formation Action visant à assurer un nombre suffisant de places de stages.			
8-Des places de stages en nombre suffisant.			
8.1 Dans une première étape, dresser un inventaire descriptif de la situation des stages, préciser les problèmes actuels et prévisibles et suggérer des mesures appropriées.	Établissements d'enseignement universitaire et collégial	Établissements d'accueil des stagiaires des secteurs public et privé	Juin 2002
8.2 Dans une seconde étape examiner les solutions proposées.	Groupe de travail		À déterminer
Volet Organisation du travail Actions visant à revoir l'organisation du travail en favorisant une utilisation optimale des compétences du personnel et en mettant à profit l'expertise des professionnels dans leur rôle spécifique et en confiant les tâches qui peuvent l'être à d'autres catégories de personnel.			
1-Préciser le rôle des instances nationales en matière d'organisation du travail et inviter les établissements à revoir les modes d'organisation du travail en fonction de l'objectif visé et des résultats attendus.	MSSS	Associations d'établissements, ordres professionnels, syndicats	Septembre 2002
2-Revoir les modes d'organisation du travail en fonction de l'objectif visé et des résultats attendus.	Établissements	Régies régionales, associations d'établissements, syndicats	Continu
Volet Conditions de travail Action visant à maximiser l'offre de main-d'œuvre en réduisant au minimum le recours au personnel occasionnel à temps partiel.			
1-Inviter les établissements à favoriser la consolidation des équipes, notamment par l'octroi de postes à temps complet et plus particulièrement en convertissant le statut du personnel occasionnel actuel en postes réguliers.	Établissements	Syndicats, associations d'établissements, MSSS	Continu

Actions	Responsables	Collaborateurs	Échéancier
Volet Conditions de travail Action visant à créer un milieu de travail qui assure une qualité de vie et qui permet aux personnes de réaliser leurs aspirations professionnelles et personnelles et de concilier travail et famille.			
2-Tant au palier local, dans la mesure des moyens dont disposent les établissements, qu'au palier national, à l'occasion du renouvellement des conventions collectives, examiner les moyens prévus à cet effet. Par ailleurs, les membres du groupe de travail ont convenu de ne pas entreprendre d'action spécifique à cet égard, mais plutôt de suivre les travaux et les solutions qui seront proposées dans le secteur des soins infirmiers et de les adapter au secteur de la réadaptation physique.	Établissements	Syndicats, associations d'établissements, MSSS	Continu
Volet Mesure de suivi Actions visant à assurer le suivi du processus de planification.			
1.1-Effectuer un suivi des actions prévues. 1.2-Mettre à jour annuellement les paramètres du modèle d'analyse prévisionnelle. 1.3-Ajuster le plan d'action au besoin.	MSSS	Membres du groupe de travail	Printemps 2003
2-Documenter la situation de la main-d'œuvre dans les autres professions présentes dans le secteur de la réadaptation, notamment celle des techniciens en éducation spécialisée, des techniciens en orthèses et prothèses et des neuropsychologues.	MSSS	Membres du groupe de travail	À déterminer

planification de la main-d'œuvre dans le secteur de la réadaptation physique



Annexes

ANNEXE 1

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

Suzanne Jean

DGPMO

MSSS

Août 2001

TABLE DES MATIÈRES

1	PRÉSENTATION GÉNÉRALE	227
2	REGROUPEMENTS DE TITRES D'EMPLOI	227
2.1	ÉTABLISSEMENT D'UNE TABLE DE CORRESPONDANCE AVEC LE MEQ	227
2.2	LIEN DIRECT AVEC LA BANQUE DE DONNÉES DU MSSS	227
2.3	FACTEUR INDIVIDU/POSTE	228
3	MODÈLE EN TROIS VOLETS	228
3.1	PROJECTION DE L'ATTRITION	228
3.1.1	<i>Projection initiale des départs</i>	228
3.1.2	<i>Choix du scénario d'évolution des statuts</i>	229
3.1.3	<i>Facteurs spécifiques de modulation des départs</i>	229
3.2	ESTIMATION DE L'ÉVOLUTION DES BESOINS ET DU RECRUTEMENT	229
3.2.1	<i>Année de départ de la projection</i>	229
3.2.2	<i>Secteur d'activité en développement</i>	229
3.2.3	<i>Évolution des besoins</i>	229
3.2.4	<i>Évolution organisationnelle</i>	229
3.2.5	<i>Évolution du nombre de jours de congé</i>	229
3.2.6	<i>Effectif désiré</i>	231
3.2.7	<i>Recrutement brut</i>	231
3.2.8	<i>Recrutement net ou nécessaire</i>	231
3.3	COMPARAISON ENTRE LES BESOINS DE RECRUTEMENT ET LES DIPLÔMÉS DISPONIBLES	231
3.3.1	<i>Projection des diplômés disponibles</i>	231
3.3.2	<i>Comparaison entre l'offre et les besoins</i>	232
4	EN CAS DE DÉSÉQUILIBRE APPRÉHENDÉ	232
5	CONCLUSION	232
	Annexe - Exemple d'une projection à l'aide des effectifs en ergothérapie	233

1 PRÉSENTATION GÉNÉRALE

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

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

2 REGROUPEMENTS DE TITRES D'EMPLOI

2.1 Établissement d'une table de correspondance avec le MEQ

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

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

2.2 Lien direct avec la banque de données du MSSS

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

2.3 Facteur individu/poste

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

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

3 MODÈLE EN TROIS VOLETS

3.1 Projection de l'attrition

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

3.1.1 Projection initiale des départs

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

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

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

3.1.2 Choix du scénario d'évolution des statuts

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

3.1.3 Facteurs spécifiques de modulation des départs

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

3.2 Estimation de l'évolution des besoins et du recrutement

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

3.2.1 Année de départ de la projection

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

3.2.2 Secteur d'activité en développement

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

3.2.3 Évolution des besoins

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

3.2.4 Évolution organisationnelle

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

3.2.5 Évolution du nombre de jours de congé

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

3.2.6 Effectif désiré

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

3.2.7 Recrutement brut

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

3.2.8 Recrutement net ou nécessaire

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

3.3 Comparaison entre les besoins de recrutement et les diplômés disponibles

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

3.3.1 Projection des diplômés disponibles

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

3.3.2 Comparaison entre l'offre et les besoins

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

4 EN CAS DE DÉSÉQUILIBRE APPRÉHENDÉ

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

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

5 CONCLUSION

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

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

Exemple d'une projection à l'aide des effectifs en ergothérapie

Ergothérapeutes scénario C

Scénario C

préparé pour le rapport

Besoins : 3,0%

Pénurie : 175

A) Projection de l'attrition

1) Distribution des effectifs

Effectifs estimés (banques MSSS ; membres de l'Ordre)

2) Choix du facteur individu/poste pour estimer le nombre d'individus à partir du nombre de postes

Aucun ajustement

3) Choix des taux de départs selon les groupes et l'évolution des statuts

Syndiqués - Intermédiaire entre "maintien" et "tous TC"

4) Facteurs spécifiques de modulation des départs

Aucun facteur de modulation des départs

5) Autres départs à résorber

49 départs en 2000 pour annuler l'attrition de l'année 2000

Distribution de l'effectif de départ

Âge	Femme TP	Femme TC	Homme TP	Homme TC	Total		
15	0	0	0	0	0	1	0,0
20	171	92	6	8	277	1	277,0
25	279	413	9	28	729	1	729,0
30	263	333	15	44	655	1	655,0
35	205	300	11	31	547	1	547,0
40	98	210	5	23	336	1	336,0
45	49	171	1	20	241	1	241,0
50	21	54	0	9	84	1	84,0
55	3	16	0	4	23	1	23,0
60	1	7	0	0	8	1	8,0
65	0	0	0	0	0	1	0,0
70	0	0	0	0	0	1	0,0
Total	1090	1596	47	167	2900		2900,0

Projection initiale des départs

Année	Retraites	Décès	Cessations	Total
2000	5,1	2,1	41,5	48,8
2001	6,1	2,2	38,8	47,1
2002	7,2	2,3	36,4	45,9
2003	8,7	2,5	34,3	45,4
2004	10,8	2,6	32,3	45,8
2005	13,6	2,7	30,5	46,8
2006	16,4	2,8	28,8	48,1
2007	19,7	3,0	27,4	50,1
2008	23,6	3,1	26,1	52,8
2009	30,3	3,3	25,0	58,6
2010	37,3	3,4	23,8	64,5
2011	40,7	3,5	22,8	67,0
2012	42,8	3,6	21,8	68,2
2013	45,1	3,7	21,0	69,8
2014	46,6	3,8	20,4	70,7
2015	54,2	3,8	19,1	77,1
2016	59,1	3,9	18,0	81,0
Total	467,3	52,3	468,2	987,8

Projection des départs (après modulation)

Année	Facteur retraites	Retraites pondérées	Décès	Facteur cessations	Cessations pondérées	Départs totaux	Autres départs
2000	1,00	5,1	2,1	1,00	41,5	48,8	-49
2001	1,00	6,1	2,2	1,00	38,8	47,1	0
2002	1,00	7,2	2,3	1,00	36,4	45,9	0
2003	1,00	8,7	2,5	1,00	34,3	45,4	0
2004	1,00	10,8	2,6	1,00	32,3	45,8	0
2005	1,00	13,6	2,7	1,00	30,5	46,8	0
2006	1,00	16,4	2,8	1,00	28,8	48,1	0
2007	1,00	19,7	3,0	1,00	27,4	50,1	0
2008	1,00	23,6	3,1	1,00	26,1	52,8	0
2009	1,00	30,3	3,3	1,00	25,0	58,6	0
2010	1,00	37,3	3,4	1,00	23,8	64,5	0
2011	1,00	40,7	3,5	1,00	22,8	67,0	0
2012	1,00	42,8	3,6	1,00	21,8	68,2	0
2013	1,00	45,1	3,7	1,00	21,0	69,8	0
2014	1,00	46,6	3,8	1,00	20,4	70,7	0
2015	1,00	54,2	3,8	1,00	19,1	77,1	0
2016	1,00	59,1	3,9	1,00	18,0	81,0	0
	Total	467,3	52,3		468,2	987,8	-49

Scénario: Ergothérapeutes scénario C

Description: Scénario C
préparé pour le rapport
Besoins : 3,0%
Pénurie : 175

B) Estimation des besoins relatifs au recrutement

- 6) Pénurie initiale
Pénurie estimée à 175 ergothérapeutes en 2001
- 7) Secteur d'activité en développement
Rythme d'activité maintenu
- 8) Facteur d'évolution des besoins
3,0% ; soit un scénario intermédiaire
- 9) Facteur d'évolution organisationnelle
- 10) Facteur d'évolution dans le nombre de jours de congé accordés

Estimation de l'évolution des besoins

Année	Pénurie initiale	Développement prévu	Évolution des besoins	Évolution organisationnelle	Évolution des congés	Effectif désiré	Ajout annuel pour accroissement des besoins
2000	0,0	1,0000	1,0000	1,0000	1,0000	2900,0	0,0
2001	175,0	1,0000	1,0300	1,0000	1,0000	3167,3	267,3
2002	0,0	1,0000	1,0300	1,0000	1,0000	3262,3	95,0
2003	0,0	1,0000	1,0300	1,0000	1,0000	3360,1	97,9
2004	0,0	1,0000	1,0300	1,0000	1,0000	3460,9	100,8
2005	0,0	1,0000	1,0300	1,0000	1,0000	3564,8	103,8
2006	0,0	1,0000	1,0300	1,0000	1,0000	3671,7	106,9
2007	0,0	1,0000	1,0300	1,0000	1,0000	3781,9	110,2
2008	0,0	1,0000	1,0300	1,0000	1,0000	3895,3	113,5
2009	0,0	1,0000	1,0300	1,0000	1,0000	4012,2	116,9
2010	0,0	1,0000	1,0300	1,0000	1,0000	4132,5	120,4
2011	0,0	1,0000	1,0300	1,0000	1,0000	4256,5	124,0
2012	0,0	1,0000	1,0300	1,0000	1,0000	4384,2	127,7
2013	0,0	1,0000	1,0300	1,0000	1,0000	4515,7	131,5
2014	0,0	1,0000	1,0300	1,0000	1,0000	4651,2	135,5
2015	0,0	1,0000	1,0300	1,0000	1,0000	4790,7	139,5
2016	0,0	1,0000	1,0300	1,0000	1,0000	4934,5	143,7

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

Année	Départs attendus	Autres départs	Accroissement des besoins	Recrutement brut	Recrutement nécessaire
2000	48,8	-49	0,0	-0,2	-0,3
2001	47,1	0	267,3	314,4	322,4
2002	45,9	0	95,0	141,0	153,4
2003	45,4	0	97,9	143,3	159,9
2004	45,8	0	100,8	146,6	167,1
2005	46,8	0	103,8	150,6	175,1
2006	48,1	0	106,9	155,0	183,3
2007	50,1	0	110,2	160,3	192,4
2008	52,8	0	113,5	166,3	202,2
2009	58,6	0	116,9	175,5	215,3
2010	64,5	0	120,4	184,9	228,9
2011	67,0	0	124,0	191,0	239,1
2012	68,2	0	127,7	195,9	248,1
2013	69,8	0	131,5	201,3	257,4
2014	70,7	0	135,5	206,2	266,2
2015	77,1	0	139,5	216,7	280,4
2016	81,0	0	143,7	224,7	292,3
Total	987,8	-49	2034,5	2973,3	3583,2

Ergothérapeutes scénario C

Scénario C
préparé pour le rapport
Besoins : 3,0%
Pénurie : 175

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

Distribution des diplômés attendus

Diplômés disponibles estimés par université

Main-d'oeuvre résiduelle disponible

Aucune main-d'oeuvre résiduelle disponible

Année			du recrutement							Écart cumulatif p.r. à l'effectif désiré		
2000	2900	0	0	1,000	0	0	0	0	0	0	0,0%	
2001	3167	322	163	1,000	163	0	163	-159	-159	-155	-4,9%	Alerte
2002	3262	153	183	1,000	183	0	183	30	-130	-128	-3,9%	Alerte
2003	3360	160	183	1,000	183	0	183	23	-106	-107	-3,2%	Alerte
2004	3461	167	183	1,000	183	0	183	16	-91	-93	-2,7%	
2005	3565	175	183	1,000	183	0	183	8	-83	-87	-2,4%	
2006	3672	183	183	1,000	183	0	183	0	-83	-87	-2,4%	
2007	3782	192	183	1,000	183	0	183	-9	-92	-95	-2,5%	
2008	3895	202	183	1,000	183	0	183	-19	-112	-110	-2,8%	
2009	4012	215	183	1,000	183	0	183	-32	-144	-137	-3,4%	Alerte
2010	4133	229	183	1,000	183	0	183	-46	-190	-174	-4,2%	Alerte
2011	4257	239	183	1,000	183	0	183	-56	-246	-219	-5,1%	Alerte
2012	4384	248	183	1,000	183	0	183	-65	-311	-270	-6,2%	Alerte
2013	4516	257	183	1,000	183	0	183	-74	-385	-328	-7,3%	Alerte
2014	4651	266	183	1,000	183	0	183	-83	-468	-393	-8,4%	Alerte
2015	4791	280	183	1,000	183	0	183	-97	-566	-468	-9,8%	Alerte
2016	4934	292	183	1,000	183	0	183	-109	-675	-552	-11,2%	Alerte

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

ANNEXE 2

Nombre annuel de diplômés par programme de formation de 1991 à 2000

Année	Baccalauréats ergothérapie	Baccalauréats physiothérapie	Maîtrises audiologie et orthophonie
1991	136	173	44
1992	166	179	45
1993	174	174	45
1994	189	190	43
1995	199	195	48
1996	197	190	47
1997	187	172	47
1998	142	90	47
1999	174	167	45
2000	178	192	46

Source : MEQ

ANNEXE 3

SERVICES DE PREMIÈRE, DE DEUXIÈME ET DE TROISIÈME LIGNES POUR LA CLIENTÈLE SUSCEPTIBLE DE PRÉSENTER DES INCAPACITÉS

SERVICES PREMIÈRE LIGNE			
Définition générale Ensemble de services courants qui s'appuient sur des interventions de professionnels généralistes et une infrastructure légère de moyens diagnostiques et d'interventions et qui permettent de résoudre la majorité des préoccupations et problèmes communs de la population. Ils s'adressent à la population vivant à domicile et sont le point de contact de la population avec le réseau de la santé et des services sociaux. Ces services sont accessibles sur le plan géographique, localement ou dans le milieu de vie de la personne.			
	Diagnostic-traitement	Réadaptation	Maintien
Description	• S'adressent à l'ensemble de la population d'un territoire incluant les personnes ayant une déficience physique requérant de tels services; • Accessibles dans un délai raisonnable; services disponibles 24 heures par jour, 7 jours par semaine; • Accessibles sur le plan géographique, localement ou dans le milieu de vie de la personne;	• S'adressent à l'ensemble de la population incluant les personnes ayant une déficience physique pouvant requérir de tels services; • Abordent des problèmes non permanents ou moins significatifs que ceux auxquels font face les personnes ayant une déficience physique; • Requièrent généralement une seule catégorie de professionnels et un équipement de base ou sont offerts à domicile; • Visent généralement la récupération de la capacité liée à une fonction atteinte de façon temporaire par une maladie ou par un événement traumatique ou visent le maintien de l'usage résiduel des capacités; • Offerts à domicile ou en services externes, généralement près du milieu de vie de la personne ou durant l'hospitalisation en phase aiguë.	• Visent le maintien dans le milieu de vie naturel et le soutien aux aidants naturels; • S'assurent de l'orientation vers les ressources du milieu.
Exemples de services courants	• Dépistage; • Évaluation et référence; • Diagnostic; • Traitements médicaux.	• Évaluation et référence; • Réadaptation pour incapacités temporaires; • Adaptation de domicile; • Stimulation du développement; • Interventions sur les milieux.	• Information sur les ressources; • Répit-dépannage et convalescence; • Services d'aide personnelle à domicile; • Maintien des acquis des personnes vivant à domicile.
Principaux dispensateurs	• Cabinets privés de médecins; • CLSC; • Centres de santé; • CHSGS.	• Cabinets privés de professionnels; • CLSC; • CHSGS; • Centres de santé.	• CLSC; • Organismes communautaires; • CHSLD (centres de jour)

SERVICES DEUXIÈME LIGNE

Définition générale

Services spécialisés disponibles sur référence généralement dans la région de résidence de la personne. Ils visent des problèmes plus complexes que les services de première ligne et requièrent l'intervention de spécialistes ou d'une équipe interdisciplinaire et une infrastructure plus lourde avec un équipement spécialisé, mais d'utilisation courante.

Ces services sont gérés par des établissements ayant un mandat régional ou plurirégional afin de permettre le développement et le maintien de l'expertise requise par la complexité des besoins des clientèles référées dont la prévalence ne justifie pas une organisation locale. Cette expertise est mise au service d'une région.

	Diagnostic-traitement	Adaptation-réadaptation	Soutien à l'intégration
Description	• S'adressent aux personnes aux prises avec des problèmes de santé complexes ne pouvant être résolus en première ligne ou qui ne peuvent plus demeurer dans leur milieu naturel; • Concernent des domaines particuliers de la médecine (ex. : partie du corps humain, catégorie de maladie, méthode d'investigation, clientèle cible); • Services à caractère ponctuel visant à résoudre la problématique identifiée lors de la référence; • Services nécessitant une expertise ou un équipement spécialisé.	• S'adressent à une clientèle ayant des incapacités significatives et persistantes découlant d'une déficience congénitale ou acquise ou à une clientèle ayant des incapacités temporaires en voie de chronicité et d'avoir des impacts significatifs sur les habitudes de vie; • Visent le développement de l'autonomie fonctionnelle et la réduction des situations de handicap; • Organisés par programme soit par catégorie de déficiences, ou selon les pathologies, en fonction de groupes d'âge ou du processus d'adaptation ou de réadaptation; • Intervention selon une approche globale, écosystémique nécessitant une équipe interdisciplinaire; • Services à durée limitée dans le temps qui se caractérisent par leur intensité; • Services offerts dans les installations de l'établissement ou dans les différents milieux de vie; • En étroite relation avec la famille, les personnes significatives dans l'environnement de la personne.	• Services de soutien à l'intégration offerts aux usagers et à la communauté en fonction des mêmes approches; • Ressources résidentielles de transition pour le développement des capacités; • Lorsque la personne ne peut vivre à domicile après le processus de réadaptation et de soutien à l'intégration et malgré les services d'aide personnelle à domicile, des milieux résidentiels substituts doivent lui être proposés tels que des ressources intermédiaires, d'hébergement, etc.
Exemples de services spécialisés	• Évaluation et référence; • Services diagnostiques; • Traitements médicaux; • Chirurgie.	• Réadaptation précoce; • Programmes d'adaptation et de réadaptation pour le développement de l'autonomie fonctionnelle, sociorésidentielle, sociale et professionnelle; • Évaluation globale des capacités; • Attribution des aides techniques; • Programmes pour personnes paraplégiques.	• Adaptation de domicile; • Adaptation de postes de travail; • Suivi psychosocial en famille d'accueil; • Suivi en appartement supervisé; • Apprentissage à l'autonomie; • Support à l'intégration dans les différents milieux de vie.
Principaux dispensateurs	• CHSGS; • Cliniques médicales spécialisées.	• Établissements de réadaptation; • Établissements avec une URFI; • Établissements désignés en traumatologie.	• Établissements de réadaptation.

SERVICES TROISIÈME LIGNE

Définition générale

Services ultraspécialisés pour des personnes vivant des problèmes très complexes ou dont la prévalence est très faible. Ces services exigent une technologie de pointe, un équipement sophistiqué et des spécialistes dans des domaines particuliers.

Ces services ne sont offerts que sur référence et, en raison des masses critiques, sur une base suprarégionale. Ils doivent être offerts en concertation avec les régions des usagers qu'ils desservent. Les centres qui offrent de tels services exercent généralement un rôle de leadership au niveau du développement et le partage des connaissances dans leur domaine d'expertise. L'évolution technologique et des clientèles peut faire en sorte qu'un service ultraspécialisé devienne un service dispensé dans chacune des régions.

	Diagnostic-traitement	Adaptation-réadaptation	Soutien à l'intégration
Description	• S'adressent à des personnes aux prises avec des problèmes de santé très complexes, ne pouvant être résolus en deuxième ligne; • Concernent des champs très étroits de la médecine exigeant du personnel hautement qualifié et des plateaux techniques à la fine pointe de la technologie médicale; • Accessibles sur référence médicale.	• S'adressent à une clientèle ayant des incapacités significatives et persistantes découlant d'une déficience congénitale ou acquise avec besoin de services définis comme ultraspécialisés à partir de critères tels que : – masse critique de la clientèle; – caractère expérimental; – problématique complexe nécessitant une technologie sophistiquée et un personnel ayant une surspécialisation; • Offerts en concertation avec l'établissement de réadaptation de la région de résidence de l'utilisateur.	• Normalement en deuxième ligne sauf exceptions.
Exemples de services ultraspécialisés	• Neurochirurgie; • Résonance magnétique; • Transplantation; • Chirurgie cardiaque; • Centre de grands brûlés; • Traumatologie tertiaire.	• Réadaptation précoce; • Programmes pour personnes tétraplégiques; • Réadaptation prothétique pour les personnes amputées des membres supérieurs.	
Principaux dispensateurs	• Centres hospitaliers tertiaires.	• Établissements de réadaptation; • Établissements désignés en traumatologie.	

