

planification de la main-d'œuvre



*infirmiers
et infirmières
auxiliaires*

planification de la main-d'œuvre



*infirmiers
et infirmières
auxiliaires*

Novembre 2001

Santé
et Services sociaux

Québec



Édition produite par :

La 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**

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

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

Dépôt légal
Bibliothèque nationale du Québec, 2001
Bibliothèque nationale du Canada, 2001
ISBN 2-550-38464-4

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

© Gouvernement du Québec

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION.....	7
MANDAT DU GROUPE DE TRAVAIL.....	9
COMPOSITION DU GROUPE DE TRAVAIL	10
DÉMARCHE MÉTHODOLOGIQUE	11
FAITS SAILLANTS	13
CHAPITRE 1 – ÉTUDE DE CADRAGE.....	17
1.1 PROFIL GÉNÉRAL DE LA DEMANDE DE MAIN-D' ŒUVRE	17
1.1.1 Évolution des effectifs au Canada	17
1.1.2 Évolution des effectifs au Québec	22
1.1.3 Répartition de l'effectif selon les secteurs d'activité	25
1.2 CADRE LÉGAL.....	25
1.3 PROGRAMME DE FORMATION	27
1.4 ORGANISATION DU TRAVAIL.....	35
CHAPITRE 2 – OFFRE DE MAIN-D' ŒUVRE.....	43
2.1 EFFECTIFS EN EMPLOI	43
2.2 EFFECTIFS DISPONIBLES	44
CHAPITRE 3 – PROJECTION DE L'ATTRITION	47
3.1 DÉPARTS ASSOCIÉS AU STATUT D'EMPLOI	47
3.2 PROJECTION DES DÉPARTS	48
CHAPITRE 4 – ESTIMATION DE L'ÉVOLUTION DES BESOINS ET DU RECRUTEMENT.....	49
4.1 ANNÉE DE DÉPART DE LA PROJECTION	49
4.2 INDICE D'ACCROISSEMENT DES BESOINS ET DU RECRUTEMENT	49
4.3 FACTEUR D'ÉVOLUTION ORGANISATIONNELLE.....	53
4.4 EFFECTIFS REQUIS ET RECRUTEMENT NÉCESSAIRE.....	53
CHAPITRE 5 – COMPARAISON ENTRE LES BESOINS DE RECRUTEMENT ET LE NOMBRE DE DIPLÔMÉES DISPONIBLES.....	56
5.1 PROJECTION DES DIPLÔMÉES DISPONIBLES.....	56
5.2 COMPARAISON ENTRE L'OFFRE ANTICIPÉE DE MAIN-D' ŒUVRE ET LES BESOINS	58
5.3 ESTIMATION DES ADMISSIONS REQUISES DANS LE PROGRAMME DE FORMATION.....	59
5.4 CONCLUSION	61

CHAPITRE 6 –PLAN D’ ACTION POUR LA PLANIFICATION DE LA MAIN-D’ ŒUVRE INFIRMIÈRES AUXILIAIRES.....	62
6.1 PLAN D’ ACTION GÉNÉRAL	63
6.2 PLAN D’ ACTION DÉTAILLÉ.....	64
6.2.1 Au niveau local	64
6.2.2 Au niveau régional.....	66
6.2.3 Au niveau national.....	66
VOLET 1 – UTILISATION DES SERVICES DES INFIRMIÈRES AUXILIAIRES	68
VOLET 2 – FORMATION	70
VOLET 3 – ORGANISATION DU TRAVAIL	74
VOLET 4 – PLANIFICATION DE LA MAIN-D’ ŒUVRE	77
VOLET 5 – MESURES DE SUIVI.....	79
ANNEXE 1 – DESCRIPTION DU SYSTÈME DE MONITORAGE.....	83
ANNEXE 2 – CODE DES PROFESSIONS, L.R.Q., CHAPITRE C-26.....	97
ANNEXE 3 – RÈGLEMENT SUR LES ACTES VISÉS À L’ ARTICLE 36 DE LA LOI SUR LES INFIRMIÈRES ET LES INFIRMIERS QUI PEUVENT ÊTRE POSÉS PAR DES CLASSES DE PERSONNES AUTRES QUE DES INFIRMIÈRES OU DES INFIRMIERS, L.R.Q., CHAPITRE M-9.....	101
ANNEXE 4 – RÈGLEMENT SUR LES ACTES VISÉS À L’ ARTICLE 31 DE LA LOI MÉDICALE QUI PEUVENT ÊTRE POSÉS PAR DES CLASSES DE PERSONNES AUTRES QUE DES MÉDECINS, L.R.Q., CHAPITRE M-9.....	111
ANNEXE 5 – PRÉPOSÉES AUX BÉNÉFICIAIRES.....	129
ANNEXE 6 – AUXILIAIRES FAMILIALES.....	137
BIBLIOGRAPHIE	143

LISTE DES TABLEAUX

	Page
1 Nombre d'infirmières auxiliaires, nombre d'infirmières et ratio du nombre d'infirmières par infirmière auxiliaire selon la province, 1988, 1992, 1996 et 1997	18
2 Nombre d'habitants par infirmière auxiliaire et par infirmière selon la province et pour le Canada, 1988, 1992, 1996 et 1997	20
3 Infirmières auxiliaires : évolution des effectifs dans le réseau de la santé et des services sociaux de 1985-1985 à 1999-2000	23
4 Infirmières auxiliaires : évolution des effectifs selon le statut d'emploi de 1985-1986 à 1999-2000	24
5 Répartition des infirmières auxiliaires par employeur, 1999	26
6 Modules du programme de formation SASI requérant des stages	29
7 Contingentement du programme SASI en 2000-2001 : nombre de places autorisées (en ETP) par commission scolaire et par région	31
8 Situation des diplômées de la cohorte 1998-1999 du programme SASI au 31 mars 2000	33
9 Situation sur le marché du travail des personnes diplômées du programme SASI de 1993-1994 à 1998-1999 et de l'ensemble des diplômés d'études professionnelles (DEP) en 1998-1999	34
10 Inscriptions d'infirmières auxiliaires dans le programme de soins infirmiers 180.21	35
11A Heures régulières et supplémentaires : évolution des heures travaillées en soins infirmiers selon la catégorie d'emploi	38
11B Distribution des heures travaillées en soins infirmiers selon la catégorie d'emploi	39
11C Variation annuelle des heures travaillées en soins infirmiers selon la catégorie d'emploi	40
12 Infirmières auxiliaires : évolution des effectifs selon le type d'établissement de 1994-1995 à 1999-2000	41
13 Évolution récente des heures travaillées, variation observée en 2001 (prévision) par rapport à 2000	42
14 Infirmières auxiliaires : estimation des effectifs en emploi par groupe d'âge, par sexe et par statut d'emploi (temps complet, temps partiel), 2000	46

LISTE DES TABLEAUX (suite)

15	Projection annuelle des départs de l'effectif des infirmières auxiliaires de 2000 à 2016	51
16	Indice composite d'évolution des besoins de main-d'œuvre pour les infirmières auxiliaires, heures travaillées par les infirmières auxiliaires selon le type d'établissement au 31 mars 1999	55
17	Hypothèses de calcul d'un taux « composite » d'augmentation des besoins pour les infirmières auxiliaires	55
18	Projection du recrutement nécessaire pour répondre aux besoins (scénario retenu)	58
19	Projection du nombre de diplômées disponibles au programme SASI de 2001 à 2014	60
20	Infirmières auxiliaires : projections des besoins de recrutement et du nombre de nouvelles diplômées de 2000 à 2016	61
21	Infirmières auxiliaires : projections des besoins de recrutement et du nombre de nouvelles diplômées de 2000 à 2016	63

INTRODUCTION

Au cours des dernières années, le virage ambulatoire, les nouvelles pratiques médicales, les nouveaux médicaments et l'évolution de la technologie ont modifié considérablement la façon de donner les soins infirmiers. Ces facteurs ont amené les administrateurs à transformer la composition des équipes de soins, ce qui a notamment entraîné une diminution du nombre d'infirmières auxiliaires dans le réseau.

Pour certains, les infirmières sont appelées à occuper une plus grande place dans l'équipe de soins. Ce serait là un phénomène nécessaire et inévitable, compte tenu des nouvelles caractéristiques des usagers, de la réduction des durées de séjour dans les centres hospitaliers de courte durée, de l'intensification des épisodes de soins, de la plus grande complexité des soins donnés aux patients et des technologies utilisées.

Pour d'autres, l'infirmière auxiliaire est en mesure de mettre à profit son expertise dans tous les milieux. À plusieurs reprises, les représentants des infirmières auxiliaires ont demandé que leur soit garantie une présence dans l'équipe de soins.

Par ailleurs, la pénurie de main-d'œuvre en soins infirmiers appréhendée au cours des prochaines années devrait modifier les tendances dans l'organisation des services de soins infirmiers et entraîner une utilisation optimale de toutes les personnes qualifiées aptes à donner des soins aux patients.

Au cours du printemps 1998, le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) a fait connaître ses orientations en ce qui concerne la révision du programme de formation qui a été mis en place en septembre 2000.

Rappelons que si ce nouveau programme est conçu pour permettre aux futures infirmières auxiliaires de travailler principalement auprès de patients dont l'état nécessite des soins de longue durée, il doit également permettre aux infirmières auxiliaires d'utiliser dans d'autres milieux, selon les besoins des établissements, les connaissances et les compétences acquises.

L'analyse effectuée par le groupe de travail est d'abord d'ordre quantitatif, car elle établit des projections relatives aux départs et à l'évolution des besoins de main-d'œuvre. Un plan d'action propose ensuite des moyens pour que l'offre de main-d'œuvre corresponde aux besoins. Dans le cadre du plan d'action, le groupe de travail s'est notamment penché sur diverses mesures visant à éviter une pénurie d'infirmières auxiliaires au cours des années à venir.

Le présent document comprend donc essentiellement deux parties. La première, composée de cinq chapitres, présente le diagnostic posé par les membres du groupe de travail sur les besoins annuels de recrutement d'infirmières auxiliaires d'ici 2016, en comparaison avec la projection du nombre de diplômées susceptibles d'assurer la relève. La seconde, (chapitre 6) est consacrée au plan d'action proposé par le groupe de travail.

Le chapitre 1 présente l'information de base permettant au lecteur d'apprécier l'importance des effectifs d'infirmières auxiliaires, ainsi que le cadre légal, le programme de formation et l'organisation du travail se rapportant à la profession. Le chapitre 2 circonscrit l'offre actuelle de main-d'œuvre. Le chapitre 3 rend compte de la projection de l'attrition annuelle de cette main-d'œuvre. Le chapitre 4 analyse l'évolution probable des besoins de recrutement sur une base annuelle jusqu'en 2016 et, au chapitre 5, ces besoins sont comparés à la relève attendue au cours de la même période. Le chapitre 6, enfin, présente le plan d'action qui a fait l'objet d'un consensus de la part du groupe de travail.

MANDAT DU GROUPE DE TRAVAIL

Le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) poursuit depuis septembre 1999 divers exercices de planification de la main-d'œuvre afin de prévenir des déséquilibres dans le réseau de la santé et des services sociaux. Ces exercices s'effectuent en étroite collaboration avec le ministère de l'Éducation du Québec, notamment.

Pour s'acquitter de cette tâche, le MSSS s'est donné deux outils :

- un modèle quantitatif de prévision de la main-d'œuvre (système de suivi) qui lui permet de prévoir, à court et à moyen terme, les besoins de recrutement pour les principaux emplois cliniques du réseau. Il peut ainsi faire connaître au MEQ ses besoins en formation ;
- dans les cas jugés prioritaires, le MSSS met sur pied des groupes de travail. C'est ainsi que le Groupe de travail sur la planification de la main-d'œuvre pour les infirmières auxiliaires a été mis sur pied. Le groupe de travail a également procédé à une analyse sommaire des besoins de recrutement en ce qui concerne les préposées aux bénéficiaires et les auxiliaires familiales (voir les annexes 6 et 7).

Il s'agit d'une démarche structurée à l'intérieur de laquelle les partenaires concernés sont invités à mettre en commun leurs expertises, leurs préoccupations et l'information dont ils disposent. Dans le cadre de cette démarche, les membres ont été appelés à proposer des orientations ainsi qu'un plan d'action. Ce plan d'action est le fruit d'un consensus sur les problèmes en cours et d'une vision commune de la situation actuelle et de son évolution souhaitable.

COMPOSITION DU GROUPE DE TRAVAIL

Le groupe de travail est constitué de représentantes et de représentants de l'Ordre des infirmières et infirmiers auxiliaires du Québec, des syndicats concernés, des associations d'employeurs, de la Conférence des régies régionales de la santé et des services sociaux, du ministère de l'Éducation et du ministère de la Santé et des Services sociaux.

ORGANISMES	REPRÉSENTANTES ET REPRÉSENTANTS
Association des CLSC et des CHSLD du Québec	Lyse Garant Lise Guimont Marc Thibeault Louise Trépanier
Association des établissements privés conventionnés	Louise Ricard
Association des hôpitaux du Québec	Mario Larivière Suzanne L. Michaud Raymond Paquin
Conférence des RRSSS du Québec	Nicole Michaud
Fédération de la santé et des services sociaux – CSN	Sylvie Desnoyers* Pierre Lamy Sylvie Pépin*
Ministère de l'Éducation	Jean-Pierre Fons Alain Rousseau
Ordre des infirmières et infirmiers auxiliaires du Québec	Régis Paradis
Centrale des syndicats du Québec – secteur santé et services sociaux	Christian Myre
Secteurs réunis Affaires sociales CSD	Thérèse Boivert-Cliche Carmelle C. Chagnon
Syndicat canadien de la fonction publique – FTQ – secteur affaires sociales	Maurice Boisvert Yvette Doire** Linda Pitre** Louise Valiquette
Syndicat québécois des employées et employés de service – FTQ	Robert Lamy Danielle Legault
Union québécoise des infirmières et infirmiers auxiliaires	Gilles Jean Monique Leroux
Ministère de la Santé et des Services sociaux	Denis Gagnon Gilles Gauthier Georges Jodoin

* Mme Sylvie Pépin a remplacé Mme Sylvie Desnoyers en mai 2001.

** Mme Linda Pitre a remplacé Mme Yvette Doire en mai 2001.

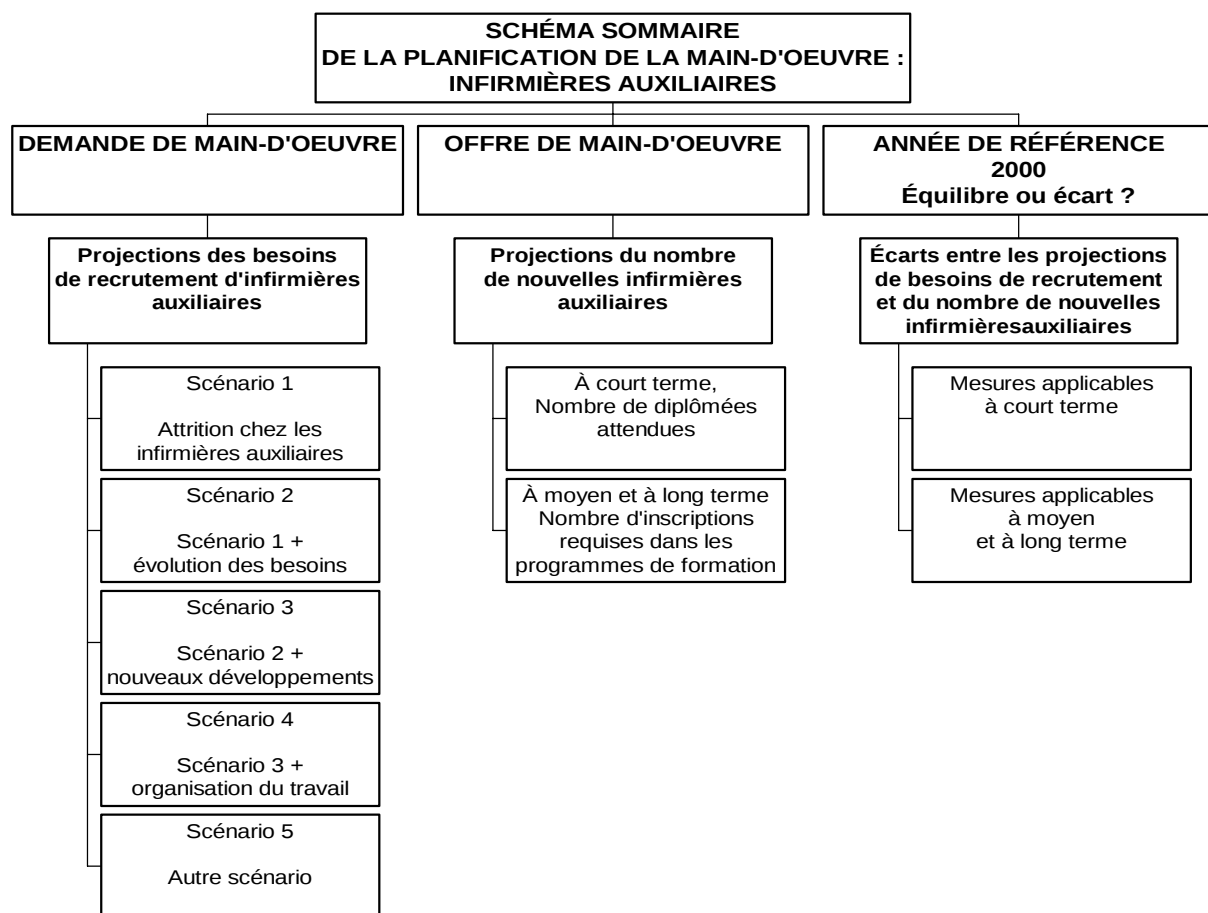
DÉMARCHE MÉTHODOLOGIQUE

Afin qu'il puisse réaliser son mandat, le MSSS a proposé au groupe de travail une démarche méthodologique qui s'inspire largement du système de monitoring qu'il a mis au point pour l'ensemble des emplois cliniques du réseau. La description détaillée de ce système est présentée à l'annexe 1. Les membres du groupe de travail ont souscrit à cette démarche.

Essentiellement, le groupe de travail a été appelé à :

- établir une projection des besoins de recrutement d'infirmières auxiliaires ;
- établir une projection du nombre de nouvelles diplômées qui seront disponibles pour l'emploi d'infirmières auxiliaires ;
- évaluer l'écart entre ces deux projections ;
- proposer des mesures pour atteindre l'équilibre entre l'offre et la demande de main-d'œuvre.

Le schéma suivant résume cette approche.



La projection des besoins de recrutement nécessite :

- que l'on convienne de l'année de départ de la projection ;
- que l'on évalue l'attrition des effectifs actuels causée par les départs à la retraite, les décès et les cessations d'emploi ;
- que l'on considère notamment les effets du vieillissement et de l'augmentation de la population sur les besoins en main-d'œuvre, en même temps que les développements dans les secteurs d'activité des infirmières auxiliaires (ex. : hébergement et soins de longue durée) ;
- que l'on prévoie, si possible, les répercussions de l'organisation du travail et de son évolution sur les ressources nécessaires et les compétences requises.

La projection du nombre des futures diplômées repose sur le modèle de prévision mis au point par le ministère de l'Éducation. 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 diplômées attendues donne la mesure des surplus et des déficits prévus. Une approche analogue a été utilisée pour l'analyse prévisionnelle relative aux préposées aux bénéficiaires et aux auxiliaires familiales (voir les annexes 6 et 7).

Le deuxième volet du rapport, le plan d'action, résume les mesures à court, moyen et long terme qui répondront aux besoins pressentis. Il indique quels sont les organismes et les personnes responsables de définir ces mesures et propose un échéancier de réalisation. Le plan d'action pourra être ajusté à la lumière des nouveaux diagnostics qui seront éventuellement formulés à l'intérieur du processus dynamique de planification.

FAITS SAILLANTS

Le réseau de la santé et des services sociaux comptait 19 312 infirmières auxiliaires en 1985-1986. Au cours des dix années suivantes, l'effectif a diminué lentement mais régulièrement, à raison d'un taux de décroissance moyen de 2,3 % par année. À compter de 1995-1996, avec la transformation du réseau, les compressions budgétaires et le surplus de d'infirmières, le nombre d'infirmières auxiliaires a décliné rapidement : en deux ans, soit de 1996 à 1998, leur nombre a baissé de 2 738. En 1999, si le nombre d'infirmières auxiliaires en poste est demeuré sensiblement le même que celui de l'année précédente, le nombre d'heures travaillées a, quant à lui, diminué de 5,7 %, ce qui équivaut à 550 employées à temps plein. Par contre, la tendance récente, observée depuis 2000, indique une remontée de la demande d'infirmières auxiliaires de 2,2 %, que certains attribuent à la pénurie récente d'infirmières.

En raison de la transformation du réseau, gestionnaires et responsables des ressources humaines ont demandé au ministère de l'Éducation de procéder à la révision des programmes de formation dans le secteur des soins infirmiers. Le processus de révision du programme de formation des infirmières auxiliaires, qui s'est déroulé durant l'année 1998-1999, a conduit à l'instauration, en septembre 2000, d'un nouveau programme. Il a été conçu pour préparer les prochaines diplômées à travailler principalement dans les centres d'hébergement et de soins de longue durée.

Parallèlement, les associations d'établissements ont poursuivi diverses réflexions sur le profil de compétence de la main-d'œuvre en soins infirmiers et dans le domaine de l'assistance aux personnes afin de répondre aux nouveaux besoins qu'entraîne la réorganisation du réseau.

La diminution du nombre d'infirmières auxiliaires dans le réseau de même que les prises de position récentes des associations d'établissements au regard du profil de main-d'œuvre recherché pour soutenir le travail des infirmières ont soulevé des inquiétudes et occasionné de nombreuses discussions au sein du groupe de travail sur la place de l'infirmière auxiliaire dans l'organisation du travail.

Toutefois, plusieurs facteurs ont contribué à convaincre le groupe de la pertinence de poursuivre les travaux sur l'organisation du travail en soins infirmiers en vue de permettre l'application du plan d'action. En effet, les prévisions annonçant une pénurie généralisée et chronique de main-d'œuvre dans tous les domaines des soins infirmiers et de l'assistance aux personnes incitent actuellement l'ensemble des partenaires à entreprendre des actions immédiates.

Si l'on tient compte du récent rapport du Forum national sur la planification de la main-d'œuvre infirmière et de l'information qui se dégage des analyses des besoins de recrutement concernant les infirmières auxiliaires, les préposées aux bénéficiaires et les auxiliaires familiales, les analyses prévisionnelles indiquent que le réseau se dirige vers des pénuries majeures de main-d'œuvre :

- la pénurie d'infirmières, plutôt que de se résorber, pourrait continuer à s'accroître. À moins que l'on mette en place un plan d'action énergique, la situation, déjà difficile, pourrait s'aggraver et compromettre ainsi la capacité des établissements de maintenir l'accessibilité aux soins et la qualité des services. À défaut d'une augmentation très substantielle des inscriptions dans les programmes de formation, le nombre de nouvelles infirmières ne répondra pas aux besoins de recrutement annuel, de sorte que, selon les prévisions, le réseau risque d'être en déficit de 17 500 infirmières en 2016 ;
- le manque d'infirmières auxiliaires, déjà tangible en 2001, est appelé à croître progressivement selon l'analyse prévisionnelle présentée dans le présent document, et entraînera des carences annuelles qui, se cumulant, pourraient s'élever à 8 552 infirmières auxiliaires en 2016 ;
- on s'attend enfin à recevoir environ 15 940 préposées aux bénéficiaires diplômées du programme Assistance aux bénéficiaires en établissements de santé d'ici 2016, alors que les besoins de recrutement sont globalement évalués à 37 952 préposées aux bénéficiaires. Il faut cependant noter que, pour ce titre d'emploi, le diplôme ne constitue pas nécessairement une condition d'embauche.

Le groupe de travail a mesuré les écarts annuels entre les besoins de recrutement d'infirmières auxiliaires et les nouvelles diplômées susceptibles d'accéder au marché du travail. Il en résulte que les besoins de recrutement d'infirmières auxiliaires découleront, dans une proportion importante (c'est-à-dire 56 %), du remplacement des infirmières auxiliaires qui quitteront le réseau en raison des retraites, des décès ou des cessations d'emploi au cours des seize prochaines années. Ils seront en outre dictés par le développement des services, notamment en soins de longue durée, un champ d'activité qui occupe actuellement environ 72 % des heures travaillées des infirmières auxiliaires.

Au cours des seize prochaines années, les besoins de recrutement augmenteront considérablement. Ces besoins, de 800 infirmières auxiliaires en 2001, sont ainsi estimés à 1 019 en 2005, ce qui représente une moyenne annuelle de plus de 900 recrues. Au cours de la même période, selon les prévisions, on obtiendra en moyenne 642 nouvelles diplômées, ce qui conduira, si aucune action n'est entreprise, à un déficit annuel de plus de 360 infirmières auxiliaires.

Étant donné qu'un certain nombre de candidates abandonnent le programme avant d'avoir complété leur formation, il faudrait prévoir une augmentation substantielle des inscriptions dans le programme de formation initiale, le programme Santé, assistance et soins infirmiers (SASI), par rapport au nombre d'inscriptions en 1999-2000. Mais il faudra préalablement s'assurer que les services des infirmières auxiliaires déjà qualifiées et disponibles soient utilisés de façon optimale.

En conséquence, le plan d'action propose un ensemble de mesures visant à :

- obtenir l'assurance que l'offre de main-d'œuvre, c'est-à-dire les effectifs disponibles et la relève, puisse répondre aux besoins du réseau ;
- poursuivre les analyses axées sur l'adéquation qualitative entre les compétences offertes et les compétences requises à l'intérieur de modes d'organisation du travail efficaces. Il faudra notamment revoir l'organisation des soins et l'organisation du travail en fonction des besoins des usagers et des nouvelles façons de faire, de manière à maximiser l'apport du personnel infirmier ;
- effectuer un suivi des activités prévues au plan d'action et mettre à jour annuellement le modèle de projection et le plan d'action.

CHAPITRE 1 – ÉTUDE DE CADRAGE

Le présent chapitre vise à mettre en contexte les principaux éléments nécessaires à une juste appréciation du projet de planification avant d'aborder l'analyse prévisionnelle proprement dite. Ces éléments sont présentés à l'intérieur de quatre sections :

- le profil général de la demande d'infirmières auxiliaires ;
- le cadre légal expliquant la portée et les limites du champ professionnel ;
- le programme de formation qui découle en partie du cadre légal et qui rend la personne apte à exercer sa profession ;
- l'organisation du travail qui découle de la demande de travail des établissements.

1.1 PROFIL GÉNÉRAL DE LA DEMANDE DE MAIN-D'ŒUVRE

L'infirmière auxiliaire donne des soins infirmiers aux patients et collabore avec les infirmières, les médecins et d'autres professionnels de la santé. À cette fin, elle participe et contribue à la réalisation de certains procédés diagnostiques, thérapeutiques et préventifs. En plus des interventions habituelles auxquelles l'autorise son employeur en vertu de la loi et de la réglementation qui régissent son travail, l'infirmière auxiliaire peut, sous réserve des dispositions de la loi, donner d'autres soins infirmiers aux bénéficiaires.

On trouve des infirmières auxiliaires dans divers types d'établissements, tant au Québec que dans les autres provinces canadiennes et aux États-Unis.

1.1.1 Évolution des effectifs au Canada

Le tableau 1 porte sur la répartition des infirmières auxiliaires et des infirmières par province en 1988, 1992, 1996 et 1997. Il fait également ressortir le rapport du nombre d'infirmières par infirmière auxiliaire selon la province.

TABLEAU 1

**Nombre d'infirmières auxiliaires, nombre d'infirmières
et ratio du nombre d'infirmières par infirmière auxiliaire
selon la province,
1988, 1992, 1996 et 1997**

Provinces		1988	1992	1996	1997
Terre-Neuve	Infirmières auxiliaires	2 496	2 817	2 838	2 797
	Infirmières	4 304	5 064	5 261	5 210
	ratio (inf./inf. aux.)	1,7	1,8	1,9	1,9
Île-du-Prince-Édouard	Infirmières auxiliaires	582	630	586	617
	Infirmières	1 064	1 246	1 340	1 281
	ratio (inf./inf. aux.)	1,8	2,0	2,3	2,1
Nouvelle-Écosse	Infirmières auxiliaires	3 307	3 320	3 160	3 220
	Infirmières	8 366	9 128	8 738	8 587
	ratio (inf./inf. aux.)	2,5	2,7	2,8	2,7
Nouveau-Brunswick	Infirmières auxiliaires	2 180	2 334	2 427	2 517
	Infirmières	6 398	7 349	7 458	7 412
	ratio (inf./inf. aux.)	2,9	3,1	3,1	2,9
Québec	Infirmières auxiliaires	19 860	19 667	18 572	18 082
	Infirmières	53 832	57 330	57 291	59 160
	ratio (inf./inf. aux.)	2,7	2,9	3,1	3,3
Ontario	Infirmières auxiliaires	34 815	35 516	35 392	34 623
	Infirmières	75 116	86 413	80 198	78 067
	ratio (inf./inf. aux.)	2,2	2,4	2,3	2,3
Manitoba	Infirmières auxiliaires	4 114	3 657	2 580	2 488
	Infirmières	8 996	10 251	10 490	10 510
	ratio (inf./inf. aux.)	2,2	2,8	4,1	4,2
Saskatchewan	Infirmières auxiliaires	2 412	2 682	2 277	2 187
	Infirmières	8 231	8 698	8 508	8 456
	ratio (inf./inf. aux.)	3,4	3,2	3,7	3,9
Alberta	Infirmières auxiliaires	7 225	6 545	4 963	4 723
	Infirmières	20 171	21 461	20 751	21 428
	ratio (inf./inf. aux.)	2,8	3,3	4,2	4,5
Colombie-Britannique	Infirmières auxiliaires	5 949	6 390	5 667	5 685
	Infirmières	23 728	26 696	28 348	28 974
	ratio (inf./inf. aux.)	4,0	4,2	5,0	5,1
Canada	Infirmières auxiliaires	83 133	83 749	78 639	76 810
	Infirmières	210 506	234 128	229 162	229 813
	ratio (inf./inf. aux.)	2,5	2,8	2,9	3,0

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

Note : Les données postérieures à 1997 ne sont pas disponibles. Le programme de départs volontaires du gouvernement du Québec a entraîné une baisse particulièrement importante des infirmières auxiliaires en 1997, 1998 et 1999. En 2000, le ratio infirmières/infirmières auxiliaires s'élevait à 4,0 au Québec.

Globalement, le nombre d'infirmières auxiliaires a progressé jusqu'en 1992, pour amorcer par la suite une décroissance, d'abord lente jusqu'en 1995, puis davantage marquée depuis cinq ans.

On comptait 76 810 infirmières auxiliaires au Canada en 1997, dont 18 082 au Québec, soit 24 %, une proportion sensiblement comparable au poids démographique de la province de Québec dans l'ensemble canadien.

Les données révèlent d'importantes disparités interprovinciales dans la composition de l'effectif en soins infirmiers. On remarque en particulier des écarts considérables entre les provinces au regard du ratio infirmières par infirmière auxiliaire, qui constitue un indice de la plus ou moins large contribution des infirmières auxiliaires dans la prestation des soins infirmiers.

Ces écarts ressortent également des données présentées au tableau 2, portant sur le nombre d'habitants par infirmière auxiliaire et par infirmière, lesquelles données fournissent un indice de la densité relative du personnel par rapport à la population.

Les provinces paraissent grosso modo se diviser en trois groupes.

Dans les provinces de l'Atlantique, le nombre d'habitants par infirmière et infirmière auxiliaire est peu élevé, ce qui indique une forte densité de personnel infirmier. Ces provinces comptent beaucoup d'infirmières auxiliaires, mais aussi beaucoup d'infirmières par habitant. La contribution des infirmières auxiliaires dans la prestation des soins infirmiers est par ailleurs importante, comme le montrent les faibles ratios infirmières par infirmière auxiliaire.

Les provinces de l'Ouest, plus particulièrement l'Alberta et la Colombie-Britannique, comptent de moins en moins d'infirmières auxiliaires. La forte diminution du nombre d'infirmières auxiliaires dans ces provinces n'a cependant pas entraîné une augmentation du nombre d'infirmières. Ces dernières sont du reste relativement moins nombreuses que dans les provinces de l'Atlantique eu égard à la population. En Colombie-Britannique, le nombre d'habitants par infirmière auxiliaire est près de quatre fois plus élevé qu'à Terre-Neuve.

Le Québec et l'Ontario paraissent se situer à mi-chemin des tendances observées dans les provinces atlantiques et les provinces de l'Ouest.

La présence d'infirmières auxiliaires au Québec se rapproche de la moyenne canadienne. L'Ontario présente toutefois une plus forte densité d'infirmières auxiliaires. S'il avait affiché le même ratio que l'Ontario, le Québec aurait compté, en 1997, quelque 22 400 infirmières auxiliaires, soit environ 4 300 de plus que les 18 082 enregistrées.

En résumé, il existe une grande disparité interprovinciale quant à l'utilisation des services des infirmières auxiliaires. Cette disparité pourrait s'expliquer en partie par les programmes de formation et l'étendue de la pratique, qui diffèrent quelque peu d'une province à l'autre. Cependant, les travaux menés en marge de l'application de l'Accord sur le commerce intérieur¹, qui vise notamment à favoriser la mobilité de la main-d'œuvre entre les provinces, pourraient faire en sorte que ces deux facteurs deviennent de moins en moins déterminants.

Un autre facteur susceptible d'expliquer ces disparités se rapporte aux différences interprovinciales dans l'organisation des services et du travail en soins infirmiers.

TABLEAU 2

**Nombre d'habitants par infirmière auxiliaire et par infirmière
selon la province et pour le Canada,
1988, 1992, 1996 et 1997**

Provinces		1988	1992	1996	1997
Terre-Neuve	Infirmière auxiliaire	231	206	197	194
	Infirmière	134	115	106	105
Île-du-Prince-Édouard	Infirmière auxiliaire	223	209	233	221
	Infirmière	122	106	102	107
Nouvelle-Écosse	Infirmière auxiliaire	272	278	295	290
	Infirmière	108	101	107	109
Nouveau-Brunswick	Infirmière auxiliaire	336	321	310	300
	Infirmière	114	102	101	102
Québec	Infirmière auxiliaire	347	363	393	405
	Infirmière	128	125	127	124
Ontario	Infirmière auxiliaire	287	299	316	327
	Infirmière	133	123	139	145
Manitoba	Infirmière auxiliaire	268	305	440	457
	Infirmière	122	109	108	108
Saskatchewan	Infirmière auxiliaire	423	374	448	468
	Infirmière	124	115	120	121
Alberta	Infirmière auxiliaire	343	405	565	608
	Infirmière	123	124	135	134
Colombie-Britannique	Infirmière auxiliaire	531	552	693	742
	Infirmière	133	132	138	138
Canada	Infirmière auxiliaire	325	341	379	392
	Infirmière	128	122	130	131

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

1 FORUM DES MINISTRES DU TRAVAIL, *La mobilité de la main-d'œuvre au Canada*, avril 2001, 33 p.

À cet égard, le secteur des soins à domicile est une bonne illustration des modes différenciés d'organisation. Il constitue également un bon exemple des difficultés de procéder, du moins pour le moment, à des comparaisons entre les provinces sans risquer de négliger des éléments importants.

Les données agrégées disponibles², montrent qu'en Ontario, en 1999, 5 700 infirmières et 1 850 infirmières auxiliaires membres de l'Ordre des infirmières et infirmiers de l'Ontario travaillaient dans le secteur des soins à domicile (Home care/visiting care). Aux États-Unis, le Bureau of Labor Statistics recense, en comparaison, 129 304 infirmières et 40 849 infirmières auxiliaires dans les services de santé à domicile en 1988 (Home health care service)³. En Ontario comme aux États-Unis, le ratio des infirmières par rapport aux infirmières auxiliaires se situe donc autour de 3:1. Au Québec, par contre, le nombre d'infirmières auxiliaires dans le secteur des soins à domicile apparaît marginal. Ces données annoncent, à première vue, une différence marquée dans l'utilisation du personnel entre les régions dans le même secteur.

Une étude réalisée en 1999 par Santé Canada⁴ montre que les infirmières auxiliaires donnent des soins infirmiers à domicile dans cinq provinces. Elles offrent également des soins personnels à domicile dans six provinces.

Au-delà de ces constats, le groupe de travail a convenu de ne pas pousser plus loin l'analyse, qui devrait par ailleurs être approfondie ultérieurement dans le cadre de travaux portant sur l'organisation du travail.

En effet, on ne dispose pas actuellement de données désagrégées sur la composition de la main-d'œuvre dans le secteur public et privé des soins à domicile par province, sur les conditions de travail offertes, sur l'étendue et le partage des champs de pratique, sur les modes d'organisation et sur les catégories d'employeurs. Les ressources humaines utilisées et nécessaires pour répondre aux besoins dans ce domaine ont jusqu'ici fait l'objet de peu d'études.

2 Compilation spéciale de l'Ordre des infirmiers et infirmières auxiliaires de l'Ontario, 1999.

3 U.S. Department of Labor, Bureau of Labor Statistic, 1998.

4 Santé Canada : programme provinciaux et territoriaux de soins à domicile : une synthèse pour le Canada, préparée par Mireille DUMONT-LEMASSON, Carole DONOVAN et Maggie WYLIE, 1999, 99 p.

Ainsi, le rapport intitulé *Statistiques comparatives sur les services de maintien à domicile au Québec et en Ontario de 1994-1995 à 1996-1997*⁵ établit de nombreuses comparaisons mais ne contient aucune donnée sur les ressources humaines qui offrent ces services. De même, le rapport du Comité pour la révision du cadre de référence sur les services à domicile⁶ n'aborde pas la question des ressources humaines.

Le gouvernement fédéral a par ailleurs entrepris une étude des ressources humaines dans le secteur des soins à domicile. L'étude, qui devrait être publiée en décembre 2002, donnera des informations, entre autres, sur les normes d'emploi, les conditions de travail, les possibilités de formation et les pratiques de rémunération pour les travailleurs réglementés et non réglementés de ce secteur. On évaluera l'état actuel et l'évolution prévisible du secteur au Canada grâce à l'examen des pratiques de gestion, des modes de recrutement et de maintien en poste, des salaires, des conditions de travail, de la mobilité, de l'avancement professionnel, de la formation requise et des compétences qui sont appelées à changer dans l'avenir. Le rapport recommandera également des actions qui devraient permettre de répondre aux besoins du secteur en ressources humaines.

Les résultats d'une telle étude permettront sans doute de nuancer les comparaisons entre le Québec et les autres provinces dans le secteur des soins à domicile et de mieux apprécier les différences enregistrées entre le Québec et l'Ontario.

1.1.2 Évolution des effectifs au Québec

Le tableau 3 fait état de l'évolution de la demande d'infirmières auxiliaires de la part des employeurs du réseau de 1985-1986 à 1999-2000.

5 Publié par le ministère de la Santé et des Services sociaux en mai 2000.

6 MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, *Pour une politique de soutien à domicile des personnes ayant des incapacités et de soutien aux proches*, rapport du Comité pour la révision du cadre de référence sur les services à domicile, 20 décembre 2000, 71 p.

TABLEAU 3

**Infirmières auxiliaires :
évolution des effectifs dans le réseau de la santé et des services sociaux
de 1985-1986 à 1999-2000**

Année	En poste à la fin de la période		En ETC ⁽¹⁾ pendant la période		Heures travaillées pendant la période	
	Nombre	Variation Annuelle	Nombre	Variation Annuelle	Nombre	Variation annuelle
1985-1986	19 312		12 404		19 829 443	
1986-1987	19 040	-1,41 %	12 186	-1,76 %	19 648 851	-0,91 %
1987-1988	18 525	-2,70 %	12 121	-0,53 %	19 634 081	-0,08 %
1988-1989	18 130	-2,13 %	11 906	-1,77 %	19 277 396	-1,82 %
1989-1990	18 117	-0,07 %	11 811	-0,80 %	19 158 303	-0,62 %
1990-1991	17 791	-1,80 %	11 719	-0,78 %	18 943 516	-1,12 %
1991-1992	17 748	-0,24 %	11 795	0,65 %	18 942 224	-0,01 %
1992-1993	17 400	-1,96 %	11 619	-1,49 %	18 725 035	-1,15 %
1993-1994	17 374	-0,15 %	11 538	-0,70 %	18 583 563	-0,76 %
1994-1995	17 041	-1,92 %	11 305	-2,02 %	18 122 066	-2,48 %
1995-1996	16 875	-0,97 %	11 198	-0,95 %	17 771 014	-1,94 %
Taux de croissance annuel moyen 1986-1996						
		-1,34 %		-1,02 %		-1,09 %
1996-1997	16 113	4,52 %	10 676	-4,66 %	16 720 810	-5,91 %
1997-1998	14 137	-12,26 %	9 774	-8,45 %	15 463 917	-7,52 %
1998-1999	14 012	-0,88 %	9 226	-5,61 %	14 582 406	-5,70 %
1999-2000	13 953	-0,42 %	9 298	0,78 %	14 738 179	1,07 %
Taux de croissance annuel moyen 1986-2000						
		-2,29 %		-2,04 %		-2,10 %

(1) ETC : équivalent temps complet.

On observe une baisse légère mais soutenue de la demande de main-d'œuvre entre 1985-1986 et 1995-1996, avec un taux de croissance annuel moyen des heures travaillées de l'ordre de -1 %.

À compter de 1996-1997, dans la foulée du Programme de départs volontaires, notamment, la décroissance annuelle a cependant été plus marquée, avec des baisses successives de la demande (en ETC) de 4,66 % en 1996-1997, de 8,45 % en 1997-1998 et de 5,61 % en 1998-1999.

Par contre, en 1999-2000, on observe par rapport à l'année précédente un certain redressement (0,78 %) de la demande d'infirmières auxiliaires dans le réseau.

Par ailleurs, comme le montre le tableau 4, l'importance relative des infirmières auxiliaires travaillant à temps complet régulier (TCR) a diminué, passant de 40,4 % à 33,3 % entre 1986 et 2000. Les infirmières auxiliaires à temps partiel régulier (TPR) sont pour leur part devenues majoritaires, comptant pour 31,9 % de l'effectif en 1986 et pour 40 % en 2000.

TABLEAU 4

**Infirmières auxiliaires :
évolution des effectifs selon le statut d'emploi
de 1985-1986 à 1999-2000**

Année	TCR	TPR	TPO	TOTAL	TCR	TPR	TPO	TOTAL
1985-1986	7 803	6 157	5 355	19 315	40,4 %	31,9 %	27,7 %	100,0 %
1986-1987	7 491	6 296	5 263	19 050	39,3 %	33,0 %	27,6 %	100,0 %
1987-1988	7 139	6 401	4 989	18 529	38,5 %	34,5 %	26,9 %	100,0 %
1988-1989	6 950	6 374	4 819	18 143	38,3 %	35,1 %	26,6 %	100,0 %
1989-1990	6 879	6 480	4 771	18 130	37,9 %	35,7 %	26,3 %	100,0 %
1990-1991	6 779	6 511	4 513	17 803	38,1 %	36,6 %	25,3 %	100,0 %
1991-1992	6 732	6 712	4 315	17 759	37,9 %	37,8 %	24,3 %	100,0 %
1992-1993	6 605	6 763	4 043	17 411	37,9 %	38,8 %	23,2 %	100,0 %
1993-1994	6 558	6 847	3 980	17 385	37,7 %	39,4 %	22,9 %	100,0 %
1994-1995	6 399	6 814	3 840	17 053	37,5 %	40,0 %	22,5 %	100,0 %
1995-1996	6 288	6 752	3 846	16 886	37,2 %	40,0 %	22,8 %	100,0 %
1996-1997	5 852	6 439	3 830	16 121	36,3 %	39,9 %	23,8 %	100,0 %
1997-1998	4 602	5 530	4 005	14 137	32,6 %	39,1 %	28,3 %	100,0 %
1998-1999	4 706	5 542	3 764	14 012	33,6 %	39,6 %	26,9 %	100,0 %
1999-2000	4 646	5 576	3 731	13 953	33,3 %	40,0 %	26,7 %	100,0 %

Source : Ministère de la Santé et des Services sociaux.

Si seulement 33,3 % des infirmières auxiliaires du réseau travaillent à temps plein, les nouvelles diplômées travaillent cependant davantage à temps plein (dans une proportion de 60,2 %), selon la dernière enquête Relance réalisée auprès des diplômées du programme SASI.

1.1.3 Répartition de l'effectif selon les secteurs d'activité

Le tableau 5 présente une répartition des effectifs par employeur selon les données du MSSS pour les établissements du réseau, et selon les données de l'OIIAQ pour les autres secteurs d'activité.

Il faut toutefois utiliser ces données statistiques avec prudence puisque celles du MSSS concernent des individus en poste, alors que celles de l'OIIAQ renvoient à des membres inscrits au tableau de l'Ordre. En outre, l'OIIAQ indique dans son relevé que 2 159 de ses membres ont plus d'un employeur.

Selon les estimations du groupe de travail, environ 72 % des infirmières auxiliaires travaillent dans le domaine des soins de longue durée, soit la presque totalité des infirmières auxiliaires travaillant dans les CHSLD publics et privés, et environ la moitié de celles qui travaillent dans les centres hospitaliers de soins de courte durée. Les autres infirmières auxiliaires, soit 28 %, sont associées à des soins de courte durée.

1.2 CADRE LÉGAL

L'infirmière auxiliaire peut donner les soins infirmiers que requiert l'état du malade en vertu de l'article 37p) du Code des professions (voir l'annexe 2).

De plus, elle peut poser les seize actes prévus à l'annexe A du Règlement sur les actes visés à l'article 36 de la Loi sur les infirmières et les infirmiers et qui peuvent être posés par des classes de personnes autres que des infirmières ou des infirmiers (Décret 1423-80, présenté à l'annexe 3).

Enfin, elle peut contribuer ou participer aux 43 actes prévus à l'annexe A du Règlement sur les actes visés à l'article 31 de la Loi médicale qui peuvent être posés par des classes de personnes autres que des médecins (Décret 1422-80, présenté à l'annexe 4).

TABLEAU 5

Répartition des infirmières auxiliaires par employeur,
1999

Réseau de la santé et des services sociaux (RSSS)	Nombre de postes d'infirmières auxiliaires	%
Centre hospitalier de soins psychiatriques (CHPSY)	432	2,6 %
Centre hospitalier de soins généraux et spécialisés (CHSGS)	6 373	38,8 %
Centre d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) et Centre local de services communautaires (CLSC) et centre de santé	6 108 ⁽¹⁾⁽²⁾	37,2 %
Centre de protection de l'enfance et de la jeunesse et centre de réadaptation pour les jeunes et les mères en difficulté de réadaptation (CJ)	8	0,0 %
Centre de réadaptation pour les personnes ayant une déficience physique – auditive, visuelle, motrice, intellectuelle – , ou pour les personnes alcooliques (CR)	162	1,0 %
Centre hospitalier de soins généraux et spécialisés – privé (PRCH)	71	0,4 %
Centre de réadaptation privé (PRCR)	11	0,1 %
Centre d'hébergement et de soins de longue durée – privé (PRLD)	846	5,2 %
Régie régionale et conseils régionaux de la santé et des services sociaux (RRSSS)	1	0,0 %
Sous-total	14 012	85,4 %
Autres employeurs	Nombre d'infirmières auxiliaires	%
Travail autonome	89	0,5 %
Agence en soins infirmiers	229	1,4 %
Clinique médicale	116	0,7 %
Industrie	18	0,1 %
Centre de détention	18	0,1 %
Établissement d'enseignement	26	0,2 %
Milieu scolaire, bureau de santé	15	0,1 %
Résidence pour personnes âgées	32	0,2 %
Communauté religieuse	12	0,1 %
Autres	580	3,5 %
Sous-total	1 135	6,9 %
Aucun employeur	1 261	7,7 %
TOTAL	16 408	100,0 %

Sources : Réseau de la santé et des services sociaux : ministère de la Santé et des Services sociaux ; autres employeurs : Ordre des infirmières et infirmiers auxiliaires du Québec.

(1) Ces catégories d'établissements ont été regroupées. Entre 1995 et 1999 principalement, le réseau a procédé à de nombreuses fusions d'établissements. En particulier, plusieurs CHSLD ont fusionné avec des CLSC. Dans certains cas, les nouvelles corporations intègrent désormais trois missions (CLSC/CHSLD/CHSGS).

(2) Seulement 135 infirmières auxiliaires travaillent dans les services de soutien à domicile en CLSC.

Depuis l'adoption du règlement concernant les actes visés à l'article 36 de la Loi sur les infirmières et les infirmiers, les infirmières auxiliaires dénoncent le fait que la délégation d'actes infirmiers en milieu hospitalier ne soit pas une pratique généralisée. À cet égard, une enquête a été réalisée pour le Secrétariat général des Affaires sociales en 1984, puis reprise en 1989 par l'Association des hôpitaux du Québec⁷. Ce dernier rapport conclut que chacun des seize actes infirmiers qui peut être posé par les infirmières auxiliaires est désigné dans 90 % ou plus des établissements hospitaliers du Québec. Cependant, la variabilité dénoncée, qui affecte l'étendue du champ d'intervention des infirmières auxiliaires d'un établissement à l'autre, prend surtout sa source dans l'adoption et l'application de conditions locales rattachées à la délégation de ces actes.

Une enquête de l'OIIAQ réalisée en 1994 révèle qu'en moyenne, les seize actes sont délégués par les établissements (CH, CHSLD) dans une proportion de 80,4 %, délégués sous condition par 10,5 % des établissements, et non délégués par 9,1 % des établissements ; ces proportions varient selon les actes.

Comme les conditions locales paraissent sujettes à contestation, le MSSS s'est montré disposé à les examiner à la lumière des travaux du Groupe de travail ministériel sur les professions de la santé et des relations humaines de l'Office des professions que dirige le docteur Roch Bernier.

1.3 PROGRAMME DE FORMATION

Le programme de formation des infirmières auxiliaires découle en bonne partie du cadre légal prévu pour la profession. Les infirmières auxiliaires ont insisté, en particulier dans le cadre de la dernière révision du programme de formation, pour que le programme leur permette d'acquérir les compétences nécessaires à l'accomplissement des actes que les lois et règlements les autorisent à poser.

DESCRIPTION SOMMAIRE

Le programme Santé, assistance et soins infirmiers (SASI, n° 5235), qui conduit à l'obtention du diplôme d'études professionnelles (DEP), prépare celles et ceux qui s'y inscrivent à l'exercice de la profession d'infirmière ou d'infirmier auxiliaire.

⁷ ASSOCIATION DES HÔPITAUX DU QUÉBEC, *Enquête sur l'application de la délégation d'actes infirmiers aux infirmiers(ères) auxiliaires dans les centres hospitaliers*, 1989, 36 p.

Le programme vise l'acquisition des connaissances, des compétences et des attitudes nécessaires pour différencier les concepts de santé et de maladie, pour comprendre et appliquer les techniques enseignées, pour établir une relation d'aide efficace avec les personnes ayant des besoins en matière de santé, pour participer à la vie d'équipe comme le veut l'organisation moderne des soins médicaux et pour communiquer efficacement avec les patients et avec leur famille, de même qu'avec ses supérieurs et avec les autres membres de l'équipe de soins.

Pour qu'une personne soit admise dans le programme de formation, elle doit avoir un diplôme d'études secondaires (DES) ou être âgée d'au moins 16 ans au 30 septembre de l'année scolaire en cours et posséder la langue d'enseignement de cinquième secondaire, de même que la langue seconde et les mathématiques de quatrième secondaire ou des apprentissages équivalents reconnus, conformément à l'article 250 de la Loi sur l'instruction publique. Une personne ayant au moins 18 ans au moment de son entrée en formation, possédant les préalables fonctionnels prescrits par l'article 465 de la Loi et la langue d'enseignement de cinquième secondaire, ou des apprentissages équivalents reconnus, conformément aux articles 232 ou 250 de la Loi, peut également être admise.

La durée du programme est de 1 800 heures⁸ réparties sur deux ans, soit 915 heures consacrées à l'acquisition des connaissances et des compétences nécessaires à l'exercice de la profession (635 heures en classe et 280 heures en laboratoire), de même que 885 heures de stages.

Le programme est divisé en 31 modules ou objectifs opérationnels de comportement, dont 10 exigent que l'on effectue des stages, comme le montre le tableau 6.

Certains stages (ex. : module 26) doivent être effectués en milieu hospitalier car l'élève doit faire face à un volume suffisant de cas pour assurer son apprentissage.

8 L'ancien programme « Soins auxiliaires en santé », d'une durée de 1 350 heures, a été remplacé en 1991 par le programme « Santé, assistance et soins infirmiers », d'une durée de 1 800 heures.

Tableau 6

Modules du programme de formation SASI requérant des stages

Modules	Objectifs opérationnels de comportement	Durée du stage (heures)
10	Donner des soins de base à des personnes en perte d'autonomie	60
19	Donner des soins particuliers	75
23	Donner des soins à des patients en géronto-gériatrie	120
24	Donner des soins à des personnes souffrant de problèmes de santé mentale	120
25	Donner des soins à des patients en réadaptation physique	90 (minimum)
26	Donner des soins en médecine générale	120
27	Donner des soins pré et postopératoires à des adultes	90
29	Donner des soins à des personnes atteintes d'une déficience physique ou intellectuelle	60
30	Donner des soins à des personnes en perte d'autonomie dans un établissement de type familial ou intermédiaire	60
31	S'intégrer au marché du travail	90

Source : MINISTÈRE DE L'ÉDUCATION, Direction générale de la formation professionnelle et technique, Santé, assistance et soins infirmiers, programme d'études n° 5235, 2000.

Le programme SASI a été révisé par le MEQ en 1999 à la lumière d'orientations formulées par le ministre de la Santé et des Services sociaux. Ces orientations avaient pour objet d'orienter la formation des infirmières auxiliaires afin que les nouvelles diplômées puissent travailler principalement dans les centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD). La révision du programme devait toutefois permettre à l'infirmière auxiliaire de travailler dans d'autres milieux afin d'assurer sa polyvalence.

Le nouveau programme est entré en vigueur en septembre 2000.

LIEUX DE FORMATION

Le programme est actuellement offert dans 27 établissements scolaires (centres de formation professionnelle) répartis au sein d'autant de commissions scolaires au Québec. Le tableau 7 présente la liste des commissions scolaires offrant le programme SASI en 2001.

TABLEAU 7

**Contingentement du programme SASI en 2000-2001 :
nombre de places autorisées (en ETP)
par commission scolaire et par région**

Région	Commissions scolaires	1 ^{re} année	2 ^e année	Nombre total d'étudiants ETP
01	Phares	21	20	41
	Kamouraska-Rivière-du-Loup	21	20	41
02	Lac Saint-Jean	21	14	35
	Rives-du-Saguenay	42	23	65
03	Premières Seigneuries	76	85	161
04	Chemin-du-Roy	21	14	35
05	Région de Sherbrooke	21	24	45
06	Montréal	120	109	229
	Lester-B.-Pearson	41	34	75
07	Portages-de-l'Outaouais	21	21	42
08	Harricana	21	16	37
11	Chic-Chocs	41	12	53
	René-Lévesque	21	21	42
12	L'Amiante	21	10	31
	Beauce-Etchemin	21	21	42
	Navigateurs	21	19	40
13	Laval	71	33	104
14	Samares	21	21	42
15	Rivière-du-Nord	21	21	42
	Laurentides	26	14	40
	Pierre-Neveu	21	14	35
	Sorel-Tracy	42	18	60
16	Saint-Hyacinthe	42	20	62
	Hautes-Rivières	42	21	63
	Val-des-Cerfs	21	18	39
	Vallée-des-Tisserands	42	17	59
17	Bois-Francs	25	13	38
Québec		925	673	1 598

Source : Contingentement des programmes de formation professionnelle 2000-2001, Instructions 2000-2001, ministère de l'Éducation du Québec.

CONTINGENTEMENT

Le contingentement du programme SASI, révisé annuellement par le ministère de l'Éducation, a été porté de 715 places autorisées réservées à des étudiantes débutantes en 1999-2000, à 925 places autorisées⁹ en 2000-2001. En septembre 2000, il y avait environ 1 020 étudiantes débutantes dans le programme.

Le réseau de la santé et des services sociaux représente à toutes fins utiles l'employeur unique des infirmières auxiliaires. Par conséquent, les besoins de recrutement du réseau déterminent en bonne partie le contingentement.

En mars 2001, le MEQ a décidé de lever le contingentement des programmes de formation dans le secteur de la santé pour septembre 2001. En conséquence, les admissions dans les programmes ne seront limitées que par la capacité des établissements et, en particulier, par la possibilité d'offrir des places de stage aux étudiantes.

Selon les relevés préliminaires, il serait possible de doubler le nombre d'admissions dans le programme SASI.

TAUX DE PLACEMENT DES ÉTUDIANTES

Au 31 mars 2000, selon la dernière enquête Relance réalisée par le MEQ, 87,7 % des diplômées rejointes de la promotion de 1998-1999 étaient en emploi un an après la fin de leurs études. Parmi elles, 60,2 % travaillaient à temps plein et 93,8 % avaient un emploi lié à leur formation. Elles étaient donc 39,8 % à occuper un emploi à temps partiel, lié à leur formation dans une proportion de 91,9 %.

⁹ Il s'agit de 925 places réservées à des étudiantes dont le temps de formation équivaut à du temps plein (équivalent temps plein : ETP) et non du nombre d'étudiantes débutantes. Le nombre de places autorisées sous-estime d'environ 10 % le nombre d'étudiantes.

TABLEAU 8

Situation des diplômées de la cohorte 1998-1999 du programme SASI
au 31 mars 2000

Programme	Personnes diplômées	Taux de réponse	En emploi	Temps plein	En emploi lié à temps plein	Temps partiel	En emploi lié à temps partiel
SASI (1094)	279	76,0 %	87,7 %	60,2 %	93,8 %	39,8 %	91,9 %
SASI (1594) anglais	29	82,1 %	69,6 %	31,3 %	80,0 %	68,8 %	72,7 %

Source : DSEQ, Relance au secondaire, ministère de l'Éducation, mars 2000.

La situation des diplômées s'améliore sensiblement depuis quelques années. En effet, parmi les personnes travaillant à temps plein en 2000, 93,8 % avaient trouvé un emploi dans leur domaine, alors que ce fut le cas de seulement 62,2 % d'entre elles en 1995-1996.

Par ailleurs, seulement 35,6 % des finissantes de 1994 travaillaient à temps plein, par rapport à 60,2 % de la promotion de 1998-1999.

Comme le montre le tableau 9, la situation des diplômées du programme SASI par rapport aux autres programmes de formation professionnelle (DEP) apparaît plus avantageuse à tous les égards, sauf pour ce qui concerne la part du travail à temps plein (60,2 % versus 86,6 %). Toutefois, dans le contexte où se trouve actuellement le réseau de la santé et des services sociaux, ce taux de 60,2 % peut être considéré comme passablement élevé.

Tableau 9

**Situation sur le marché du travail
des personnes diplômées du programme SASI
de 1993-1994 à 1998-1999
et de l'ensemble des diplômés d'études professionnelles (DEP)
en 1998-1999**

	1993-1994	1994-1995	1995-1996	1996-1997	1997-1998	1998-1999 Infirmières auxiliaires	1998-1999 Ensemble des DEP
Personnes diplômées	464	487	519	456	344	279	28 743,0
En emploi	75,0 %	71,3 %	69,4 %	83,6 %	85,5 %	87,7 %	73,6 %
À la recherche d'un emploi (%)	16,0 %	14,5 %	17,0 %	7,2 %	3,5 %	1,9 %	11,0 %
Aux études	3,1 %	7,7 %	7,8 %	6,7 %	8,6 %	8,0 %	11,1 %
Personnes inactives	5,6 %	6,5 %	5,8 %	2,4 %	2,3 %	2,4 %	4,3 %
À temps plein	35,6 %	45,4 %	41,6 %	51,3 %	58,4 %	60,2 %	86,6 %
Salaire hebdomadaire moyen	403 \$	375 \$	367 \$	419 \$	436 \$	479 \$	463 \$
Emploi lié à la formation	67,9 %	62,3 %	62,2 %	86,3 %	94,5 %	93,8 %	76,0 %
Taux de chômage	17,6 %	16,9 %	19,7 %	8,0 %	3,9 %	2,1 %	13,0 %

Source : DSEQ, Relance au secondaire, ministère de l'Éducation du Québec, décembre 2000.

RECYCLAGE

Les titulaires du diplôme actuel d'études professionnelles en Santé, assistance et soins infirmiers peuvent s'inscrire au programme collégial Soins infirmiers (180.21), qui s'adresse exclusivement aux infirmières auxiliaires diplômées. Le MEQ reconnaît alors 690 heures de formation équivalente, acquises au secondaire.

L'harmonisation, qui vise notamment à faciliter le passage des élèves d'un programme à un autre par l'intermédiaire de passerelles comme la reconnaissance des acquis et l'établissement d'équivalences, représente un objectif général du MEQ. Dans cette optique, le nouveau programme SASI devrait être soumis à un exercice d'harmonisation avec le niveau collégial.

À l'heure actuelle, les nouvelles diplômées du programme SASI peuvent se voir créditer l'équivalent d'une session d'études sur un total de six. Toutefois, le cégep ne reconnaît pas les acquis de l'infirmière auxiliaire possédant de nombreuses années d'expérience. Cette situation serait principalement attribuable à l'absence d'outils d'évaluation. L'expérience de chacune étant unique, le MEQ envisage de concevoir un instrument qui permettrait une évaluation individuelle équitable et facilement applicable dans l'ensemble du Québec.

La propension des infirmières auxiliaires à s'inscrire dans le programme Soins infirmiers 180.21, qui permet le passage à la profession d'infirmières, varie selon les années, comme le montre le tableau 10.

Tableau 10

**Inscriptions d'infirmières auxiliaires
dans le programme de soins infirmiers 180.21**

Classe	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	Total
Indéterminée	357	247	95	25	21							745
1^{re} année	115	106	96	89	78	84	81	85	221	233	127	1 315
2^e année	99	89	88	80	51	102	49	43	63	71	231	966
3^e année	119	95	94	75	67	42	59	71	70	45	81	818
Total	690	537	373	269	217	228	189	199	354	349	439	3 844

Source : DGEC, ministère de l'Éducation, 2000.

Le tableau 10 permet de constater qu'en moyenne, malgré les hausses appréciables observées en 1998 et 1999, une centaine d'infirmières auxiliaires s'inscrivent annuellement dans le programme Soins infirmiers. Le groupe de travail n'a pas tenu compte pour le moment de ces départs dans la projection de l'attrition.

Par ailleurs, ses membres s'interrogent sur la pertinence, en situation de pénurie, de continuer à adopter des mesures particulières pour encourager les infirmières auxiliaires à participer au programme de formation collégial Soins infirmiers.

1.4 ORGANISATION DU TRAVAIL

La gestion de l'organisation du travail est du ressort des établissements. Elle constitue néanmoins un centre d'intérêt et une source de préoccupations pour l'ensemble des acteurs du réseau, notamment les syndicats, les associations d'établissements, les ordres professionnels, les ministères concernés, etc. Selon les missions des divers types d'établissements (soins généraux et spécialisés, hébergement et soins de longue durée, services communautaires, etc.) et selon les départements et unités de gestion à l'intérieur de ces établissements, il est possible de relever des constantes, mais également des disparités dans les modes d'organisation des services et dans la composition du personnel qui offre ces services. Il va de soi que la demande de l'employeur pour un titre d'emploi particulier pourra varier en fonction des modes d'organisation que celui-ci a privilégiés.

Les disparités observées reflètent par ailleurs la marge de manœuvre des établissements et peuvent s'expliquer de diverses façons. L'une de ces explications se trouve dans l'analyse historique des choix de gestion effectués par les établissements, des contraintes qui leur ont été imposées, des objectifs qu'ils se sont donnés afin d'accomplir leur mission et de remplir leurs rôles vis-à-vis de leurs usagers.

Au sein du groupe de travail, les travaux concernant l'organisation du travail ont essentiellement porté :

- sur une analyse statistique de l'évolution de la composition du personnel en soins infirmiers. Le groupe a fait ressortir les tendances à long terme (1985-1999) et les tendances plus récentes (1999-2001), et a dégagé des éléments explicatifs de nature conjoncturelle ;
- sur des considérations d'ordre plutôt structurel, reliées à la gestion des soins infirmiers et à la place réservée aux infirmières auxiliaires à l'intérieur de modes d'organisation en évolution.

ÉVOLUTION DE L'ORGANISATION DU TRAVAIL DE 1986 À 2000

Les données historiques sur la distribution des heures travaillées par les infirmières, les infirmières auxiliaires et les préposées aux bénéficiaires dans le réseau de la santé fournissent un bon indicateur de l'évolution de l'organisation du travail. Le tableau 11 présente une compilation des heures travaillées dans le réseau de la santé et des services sociaux par ces trois catégories de personnel et par les auxiliaires familiales de 1985-1986 à 1999-2000.

LES TENDANCES À LONG TERME

Au cours de la période 1986-2000, la part relative des heures travaillées par les infirmières a augmenté globalement de 5 %, passant de 48,5 % à 53,5 %. Parallèlement, la contribution des infirmières auxiliaires a diminué de 6,6 %, passant de 19,5 % en 1986 à 12,9 % en 2000. L'apport des préposées aux bénéficiaires est demeuré stable, à 30 %.

La tendance qu'expriment les données sur les heures travaillées semble la résultante d'un ensemble de facteurs qui tiennent autant des multiples décisions administratives prises au cours des ans que des choix personnels des infirmières auxiliaires. Certaines explications peuvent être avancées à ce sujet :

- une majorité de centres hospitaliers n'embaucherait pratiquement plus d'infirmières auxiliaires ;
- plusieurs catégories d'établissement privilégient le recours à des infirmières ou à d'autres catégories de personnel (ex. : préposées aux bénéficiaires, auxiliaires familiales) ;
- de nombreuses infirmières auxiliaires ont pris leur retraite ou ont quitté le réseau et n'ont pas été remplacées.

Tableau 11A

**Heures régulières et supplémentaires :
évolution des heures travaillées
en soins infirmiers selon la catégorie d'emploi**

Année	Infirmières auxiliaires	Infirmières et bachelières	Préposées aux bénéficiaires	Auxiliaires familiales	TOTAL
1985-1986	19 829 456	49 203 446	30 739 890	1 739 157	101 511 949
1986-1987	19 656 827	50 798 276	31 286 921	2 112 589	103 854 613
1987-1988	19 636 486	53 064 704	31 996 984	2 395 924	107 094 098
1988-1989	19 280 865	54 349 168	32 541 426	2 561 730	108 733 189
1989-1990	19 169 451	55 051 705	33 245 295	2 876 952	110 343 403
1990-1991	18 958 231	56 813 744	33 387 995	2 962 233	112 122 203
1991-1992	18 943 051	57 669 467	33 660 973	3 042 570	113 316 061
1992-1993	18 737 845	58 175 482	33 089 140	3 127 097	113 129 564
1993-1994	18 598 519	58 921 564	33 053 219	3 265 945	113 839 247
1994-1995	18 136 167	59 087 715	32 817 160	3 283 178	113 324 220
1995-1996	17 784 857	58 911 276	32 262 779	3 396 154	112 355 066
1996-1997	16 729 984	57 051 284	31 682 733	3 523 603	108 987 604
1997-1998	15 468 225	57 389 107	31 519 162	3 723 071	108 099 565
1998-1999	14 582 419	59 096 666	32 716 751	3 745 462	110 141 298
1999-2000	14 738 179	61 275 838	34 366 237	4 062 313	114 442 567

Tableau 11B**Distribution des heures travaillées
en soins infirmiers selon la catégorie d'emploi**

Année	Infirmières auxiliaires	Infirmières et bachelières	Préposées aux bénéficiaires	Auxiliaires familiales	Total
1985-1986	19,5 %	48,5 %	30,3 %	1,7 %	100,0 %
1986-1987	18,9 %	48,9 %	30,1 %	2,0 %	100,0 %
1987-1988	18,3 %	49,5 %	29,9 %	2,2 %	100,0 %
1988-1989	17,7 %	50,0 %	29,9 %	2,4 %	100,0 %
1989-1990	17,4 %	49,9 %	30,1 %	2,6 %	100,0 %
1990-1991	16,9 %	50,7 %	29,8 %	2,6 %	100,0 %
1991-1992	16,7 %	50,9 %	29,7 %	2,7 %	100,0 %
1992-1993	16,6 %	51,4 %	29,2 %	2,8 %	100,0 %
1993-1994	16,3 %	51,8 %	29,0 %	2,9 %	100,0 %
1994-1995	16,0 %	52,1 %	29,0 %	2,9 %	100,0 %
1995-1996	15,8 %	52,4 %	28,7 %	3,0 %	100,0 %
1996-1997	15,4 %	52,3 %	29,1 %	3,2 %	100,0 %
1997-1998	14,3 %	53,1 %	29,2 %	3,4 %	100,0 %
1998-1999	13,2 %	53,7 %	29,7 %	3,4 %	100,0 %
1999-2000	12,9 %	53,5 %	30,0 %	3,5 %	100,0 %

Tableau 11C

**Variation annuelle des heures travaillées
en soins infirmiers selon la catégorie d'emploi**

Année	Infirmières auxiliaires	Infirmières et bachelières	Préposées aux bénéficiaires	Auxiliaires familiales	Total
1986-1987	-0,9 %	3,2 %	1,8 %	21,5 %	2,3 %
1987-1988	-0,1 %	4,5 %	2,3 %	13,4 %	3,1 %
1988-1989	-1,8 %	2,4 %	1,7 %	6,9 %	1,5 %
1989-1990	-0,6 %	1,3 %	2,2 %	12,3 %	1,5 %
1990-1991	-1,1 %	3,2 %	0,4 %	3,0 %	1,6 %
1991-1992	-0,1 %	1,5 %	0,8 %	2,7 %	1,1 %
1992-1993	-1,1 %	0,9 %	-1,7 %	2,8 %	-0,2 %
1993-1994	-0,7 %	1,3 %	-0,1 %	4,4 %	0,6 %
1994-1995	-2,5 %	0,3 %	-0,7 %	0,5 %	-0,5 %
1995-1996	-1,9 %	-0,3 %	-1,7 %	3,4 %	-0,9 %
1996-1997	-5,9 %	-3,2 %	-1,8 %	3,8 %	-3,0 %
1997-1998	-7,5 %	0,6 %	-0,5 %	5,7 %	-0,8 %
1998-1999	-5,7 %	3,0 %	3,8 %	0,6 %	1,9 %
Moyenne de 1985-1986 à 1994-1995					
	-1,0 %	2,1 %	0,7 %	7,3 %	1,2 %
Moyenne de 1985-1986 à 1999-2000					
	-2,1 %	1,6 %	0,8 %	6,2 %	0,9 %

La ventilation des données en fonction du type d'établissement permet de constater que la diminution du nombre d'infirmières auxiliaires a été beaucoup plus marquée dans les centres hospitaliers. En cinq ans, l'effectif a chuté de 60 % dans les centres hospitaliers de soins psychiatriques et de 32 % dans les CHSGS, comme le montre le tableau 12.

TABLEAU 12

**Infirmières auxiliaires :
évolution des effectifs selon le type d'établissement
de 1994-1995 à 1999-2000**

Type d'établissement	1994-1995	1999-2000	Variation de 1994-1995 à 1999-2000
	En poste	En poste	
Centres hospitaliers de soins psychiatriques (CHPSY)	911	365	-59,9 %
Centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés (CHSGS)	9 072	6 157	-32,1 %
Centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD), centres locaux de services communautaires (CLSC) et centres de santé⁽¹⁾	5 970	6 285	5,3 %
Centres de réadaptation (CR)	138	165	19,6 %
Centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés privés (PRCH) et centres d'hébergement et de soins de longue durée privés (PRLD)	934	954	2,1 %

- (1) Ces catégories d'établissement ont été regroupées. Entre 1995 et 1999 principalement, le réseau a procédé à de nombreuses fusions d'établissements. En particulier, plusieurs CHSLD ont fusionné avec des CLSC. Dans certains cas, les nouvelles corporations intègrent trois missions (CLSC/CHSLD/CH).

LES TENDANCES RÉCENTES

Les données préliminaires portant sur la période d'avril 2000 à janvier 2001 confirment l'augmentation de la demande d'infirmières auxiliaires amorcée en 1999. Comme le montre le tableau 13, cette tendance est cependant moins marquée que les augmentations enregistrées dans les heures travaillées par les infirmières et les préposées aux bénéficiaires, ce qui a pour effet de réduire l'importance relative des infirmières auxiliaires dans l'ensemble du personnel étudié.

TABLEAU 13

**Évolution récente des heures travaillées⁽¹⁾,
variation observée en 2001 (prévision) par rapport à 2000**

	Infirmières et bachelières	Infirmières auxiliaires	Préposées aux bénéficiaires	Total
Centres hospitaliers	5,1 %	1,6 %	6,6 %	6,8 %
Autres types d'établissements	4,9 %	2,6 %	6,6 %	5,8 %
Ensemble des établissements	5,0 %	2,2 %	6,6 %	6,4 %

(1) Heures régulières et supplémentaires.

PLACE DE L'INFIRMIÈRE AUXILIAIRE DANS L'ORGANISATION DU TRAVAIL

Les besoins de recrutement d'infirmières auxiliaires pour les quelque quinze prochaines années dépendront, dans une certaine mesure, des modes d'organisation du travail qui seront privilégiés par les établissements, selon leur mission respective.

Le groupe de travail sur la planification de la main-d'œuvre n'avait pas pour mandat de statuer sur le choix des modes d'organisation du travail que font ou feront les établissements, mais de prévoir, dans la mesure du possible, l'incidence de ces modes d'organisation sur les besoins de recrutement.

Le groupe de travail a néanmoins jugé pertinent d'amorcer un débat sur la place des infirmières auxiliaires dans la composition des équipes de travail. Ce débat a donné l'occasion aux représentantes des infirmières auxiliaires de faire valoir le point de vue de celles-ci sur leur contribution actuelle et potentielle dans le réseau. Il a aussi permis aux associations d'établissements, en particulier à l'Association des CLSC et CHSLD du Québec, de faire état de leur vision des besoins de leurs bénéficiaires et du profil de main-d'œuvre susceptible de répondre à ces besoins.

Après avoir pris en considération la pénurie d'infirmières auxiliaires qui affecte actuellement le réseau et mesuré l'urgence de procéder sans délai à la mise en œuvre d'un plan d'action susceptible de rétablir l'équilibre sur le plan de la main-d'œuvre, le groupe de travail a convenu :

- de poursuivre son analyse diagnostique en retenant pour le moment l'hypothèse que la structure de la main-d'œuvre en soins infirmiers sera constante au cours de la période de projection ;
- de recommander, dans le plan d'action, la poursuite des analyses sur l'organisation du travail, compte tenu de leurs conséquences sur les modes d'organisation des soins, des recommandations issues du Forum national sur les infirmières et des conclusions des travaux en cours portant sur le cadre légal des professions dans le secteur de la santé.

ANALYSE PRÉVISIONNELLE ET DIAGNOSTIC

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

Les résultats détaillés de l'analyse prévisionnelle relative aux infirmières auxiliaires sont présentés à l'annexe 5.

Le groupe de travail s'est également penché sur les besoins des préposées aux bénéficiaires et des auxiliaires familiales. Les résultats préliminaires sont présentés respectivement aux annexes 6 et 7.

CHAPITRE 2 – OFFRE DE MAIN-D'ŒUVRE

La première étape de l'analyse prévisionnelle relative aux infirmières auxiliaires a consisté à déterminer l'offre actuelle de main-d'œuvre. L'offre de main-d'œuvre représente la somme des effectifs en emploi et des effectifs disponibles, le cas échéant.

Les effectifs disponibles sont estimés sur la base des effectifs en chômage, des effectifs travaillant dans un autre domaine et à la recherche d'un emploi dans leur spécialité ainsi que des effectifs en emploi travaillant à temps partiel mais désirant travailler davantage.

2.1 EFFECTIFS EN EMPLOI

Le tableau 14 fait état de la distribution des effectifs d'infirmières auxiliaires en emploi par groupe d'âge, par sexe et selon le statut d'emploi (temps complet ou temps partiel) en 2000.

Ce tableau est le résultat d'un ajustement des données portant sur les membres actifs inscrits au tableau de l'Ordre et les données du MSSS sur les effectifs en poste du réseau, répartis par groupe d'âge, par sexe et selon le statut d'emploi. Ainsi, les 14 520 membres de l'Ordre ont été répartis selon la grille des 14 012 infirmières auxiliaires en poste du réseau.

2.2 EFFECTIFS DISPONIBLES

La notion de pénurie d'effectifs signifie qu'il n'y a pas ou qu'il y a très peu d'effectifs disponibles. Cette pénurie, en ce qui a trait aux infirmières auxiliaires, peut être vérifiée à l'aide des paramètres suivants :

- le taux de chômage dans la profession ;
- le nombre d'infirmières auxiliaires travaillant dans un autre domaine et à la recherche d'un emploi dans leur spécialité ;
- le nombre d'infirmières auxiliaires travaillant à temps partiel et désirant travailler à temps plein (après que la demande de l'employeur pour des infirmières auxiliaires à temps partiel ait été satisfaite).

TABLEAU 14

**Infirmières auxiliaires :
estimation des effectifs en emploi par groupe d'âge, par sexe
et par statut d'emploi (temps complet, temps partiel)
2000**

Groupes d'âge	Femmes		Hommes		TOTAL
	Temps partiel	Temps complet	Temps partiel	Temps complet	
20-24	311	76	23	11	421
25-29	617	293	50	56	1 016
30-34	674	595	50	104	1 423
35-39	848	1 153	59	118	2 178
40-44	928	1 767	50	188	2 933
45-49	795	1 778	37	251	2 860
50-54	715	1 566	34	197	2 512
55-59	198	558	19	53	828
60-64	46	178	0	8	232
65-69	66	36	7	7	116
70 et +	0	0	0	0	0
TOTAL	5 198	8 000	329	993	14 520

EFFECTIFS SANS EMPLOI

L'OIIAQ rapporte qu'il y avait 1 261 infirmières auxiliaires « sans emploi » au 15 juin 2000, ce qui représente 8 % de ses membres. Cette donnée doit cependant être considérée avec prudence. Certains ordres professionnels enregistrent des taux de « sans emploi » parfois importants, alors que la profession connaît une grave pénurie d'effectifs. À titre d'exemple, les données de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec indiquaient, au 1^{er} novembre 1999, 4 436 infirmières « sans employeur », ce qui représentait 6,7 % des membres de cet ordre. Après enquête, le Groupe de travail sur la planification de la main-d'œuvre infirmière a estimé que, dans les faits, il n'y avait pas d'infirmières disponibles pour occuper un emploi. L'OIIAQ pourra, si ses responsables jugent nécessaire de consacrer des efforts à cette tâche, recueillir des renseignements additionnels auprès de ses membres qui se déclarent sans emploi.

EFFECTIFS TRAVAILLANT DANS UN AUTRE DOMAINE

Les relevés effectués par les syndicats indiquent qu'entre 6 et 7 % des infirmières auxiliaires travailleraient comme préposées aux bénéficiaires. Un relevé de l'Union québécoise des infirmières et infirmiers auxiliaires (UQIIA), qui porte sur 10 établissements employant 809 infirmières auxiliaires, montre que 48 infirmières auxiliaires, soit une proportion de 6 %, y travailleraient à titre de préposées aux bénéficiaires. La CSD, qui représente 441 infirmières auxiliaires, signale que de 25 à 30 infirmières auxiliaires, soit environ 7 %, auraient un poste de préposée aux bénéficiaires. Parmi les infirmières auxiliaires représentées par la Fédération de la santé et des services sociaux (FSSS) de la CSN, 41, réparties dans 6 des 11 établissements recensés, occupent un poste à temps partiel de préposée aux bénéficiaires. Ce nombre équivaut à 6,7 % des infirmières auxiliaires inscrites sur la liste de rappel de tous les établissements.

Alors que la demande d'infirmières auxiliaires est à la hausse, nous pouvons présumer que les parties intéressées prendront les mesures nécessaires pour favoriser l'affectation de ces ressources qualifiées à des nouveaux postes le plus rapidement possible.

EFFECTIFS À TEMPS PARTIEL

Les infirmières auxiliaires à temps partiel régulier (TPR) travaillaient à peu près autant d'heures en 1999-2000 (1 053 heures par poste) que les infirmières auxiliaires à temps complet régulier (1 302 heures par poste). La proportion des heures travaillées par les employés TPR est actuellement de 81 % (1 053 heures sur 1 302 heures), alors qu'elle était de 68 % en 1985-1986 ; celle des employées à temps partiel occasionnels (TPO) est demeurée relativement stable (56 % en 1985-1986 et 53 % en 1999-2000).

En fait, la contribution du personnel occasionnel est demeurée sensiblement la même au cours des quinze dernières années, soit entre 18 et 20 % de l'ensemble des heures travaillées.

En définitive, il paraît assez difficile d'augmenter le nombre d'heures travaillées par poste chez les infirmières auxiliaires à temps partiel régulier, car de façon générale, et quelle que soit la profession, on sait qu'un certain nombre de personnes travaillant à temps partiel limitent intentionnellement leur disponibilité pour diverses raisons personnelles.

Par ailleurs, selon les premières explorations effectuées par les syndicats représentant les infirmières auxiliaires, l'écart entre la disponibilité exprimée par leurs membres sur les listes de rappel et les offres d'emploi des employeurs apparaît assez réduit. À l'UQIIA, la disponibilité des infirmières auxiliaires est utilisée au maximum. À la Fédération de la santé et des services sociaux, le pourcentage moyen obtenu en comparant le nombre d'heures travaillées par l'entremise de la liste de rappel au nombre d'heures de disponibilité exprimées, approche les 80 %.

PÉNURIE INITIALE D'EFFECTIFS

Ainsi, le groupe de travail a-t-il convenu qu'il y avait équilibre entre l'offre et la demande de main-d'œuvre ; il n'a donc observé aucune pénurie pour l'année de départ de la projection.

Les informations colligées montrent que :

- une forte proportion des diplômées formées depuis quelques années trouvent un emploi dans leur domaine ;
- le nombre d'infirmières auxiliaires inscrites à l'Ordre sous la désignation « sans emploi » serait dans les faits peu significatif ;
- les infirmières auxiliaires qualifiées qui travaillent dans un autre domaine sont relativement peu nombreuses et devraient pouvoir faire un retour à la pratique si elles le souhaitent ;
- les infirmières auxiliaires travaillant à temps partiel ne peuvent guère offrir beaucoup plus de disponibilité ;
- les employeurs arrivent généralement à combler leurs postes mais commencent à éprouver des problèmes de recrutement pendant la période estivale.

Ces indications portent à croire que le marché du travail pour les infirmières présente les caractéristiques d'un marché de plein emploi, sans que l'on puisse pour autant diagnostiquer, à l'échelle du Québec et sur une base annuelle, une pénurie de main-d'œuvre.

CHAPITRE 3 – PROJECTION DE L'ATTRITION

La deuxième étape de l'analyse prévisionnelle effectuée par le groupe de travail a consisté à établir la projection de l'attrition annuelle des infirmières auxiliaires. Il s'agissait de prévoir les départs pour cause de retraite, de décès ou de cessation d'emploi. La cessation d'emploi comprend toutes les raisons autres que la retraite ou le décès.

Le modèle utilisé applique aux infirmières auxiliaires réparties par groupe d'âge, par sexe et selon leur statut d'emploi, les taux d'attrition établis à partir des taux déterminés par la Commission administrative des régimes de retraite et d'assurance (CARRA) pour les besoins des évaluations actuarielles des régimes de retraite.

3.1 DÉPARTS ASSOCIÉS AU STATUT D'EMPLOI

En ce qui a trait à la cessation d'emploi, les études de la CARRA démontrent un comportement différent selon que la personne travaille à temps complet régulier, à temps partiel régulier ou à temps partiel occasionnel, les employés à temps partiel ayant une propension plus forte à quitter leur d'emploi temporairement ou définitivement.

Trois hypothèses ont été envisagées :

- le *statu quo* : la structure actuelle du statut des effectifs est maintenue jusqu'en 2016 ;
- le temps plein : toutes les infirmières auxiliaires sont considérées comme des employées à temps plein ;
- un scénario intermédiaire : le comportement des infirmières auxiliaires se situe entre celui d'un effectif à temps plein et celui des effectifs actuels.

Le groupe de travail a convenu de considérer la troisième hypothèse comme étant la plus plausible. Compte tenu de la pénurie d'effectifs prévue pour les prochaines années, il estime en effet que le marché du travail se rapprochera davantage d'un marché de plein emploi, ce qui entraînera un taux de cessation moins élevé.

3.2 PROJECTION DES DÉPARTS

Le tableau 15 présente les résultats de la projection annuelle des départs de l'effectif des infirmières auxiliaires de 2000 à 2016 selon le modèle retenu.

TABLEAU 15
Projection annuelle des départs de l'effectif
des infirmières auxiliaires
de 2000 à 2016

Année	Retraites	Décès	Cessations	Départs totaux
2000	215,1	22,2	169,2	406,5
2001	225,5	22,4	159,3	407,2
2002	245,6	22,8	149,7	418,1
2003	277,7	23,2	138,6	439,5
2004	319,0	23,8	126,6	469,4
2005	355,8	24,3	118,2	498,3
2006	390,3	24,8	109,9	525,0
2007	436,1	25,0	102,0	563,2
2008	471,6	25,1	94,5	591,1
2009	540,9	24,8	87,3	653,0
2010	534,5	24,1	80,0	638,6
2011	530,8	23,4	72,9	627,1
2012	521,9	22,6	66,1	610,6
2013	514,7	21,7	59,5	595,8
2014	500,1	20,7	53,2	574,0
2015	492,4	19,6	47,0	559,9
2016	488,2	19,6	42,8	549,5
TOTAL	7 060,0	388,9	1 678,0	9 126,9
%	77,3 %	4,3 %	18,4 %	100,0 %

Le modèle de projection prévoit que les départs augmenteront d'abord de façon graduelle, de 407 au début de la période jusqu'à 653 en 2009, avant d'amorcer une légère baisse.

Il faudra par ailleurs former au moins 9 127 infirmières auxiliaires (plus de 60 % de l'effectif actuel) pour seulement maintenir l'effectif au niveau d'aujourd'hui.

CHAPITRE 4 – ESTIMATION DE L'ÉVOLUTION DES BESOINS ET DU RECRUTEMENT

La troisième étape de la démarche de planification de la main-d'œuvre a consisté à évaluer l'évolution des besoins de main-d'œuvre pour les infirmières auxiliaires. Quant aux besoins de recrutement, ils prennent en considération le remplacement des départs et la croissance des besoins.

4.1 ANNÉE DE DÉPART DE LA PROJECTION

La demande de main-d'œuvre au point de départ de la projection des besoins correspond à l'effectif en emploi auquel il convient d'ajouter, le cas échéant, la demande de main-d'œuvre insatisfaite exprimée par l'employeur, qui se traduit généralement par un nombre de postes vacants impossibles à combler (la pénurie).

L'effectif en emploi a été déterminé précédemment (voir le point 2.1). Par ailleurs, le groupe de travail a déjà retenu comme hypothèse l'absence de pénurie de main-d'œuvre. Enfin, la projection annuelle des départs a été effectuée sur la base d'un niveau de cessation d'emploi dit intermédiaire.

4.2 INDICE D'ACCROISSEMENT DES BESOINS ET DU RECRUTEMENT

La projection de l'évolution des besoins d'infirmières auxiliaires repose sur deux indices. Le premier reflète les variations de la demande de soins et de services dues à l'évolution démographique prévisible de la population québécoise. Il tient compte non seulement de l'augmentation de la population, mais également de l'accroissement de la demande de soins et de services consécutifs au vieillissement de cette population.

Premier indice : évolution des besoins de services médicaux

L'augmentation annuelle des besoins de services médicaux, essentiellement entraînée par les changements démographiques résultant de l'augmentation et du vieillissement de la population entre 2000 et 2016, est évaluée à 0,94 %, selon diverses analyses ministérielles.

L'essentiel de ces analyses a été résumé dans un document intitulé *Les projections de l'effectif médical au Québec* (publié en novembre 1999), qui a été transmis aux membres du groupe de travail. Pour un même niveau de services par groupe d'âge et par sexe, la population du Québec aura besoin, en 2016, d'un volume de services médicaux supérieur de 16 % à celui de 2000, ce qui représente un taux de croissance annuel moyen de 0,94 %.

Ces estimations ont été établies en fonction des projections démographiques de l'Institut de la statistique du Québec par groupe d'âge et par sexe auxquelles ont été appliqués les indices relatifs de consommation de services médicaux par groupe d'âge. Ces indices ont été obtenus à partir des données de la Régie de l'assurance maladie du Québec.

Deuxième indice : évolution des services de maintien à domicile et d'hébergement

L'augmentation annuelle prévue des besoins pour les services de maintien à domicile et d'hébergement est de 2,95 %. Ces besoins entraînés essentiellement par les changements démographiques (augmentation et vieillissement de la population) prévus d'ici 2008, ont été extrapolés jusqu'en 2016.

Les estimations faites sont basées sur des études ministérielles préliminaires de même que sur les projections démographiques de l'Institut de la statistique du Québec. En ce qui concerne les services de soutien à domicile, nous avons tenu compte des indices relatifs de coûts par groupe d'âge de bénéficiaires de 65 ans ou plus. Nous avons par ailleurs considéré comme constant le taux actuel global d'hébergement pour l'ensemble des personnes de 65 ans ou plus. Nous avons ensuite apporté des ajustements en supposant une plus grande complémentarité entre les services d'hébergement et de maintien à domicile.

Bien que les résultats détaillés des projections préliminaires de 2,95 % ne soient pas encore disponibles, nous avons noté, à titre indicatif, que la projection de l'évolution annuelle du nombre de bénéficiaires du maintien à domicile de 1998 à 2016 fait d'emblée ressortir un taux de croissance annuel moyen de 2,7 % pour cette période.

Nous postulons que la priorité sera vraisemblablement accordée à ces services et que le Québec sera en mesure de soutenir une telle croissance (55 % de 2000 à 2016)¹⁰.

10 Le Bureau of Labor Statistic des États-Unis prévoit un taux de croissance annuel moyen des besoins d'infirmières et d'infirmières auxiliaires de 6,2 % entre 1998 et 2008 dans le secteur des soins de santé à domicile.

Indice composite

Le tableau 15 présente les données et les hypothèses ayant servi à établir l'indice composite de développement des besoins en main-d'œuvre pour les infirmières auxiliaires.

Le MSSS a émis l'hypothèse que les besoins de soins infirmiers évolueront en corrélation avec les besoins de services médicaux, alors que les besoins de services d'hébergement et de soins à domicile évolueront plus rapidement, au rythme de l'augmentation du nombre de bénéficiaires et des coûts de ces services, le tout dans la foulée du virage ambulatoire et des investissements prévus dans ce secteur, où un certain rattrapage devra être réalisé.

La part relative des heures travaillées par les infirmières auxiliaires pour ces deux secteurs a été appliquée en vue d'établir un indice composite global.

Étant donné que la masse des heures travaillées par les infirmières auxiliaires dans le secteur de l'hébergement est passablement élevée, le taux composite d'augmentation des besoins s'en trouve rajusté à la hausse. Le taux utilisé de 2,38 % a également été ajusté en fonction du partage des heures travaillées, selon que les infirmières auxiliaires travaillent dans des services de longue durée (72 %) ou dans les services offrant des soins de courte durée (28 %).

Tableau 16

**Indice composite d'évolution des besoins de main-d'œuvre pour les infirmières auxiliaires,
heures travaillées par les infirmières auxiliaires selon le type d'établissement au 31 mars 1999**

Type d'établissement	Nombre	ETP	Heures régulières	Heures supplémentaires	Total des heures	% des heures
CHPSY	432	312,4	476 922	7 858	484 780	3,3 %
CHSGS	6 373	4 363,4	6 694 454	88 266	6 782 719	46,5 %
CHSLD	4 272	2 720,2	4 351 578	23 761	4 375 338	30,0 %
CJ	8	2,0	3 340	8	3 348	0,0 %
CLSC	1 836	1 121,3	1 788 654	13 704	1 802 358	12,4 %
CR	162	101,8	164 190	1 874	166 064	1,1 %
PRCH	71	54,9	88 019	437	88 457	0,6 %
PRCR	11	5,1	8 888	16	8 904	0,1 %
PRLD	846	544,5	862 821	6 245	869 066	6,0 %
RRSSS	1	0,8	1 386	0	1 386	0,0 %
TOTAL	14 012	9 226,3	14 440 251	142 168	14 582 419	100,0 %

Tableau 17

Hypothèses de calcul d'un taux « composite » d'augmentation des besoins pour les infirmières auxiliaires

	% des heures		Facteur
CHSLD + PRLD + CLSC + 50 % des heures travaillées en CHSGS	71,6 %	2,95 %	Longue durée et soins à domicile
Autres	28,4 %	0,94 %	Services médicaux (soins de courte durée)
Global	100,0 %	2,38 %	

Note : Selon les données de l'Ordre des infirmières et infirmiers auxiliaires du Québec, compilées à partir des membres en règle au 16 octobre 2000, 50 % de l'effectif des CHSGS travaille en soins de longue durée.

4.3 FACTEURS D'ÉVOLUTION ORGANISATIONNELLE

L'évolution des besoins d'infirmières auxiliaires dépend également des changements qui affecteront la composition du personnel en soins infirmiers au sein des établissements du réseau de la santé.

L'étude de l'évolution des heures travaillées par catégorie d'emploi a mis en évidence les éléments majeurs suivants :

- dans les CHSGS, la contribution relative des infirmières auxiliaires diminue au profit de celle des infirmières et, dans une moindre mesure, de celle des préposées au bénéficiaires ;
- dans les CHSLD, le nombre d'infirmières auxiliaires s'accroît, mais pas aussi rapidement que le nombre d'infirmières ;
- dans les CLSC, et en particulier dans le secteur du soutien à domicile, la présence des infirmières auxiliaires demeure marginale. Selon les données actuelles, le ratio infirmières par rapport aux infirmières auxiliaires dans ce type de services apparaît particulièrement élevé en comparaison de la situation prévalant dans certaines autres provinces et aux États-Unis.

Comme nous l'avons indiqué précédemment (voir le point 1.4), nous avons convenu de reporter les discussions et les analyses sur ces enjeux dans le cadre des travaux prévus au plan d'action.

Par conséquent, nous avons postulé que la structure actuelle se stabilisera, du moins à court terme, en raison de la pénurie actuelle et prévisible d'infirmières auxiliaires.

4.4 EFFECTIFS REQUIS ET RECRUTEMENT NÉCESSAIRE

Afin de favoriser la discussion et la prise de décision, le groupe de travail a étudié plusieurs scénarios intégrant les diverses variables relatives à la pénurie initiale, à l'attrition et aux indices de développement des besoins. Il a choisi de retenir le scénario suivant, qui apparaissait décrire le mieux la situation prévisible.

Scénario retenu	
Attrition	La propension des infirmières auxiliaires à la cessation d'emploi est moins forte étant donné l'évolution de leur statut (hypothèse intermédiaire).
Besoins	Le taux de croissance de 2,95 % des besoins prévus pour le développement des soins de longue durée a été appliqué aux quelque 1,8 million d'heures enregistrées dans les CLSC-CHSLD et dans les centres de santé. Ce taux a aussi été appliqué à 50 % des heures travaillées dans les CHSGS, de sorte que le taux composite s'établit à 2,38 %.
Pénurie	Au point de départ de la projection, on retient l'hypothèse qu'il y a équilibre entre l'offre et la demande de main-d'œuvre, donc absence de pénurie.

Les tableaux 18 et 20 présentent les résultats de l'application des paramètres retenus.

TABLEAU 18

**Projection du recrutement nécessaire pour répondre aux besoins
(scénario retenu)**

Année	Départs attendus	Accroissement des besoins	Recrutement brut	Recrutement nécessaire⁽¹⁾	Effectifs requis
2000	406	346	752	766	14 866
2001	407	354	761	800	15 219
2002	418	362	780	843	15 582
2003	439	371	810	897	15 952
2004	469	380	849	958	16 332
2005	498	389	887	1 019	16 721
2006	525	398	923	1 078	17 119
2007	563	407	971	1 149	17 526
2008	591	417	1 008	1 210	17 943
2009	653	427	1 080	1 305	18 370
2010	639	437	1 076	1 325	18 808
2011	627	448	1 075	1 348	19 255
2012	611	458	1 069	1 364	19 713
2013	595	469	1 065	1 381	20 183
2014	574	480	1 054	1 390	20 663
2015	560	492	1 052	1 405	21 115
2016	550	504	1 053	1 424	21 658
Total	9 127	7 138	16 265	19 661	

(1) En combinant le nombre annuel des départs (attrition) à résorber avec l'accroissement annuel des besoins, on obtient le nombre de personnes qu'il faudra ajouter chaque année pour obtenir l'effectif requis. C'est ce qu'on appelle le recrutement brut. Toutefois, le nombre net de personnes à recruter pour obtenir l'effectif requis doit tenir compte de l'attrition propre à ce groupe de nouveaux arrivants au fil des années. Le nombre de personnes à recruter, compte tenu de cette réalité, doit donc être supérieur au nombre brut initialement évalué. C'est ce qu'on appelle le recrutement nécessaire.

CHAPITRE 5 – COMPARAISON ENTRE LES BESOINS DE RECRUTEMENT ET LE NOMBRE DE NOUVELLES DIPLÔMÉES

La quatrième et dernière étape de la démarche de planification du groupe de travail a consisté à comparer les besoins de recrutement avec la projection du nombre de nouvelles diplômées réalisée pour le ministère de l'Éducation. Les résultats obtenus permettront de juger de l'adéquation entre l'offre de main-d'œuvre attendue et la demande de main-d'œuvre prévue sur une base annuelle.

5.1 PROJECTION DU NOMBRE DE NOUVELLES DIPLÔMÉES

La prévision du nombre de diplômées du programme Santé, assistance et soins infirmiers (SASI) d'ici 2014 s'appuie sur le nombre d'inscriptions dans le programme en 2000-2001 (1 020 inscriptions) et utilise, comme support de projection, le scénario général de l'évolution démographique prévue de la population scolaire au Québec.

La projection est donc basée sur les prévisions démographiques du bassin d'étudiants et sur l'hypothèse que la part relative occupée par le programme SASI dans l'ensemble des programmes de formation demeurera constante. Si le pouvoir d'attraction du programme devait s'accroître ou diminuer aux dépens de certains autres programmes, les prévisions s'en trouveraient modifiées à la hausse ou à la baisse.

Ces prévisions sont généralement fiables lorsqu'il s'agit de la population scolaire normale, mais deviennent plus aléatoires dans le cas des programmes fréquentés par les adultes qui effectuent un retour aux études. Les demandes d'inscriptions, de même que les taux d'obtention d'un diplôme, augmentent sensiblement lorsque les perspectives du marché du travail sont bonnes. L'intérêt de la population adulte, particulièrement importante pour le programme SASI, varie en effet en fonction de l'employabilité.

À cet égard, les enquêtes Relance effectuées auprès des diplômées du programme SASI montrent une augmentation du nombre de diplômées trouvant un emploi dans leur domaine. Selon les statistiques de l'OIIAQ, par ailleurs, environ 96 % des diplômées ont trouvé un emploi dans leur domaine depuis deux ans.

Le taux d'obtention d'un diplôme chez les débutantes a été évalué à 59,2 % sur la base de la moyenne observée au cours des années antérieures, alors que le taux de disponibilité retenu s'élève à 88,4 %.

Le tableau 19 indique le nombre de diplômées prévues annuellement pour la période 2001-2014. Il est important d'utiliser ces prévisions avec prudence. Comme nous l'avons mentionné précédemment, ces prévisions reposent en bonne partie sur l'évolution du programme au cours des dernières années. Un plus grand attrait du programme pourrait modifier sensiblement le scénario.

TABLEAU 19

**Projection du nombre de diplômées disponibles au programme SASI
de 2001 à 2014**

Année	Nombre d'admissions	Nombre de diplômées	Nombre de diplômées disponibles
2001	1 146	476	421
2002	1 105	642	568
2003	1 092	659	582
2004	1 053	648	573
2005	1 071	628	555
2006	1 116	632	559
2007	1 182	656	580
2008	1 189	692	612
2009	1 184	703	621
2010	1 131	702	620
2011	1 106	676	598
2012	1 073	658	581
2013	1 050	639	565
2014	1 001	624	552

Source : DGFPT, ministère de l'Éducation du Québec, 1^{er} juin 2001.

5.2 COMPARAISON ENTRE L'OFFRE DE MAIN-D'ŒUVRE PRÉVUE ET LES BESOINS

Le tableau 20 effectue la synthèse des projections, de manière à comparer les besoins de recrutement selon le scénario retenu et le nombre de nouvelles diplômées en vue d'apprécier les écarts.

TABLEAU 20

**Infirmières auxiliaires :
projections des besoins de recrutement et du nombre de nouvelles diplômées
de 2000 à 2016**

Année	Départs attendus	Accroissement des besoins	Recrutement nécessaire	Nouvelles diplômées inscrites à l'OIIAQ	Écart annuel
2000	407	346	766	170	-596
2001	407	354	800	421	-379
2002	418	362	843	568	-276
2003	440	371	897	583	-314
2004	469	380	958	573	-386
2005	498	389	1 019	555	-464
2006	525	398	1 078	559	-519
2007	563	407	1 149	580	-569
2008	591	417	1 210	612	-598
2009	653	427	1 305	621	-684
2010	639	437	1 325	621	-705
2011	627	448	1 348	598	-750
2012	611	458	1 364	582	-782
2013	596	469	1 381	565	-816
2014	574	480	1 390	552	-838
2015	560	492	1 405	552	-853
2016	550	504	1 424	552	-872
Total	9 127	7 138	19 661	9 264	10 397

Le tableau montre un écart considérable entre les besoins de recrutement et le nombre de futures diplômées, de sorte qu'il faut prévoir, dès 2001 et pour les années à venir, une importante pénurie d'infirmières auxiliaires.

Pour l'ensemble de la période de projection, les besoins de recrutement prévisibles sont de 19 661 infirmières auxiliaires (recrutement brut de 16 265, dont 9 127, ou 56 %, pour remplacer les départs) alors que, selon les paramètres actuels en matière de formation de la relève, seulement 9 264 nouvelles infirmières auxiliaires seront formées. En conséquence, si aucun changement ne survient au cours de la période, le réseau sera aux prises avec une pénurie de 10 397 infirmières auxiliaires en 2016. Cet écart de 10 397 en 2016 entre le nombre estimé de nouvelles recrues inscrites à l'Ordre et les besoins ne représente pas le déficit d'infirmières auxiliaires prévu, qui est plutôt estimé à 8 552 infirmières auxiliaires. Pour résorber ce déficit, il faudra en recruter 10 397, puisqu'un certain nombre des infirmières nouvellement formées devrait quitter le réseau d'ici 2016.

En comparaison, selon la même approche prévisionnelle et pour la même période, les besoins de recrutement nécessaire en ce qui concerne les infirmières se chiffreraient à 54 391, alors que 34 572 nouvelles diplômées s'inscriraient à l'Ordre. En 2016, le réseau aura ainsi cumulé un déficit de 19 819 infirmières.

5.3 ESTIMATION DES ADMISSIONS SOUHAITÉES DANS LE PROGRAMME DE FORMATION

Compte tenu des besoins de recrutement, il y a lieu de fournir une indication du nombre d'inscriptions au programme SASI nécessaires pour assurer une relève suffisante, et d'évaluer l'écart entre les inscriptions actuelles et la cible visée.

Le tableau 21 indique le nombre d'inscriptions requises dans le programme de formation SASI pour assurer la relève. Les calculs prennent en considération le taux d'obtention d'un diplôme et le taux d'activité des diplômées sur le marché du travail. Par exemple, au regard d'un besoin de recrutement de 958 infirmières auxiliaires en 2004, il faudra viser deux ans plus tôt, soit en 2002, l'admission d'au moins 1 831 étudiantes débutantes dans le programme SASI.

Pour arriver à ce résultat, l'analyse prévisionnelle suppose que seulement 59,2 % des étudiantes obtiendront leur diplôme (taux de diplomation) et que, parmi ces dernières, 88,4 % travailleront dans le réseau comme infirmières auxiliaires (en l'occurrence : $1\,831 \times .592 = 1\,084 \times .884 = 958$).

Tableau 21

**Infirmières auxiliaires :
projections des besoins de recrutement et du nombre de nouvelles diplômées
de 2000 à 2016**

Année	Recrutement nécessaire	Nouvelles diplômées inscrites à l'OIIAQ	Écart annuel	Inscriptions souhaitées dans le programme SASI(1)(2)	Ajout d'étudiantes par rapport aux 925 places autorisées en 2000
2000	766	170	-596	1 611	686
2001	800	421	-379	1 714	789
2002	843	568	-276	1 831	906
2003	897	583	-314	1 947	1 022
2004	958	573	-386	2 060	1 135
2005	1 019	555	-464	2 196	1 271
2006	1 078	559	-519	2 312	1 387
2007	1 149	580	-569	2 494	1 569
2008	1 210	612	-598	2 532	1 607
2009	1 305	621	-684	2 576	1 651
2010	1 325	621	-705	2 606	1 681
2011	1 348	598	-750	2 639	1 714
2012	1 364	582	-782	2 656	1 731
2013	1 381	565	-816	2 685	1 760
2014	1 390	552	-838	2 721	1 796
2015	1 405	552	-853	2 721	1 796
2016	1 424	552	-872	2 721	1 796
Total	19 661	9 264	-10 397	40 021	24 296

(1) Le taux de diplomation chez les débutantes est évalué à 59,2 %, le taux de disponibilité retenu est de 88,4 %.

(2) Ce total ne prend pas en considération le déficit accumulé en 2000 et 2001. Ajoutons qu'une majoration des admissions n'a d'effet que deux ans plus tard.

5.4 CONCLUSION

Les membres du groupe de travail sont parvenus à un consensus sur les besoins de recrutement que connaîtra le réseau au cours des prochaines années en ce qui concerne les infirmières auxiliaires. Les écarts négatifs importants enregistrés entre ces besoins, et les projections du nombre de diplômées attendues qui formeront la relève sont préoccupants, spécialement dans un contexte où, déjà, le recrutement de personnel qualifié s'avère difficile.

Les besoins réels de recrutement s'ajusteront notamment en fonction de la place que l'on réservera aux infirmières auxiliaires dans l'organisation des soins de santé. À cet égard, nous estimons que l'organisation du travail est appelée à changer à plus ou moins brève échéance sous l'effet de la pénurie d'infirmières.

Devant l'urgence d'adopter des mesures qui puissent répondre aux besoins les plus pressants, le groupe de travail a convenu d'approfondir, dans le plan d'action proposé, les analyses sur l'organisation du travail, plus particulièrement en ce qui concerne l'apport potentiel des infirmières auxiliaires en soins de courte durée et dans les services de soutien à domicile.

De même, les problèmes relatifs à la délégation des actes infirmiers devront être abordés lorsque les travaux ayant actuellement pour objet le cadre légal des professions de la santé auront apporté un éclairage nouveau sur la question de la définition du champ professionnel des infirmières auxiliaires.

À la lumière des diagnostics posés à travers les travaux de planification de la main-d'œuvre portant sur l'ensemble du personnel infirmier, le MSSS et ses partenaires sont à même de faire le constat qu'une pénurie généralisée de main-d'œuvre menace le réseau de la santé et des services sociaux. En conséquence, le groupe de travail estime devoir recommander dès maintenant une augmentation substantielle des admissions dans le programme de formation destiné aux infirmières auxiliaires. Il y aura lieu de préciser par la suite l'ampleur de l'augmentation nécessaire à plus long terme dans le cadre du suivi du plan d'action.

CHAPITRE 6 – PLAN D'ACTION POUR LA PLANIFICATION DE LA MAIN-D'ŒUVRE DES INFIRMIÈRES AUXILIAIRES

Le plan d'action proposé par le Groupe de travail sur la planification de la main-d'œuvre infirmière auxiliaire s'inscrit dans le processus général de planification de la main-d'œuvre portant sur l'ensemble du personnel clinique dans le domaine de la santé et des services sociaux (à l'exclusion des médecins), amorcé en 1999 par le ministère de la Santé et des Services sociaux.

De façon générale, les analyses réalisées jusqu'à maintenant font ressortir trois phénomènes qui, parce qu'ils agissent de manière concomitante, sont susceptibles de conduire à de graves pénuries de main-d'œuvre :

- une augmentation significative de l'attrition du personnel en place ;
- une augmentation des besoins de main-d'œuvre plus rapide que celle résultant de la croissance nette de la population en raison, notamment, du vieillissement de la population ;
- une baisse prévisible du bassin de recrutement de la relève attribuable, entre autres, à une diminution graduelle de la population scolaire.

Déjà, le rapport du Forum national sur la planification de la main-d'œuvre infirmière, rendu public en février 2001, a indiqué que si les instances et partenaires concernés ne procédaient pas à des changements importants, la pénurie actuelle d'infirmières, plutôt que de se résorber, était appelée à s'aggraver et à conduire à une crise majeure. Ainsi, les actions qui seront mises en œuvre aux niveaux local, régional et national dans le but de corriger la situation actuelle touchent à certains égards les infirmières auxiliaires.

En fait, l'apport des infirmières auxiliaires apparaît clairement comme une partie de la solution aux problèmes de pénurie et de surcharge de travail des infirmières. Qu'ils soient effectués au niveau local, régional ou national, les travaux de la planification de la main-d'œuvre devront tenir compte de cette complémentarité, et proposer des moyens concrets d'établir ou de rétablir des relations professionnelles harmonieuses sur le plan professionnel entre ces deux importants groupes d'employées, ces relations étant essentielles à l'accessibilité et à la qualité des soins.

Le MSSS invite l'ensemble de son réseau à revoir l'organisation du travail dans le secteur des soins infirmiers en poursuivant le double objectif de maintenir les services à la population dans un contexte de pénurie de main-d'œuvre et d'améliorer les conditions d'exercice professionnel du personnel travaillant en soins infirmiers.

La réorganisation du travail devra mettre à contribution les compétences particulières de chaque catégorie de personnel appelée à travailler dans ce domaine : infirmières, infirmières auxiliaires, préposées aux bénéficiaires, etc.

Parce que certaines actions proposées par le rapport du Forum national sur la planification de la main-d'œuvre infirmière concernent également les infirmières auxiliaires, le présent plan d'action tient compte de ce rapport et fait ressortir les objectifs, les résultats attendus et les actions particulières proposées par les membres du Groupe de travail sur la planification de la main-d'œuvre des infirmières auxiliaires.

6.1 PLAN D'ACTION GÉNÉRAL

Les membres du groupe de travail se sont entendus sur les objectifs suivants :

Objectif 1

Favoriser une utilisation optimale des services des infirmières auxiliaires actuellement en emploi, qu'elles travaillent à l'intérieur ou à l'extérieur du réseau.

Objectif 2

Assurer une relève suffisante pour répondre aux besoins.

Objectif 3

Favoriser une utilisation optimale des compétences des infirmières auxiliaires dans l'organisation des soins.

Objectif 4

Réaliser une planification locale et régionale de la main-d'œuvre des infirmières auxiliaires, de manière à améliorer la concertation régionale et la concertation entre les établissements sur les besoins de main-d'œuvre.

Objectif 5

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

Les analyses prévisionnelles du groupe de travail ont également porté sur les préposées aux bénéficiaires et les auxiliaires familiales. Les résultats préliminaires de ces analyses ont conduit le groupe de travail à recommander :

- d'augmenter de façon substantielle les admissions dans le programme de formation Assistance aux bénéficiaires des établissements de santé ;
- d'approfondir les connaissances sur les besoins de main-d'œuvre pour les auxiliaires familiales.

6.2 PLAN D'ACTION DÉTAILLÉ

Afin de concrétiser les objectifs déjà mentionnés, le groupe de travail est d'avis que la planification de la main-d'œuvre ne peut être réalisée qu'au seul niveau national. Elle doit être amorcée au niveau local par les établissements et être consolidée au niveau régional par les régies régionales.

6.2.1 Au niveau local

Au niveau local, chaque établissement devra entreprendre un exercice de planification de la main-d'œuvre sur une base triennale et réviser sa planification annuellement, ce qui lui permettra de prévoir deux ans à l'avance (la durée de la formation) le nombre d'infirmières auxiliaires dont il aura besoin. Dans le cadre de cet exercice, l'établissement devra spécifier le nombre de stagiaires qu'il est prêt à accueillir au cours d'une année.

Chaque région dispose d'un centre de formation professionnelle qui forme des infirmières auxiliaires sous la responsabilité d'une commission scolaire. L'importance des cohortes étudiantes et la coordination des stages devraient être planifiées en vue de répondre aux besoins globaux des établissements de la région, et tenir compte de besoins à l'extérieur de la région, le cas échéant.

Par ailleurs, la mise en œuvre des recommandations du rapport du Forum national sur la planification de la main-d'œuvre infirmière aura des incidences sur les besoins d'infirmières auxiliaires, de sorte qu'il apparaît nécessaire que les exercices de planification à l'échelle locale prennent en considération à la fois les infirmières et les infirmières auxiliaires.

Rappelons que le Forum recommande aux établissements de revoir les modèles actuels de prestation des soins et des services par rapport à différents modèles connus qui donnent des résultats probants, en tenant compte des besoins de la population et des ressources infirmières nécessaires pour répondre à ces besoins. Il recommande plus particulièrement d'alléger les tâches des infirmières et de privilégier l'adoption de modes de prestation des soins qui mettent à profit le véritable rôle de l'infirmière, ce qui implique qu'un certain nombre de tâches soient confiées à d'autres catégories de personnel.

Dans cette perspective, le groupe de travail recommande donc aux employeurs, afin d'améliorer l'efficacité des services, de réévaluer les modèles d'organisation des soins dans les CLSC ainsi que dans les établissements de soins de courte durée et de longue durée, cela en vue de favoriser une utilisation optimale des compétences du personnel, notamment par l'élargissement des fonctions des infirmières auxiliaires.

6.2.2 Au niveau régional

Les régies régionales auront la responsabilité de préparer un plan régional de planification de la main-d'œuvre pour les infirmières et les infirmières auxiliaires en s'appuyant sur les exercices de planification effectués au niveau local, ce qui suppose la mise en place d'une opération concertée et coordonnée de production, de collecte et de compilation des informations sur une base annuelle.

Les résultats permettront aux régies régionales de transmettre à la commission scolaire et aux centres de formation professionnelle de la région les consignes nécessaires à l'ajustement des besoins de formation.

Les régies régionales auront également la responsabilité de la coordination des stages des étudiantes infirmières auxiliaires, en collaboration avec les établissements et les milieux d'enseignement.

6.2.3 Au niveau national

Les discussions du groupe de travail ont mis en évidence le fait que le cadre légal actuel, les modes d'organisation du travail qui circonscrivent l'exercice de la profession et la formation (initiale et continue) des infirmières auxiliaires ne tendent pas vers le même résultat. La concordance de ces trois dimensions de la vie professionnelle des infirmières auxiliaires fait défaut. Aussi le groupe de travail considère-t-il que l'un ou l'autre de ces éléments nécessite des ajustements à court et à moyen terme.

Dans l'objectif général d'utiliser de façon optimale les compétences des infirmières auxiliaires, il y aura lieu d'inciter les établissements à faire preuve d'une plus grande ouverture en ce qui a trait à l'autorisation à la délégation des actes que les infirmières auxiliaires sont en mesure d'accomplir compte tenu de leur formation. Il faudra entre autres, et le plus rapidement possible, étudier la pertinence d'uniformiser les actes délégués aux infirmières auxiliaires à la lumière des travaux portant sur la mise à jour du système professionnel dirigés actuellement par le docteur Roch Bernier.

Il faudra également répertorier et évaluer les ressources financières dont dispose le réseau pour favoriser l'accroissement des compétences des infirmières auxiliaires, et utiliser ces ressources financières pour répondre aux objectifs définis dans le plan d'action.

Par ailleurs, le virage en matière de planification de la main-d'œuvre exige que tous les partenaires se tournent rapidement vers une gestion prévisionnelle et intégrée de la main-d'œuvre.

Cela implique que le MSSS dote son réseau d'outils de production, de collecte, de compilation et de transmission d'informations de qualité, fiables, et qui soient compatibles d'un établissement à l'autre et d'une région à l'autre.

Ces informations serviront au premier chef à faire connaître les besoins de recrutement du réseau de la santé et des services sociaux, en particulier au réseau de l'éducation et à la relève potentielle.

Le MSSS et les régies régionales ne sous-estiment pas les difficultés et les efforts nécessaires pour assurer une planification qui donne des résultats probants, principalement en début de processus, alors que les modes d'action souhaités ne sont pas encore entrés dans la pratique courante.

Par conséquent, les mesures de suivi devront non seulement prendre en considération la mise à jour des paramètres entrant dans le modèle de projection à l'échelle nationale, mais comprendre également l'évaluation du processus de planification régionale et locale, prévoir les ajustements nécessaires et proposer de nouvelles actions au besoin.

En vue d'énoncer formellement le plan d'action découlant des objectifs déjà formulés une fiche détaillée correspondant à chacune des actions proposées apparaît ci-après.

En raison de l'urgence de passer à l'action, un certain nombre de mesures proposées au plan d'action ont d'emblée été amorcées dans le cadre des travaux de planification. Celles-ci sont néanmoins enregistrées au plan d'action afin d'en permettre l'évaluation et le suivi.

À titre d'exemple, le ministère de l'Éducation a évalué la faisabilité de doubler les admissions dans le programme SASI dès septembre 2001. Théoriquement, il s'est avéré que les centres de formation pouvaient, de façon globale, absorber une telle augmentation. Les travaux du MEQ ont cependant mené à la conclusion que cet objectif ne pourrait être atteint sans des efforts de concertation entre les réseaux de la santé et de l'éducation au niveau régional, ne serait-ce que parce que toutes les régions ne disposent pas des ressources nécessaires en matière de formation ni d'un nombre suffisant de places de stages.

De son côté, l'OIIAQ a réalisé des travaux visant à évaluer la capacité des établissements du réseau de la santé d'accueillir des infirmières auxiliaires pour des stages. Ces travaux ont montré que la capacité d'accueil des établissements du réseau était largement sous-utilisée. Concrètement, toutefois, accroître la contribution des établissements dépend de conditions particulières qu'il faudra analyser cas par cas à l'échelle régionale.

PLANIFICATION DE LA MAIN-D'ŒUVRE POUR LES INFIRMIÈRES AUXILIAIRES**PLAN D'ACTION****VOLET I – UTILISATION DES SERVICES DES INFIRMIÈRES AUXILIAIRES*****OBJECTIF 1***

Favoriser une utilisation optimale des services des infirmières auxiliaires actuellement en emploi, qu'elles travaillent à l'intérieur ou à l'extérieur du réseau.

RÉSULTAT ATTENDU

Établir un tableau de l'utilisation des services des infirmières auxiliaires.

PLAN D'ACTION

Établir un diagnostic sur la disponibilité des ressources travaillant actuellement dans le réseau. Cela implique de considérer les éléments suivants :

- disponibilité exprimée sur les listes de rappel mais non utilisée ;
- proportion des infirmières auxiliaires travaillant comme préposées aux bénéficiaires ;
- infirmières auxiliaires ayant une sécurité d'emploi (taux d'utilisation) ;
- précarité de l'emploi (titularisation des postes occasionnels et stabilisation des ressources).

ACTEURS CONCERNÉS

- ☛ Responsables : MSSS et régies régionales
- ☛ Collaborateurs : Associations d'établissements, syndicats et OIIAQ

ÉCHÉANCIER

En cours.

VOLET I – UTILISATION DES SERVICES DES INFIRMIÈRES AUXILIAIRES

(SUITE)

OBJECTIF 2

Favoriser une utilisation optimale des infirmières auxiliaires actuellement en emploi, qu'elles travaillent à l'intérieur ou à l'extérieur du réseau.

RÉSULTAT ATTENDU

Faire en sorte que les infirmières auxiliaires qualifiées qui seraient éventuellement disponibles, mais qui ne travaillent pas à titre d'infirmières auxiliaires, puissent avoir la possibilité d'effectuer un retour à la pratique dans leur domaine de compétence.

PLAN D'ACTION

Évaluer la possibilité d'un retour à la profession pour les infirmières auxiliaires membres de l'Ordre qui ne travaillent pas dans le réseau.

ACTEURS CONCERNÉS

- ☞ Responsable : OIIAQ
- ☞ Collaborateurs : MSSS, régies régionales et MEQ

ÉCHÉANCIER

Automne 2001.

VOLET II – FORMATION

OBJECTIF 1

Assurer une relève suffisante pour répondre aux besoins.

RÉSULTATS ATTENDUS

Une augmentation substantielle dès septembre 2001, des admissions dans le programme de formation Santé, assistance et soins infirmiers (SASI).

PLAN D'ACTION

1. Augmenter le nombre de diplômés et pour ce faire :
 - augmenter le nombre de candidats ;
 - améliorer le taux de diplomation de manière à ce qu'il atteigne la moyenne des DEP (69 %).
2. À court terme, dès 2002, confier aux régies régionales la responsabilité de réaliser un exercice de planification régionale de la main-d'œuvre permettant de déterminer les besoins annuels de recrutement des établissements de la région et de transmettre l'information au réseau de l'éducation.
3. Prévoir, au niveau régional, un nombre de places de stages correspondant aux besoins déterminés.
4. S'assurer que les centres de formation professionnelle puissent répondre aux besoins déterminés.

ACTEURS CONCERNÉS

Actions 1 et 4

- ☛ Responsable : MEQ
- ☛ Collaborateurs : MSSS, régies régionales, centres de formation professionnelle, commissions scolaires et OIIAQ

Action 2

- ☛ Responsables : MSSS et régies régionales
- ☛ Collaborateurs : Associations d'employeurs

VOLET II – FORMATION

(SUITE)

Action 3

- ☛ Responsables : OIIAQ
- ☛ Collaborateurs : MSSS et associations d'établissements

ÉCHÉANCIER**Action 1** En cours.**Action 2** À court terme.**Actions 3 et 4** Continu.

Note : Le programme de formation SASI a été décontingenté pendant les travaux. Une évaluation de la capacité d'accueil de stagiaires par les établissements a été réalisée par l'OIIAQ. L'Ordre a également proposé des pistes de solutions en vue d'utiliser davantage ce potentiel.

VOLET II – FORMATION

(SUITE)

OBJECTIF 2

Faire la promotion du programme d'études SASI dans le but d'accroître les inscriptions.

RÉSULTAT ATTENDU

Une augmentation du nombre de candidates au programme de formation.

PLAN D'ACTION

Mettre en place un programme de promotion auprès des étudiants du secondaire pour les inciter à s'inscrire dans le programme SASI. À cet égard, mettre en évidence les éléments suivants :

- perspectives d'emploi ;
- échelle de rémunération et conditions de travail ;
- détermination des besoins locaux et des besoins des employeurs sur le plan du recrutement.

ACTEURS CONCERNÉS

- ☛ Responsables : MSSS et MEQ
- ☛ Collaborateurs : Commissions scolaires et OIIAQ

ÉCHÉANCIER

À court terme.

VOLET II – FORMATION

(SUITE)

OBJECTIF 3

Améliorer la formation intégrée DEP/collèges pour les infirmières auxiliaires.

RÉSULTAT ATTENDU

Améliorer les perspectives de cheminement professionnel.

PLAN D'ACTION

Revoir le système de reconnaissance des acquis pour les infirmières auxiliaires avec expérience dans le domaine des soins infirmiers leur permettant de poursuivre des études en soins infirmiers.

ACTEURS CONCERNÉS

- ☞ Responsable : MEQ
- ☞ Collaborateur : OIIAQ

ÉCHÉANCIER

À moyen terme.

VOLET III – ORGANISATION DU TRAVAIL

OBJECTIF 1

Favoriser une utilisation optimale des compétences des infirmières auxiliaires dans l'organisation des soins.

RÉSULTAT ATTENDU

Utilisation du plein potentiel des infirmières auxiliaires.

PLAN D'ACTION

1. Encourager les établissements à déléguer aux infirmières auxiliaires tous les actes que le cadre légal régissant leur profession et leur formation leur permettent de poser.
2. Étudier la pertinence d'uniformiser les actes infirmiers délégués aux infirmières auxiliaires par les établissements dans le cadre des travaux portant sur la mise à jour du système professionnel en cours à l'Office des professions du Québec.

ACTEURS CONCERNÉS

- ☛ Responsables : MSSS, OIIAQ et associations d'établissements
- ☛ Collaborateurs : Membres du groupe de travail

ÉCHÉANCIER

À moyen terme.

VOLET III – ORGANISATION DU TRAVAIL

(SUITE)

OBJECTIF 2

Favoriser une utilisation optimale des compétences des infirmières auxiliaires dans l'organisation des soins, notamment par la mise à jour des connaissances et des mesures d'adaptation.

RÉSULTAT ATTENDU

Utilisation de tout le potentiel des infirmières auxiliaires.

PLAN D'ACTION

Répertorier et évaluer les ressources financières dont dispose le réseau pour favoriser l'accroissement des compétences des infirmières auxiliaires et utiliser ces ressources financières pour répondre aux objectifs visés par le plan d'action.

ACTEURS CONCERNÉS

- ☞ Responsables : MSSS et régies régionales
- ☞ Collaborateurs : Syndicats, associations d'établissements et OIIAQ

ÉCHÉANCIER

À court terme.

VOLET III – ORGANISATION DU TRAVAIL

(SUITE)

OBJECTIF 3

Favoriser une utilisation optimale des compétences des infirmières auxiliaires dans l'organisation des soins.

RÉSULTAT ATTENDU

Révision des modes d'organisation du travail en vue d'améliorer l'efficacité des services.

PLAN D'ACTION

1. Réévaluer les modes d'organisation de soins dans les CLSC et dans les établissements de soins de courte et de longue durée afin de favoriser l'utilisation optimale des compétences du personnel, notamment en élargissant les fonctions des infirmières auxiliaires.
2. Les responsables de ce processus de révision devront se doter d'outils de mesures et d'indicateurs adéquats, réévaluer les méthodes et protocoles utilisés, et investir dans le renouvellement des technologies et des équipements.

ACTEURS CONCERNÉS

- ☛ Responsables : Établissements
- ☛ Collaborateurs : Syndicats locaux concernés, régies régionales et ordres professionnels concernés.

ÉCHÉANCIER

À moyen terme.

VOLET IV – PLANIFICATION DE LA MAIN-D'ŒUVRE

OBJECTIF 1

Favoriser le développement d'un processus de planification de la main-d'œuvre dans le domaine des soins infirmiers aux niveaux local et régional.

RÉSULTAT ATTENDU

Amener l'ensemble des employeurs à définir leurs besoins de recrutement en vue d'ajuster la formation de la relève en conséquence, sur une base régionale, à court et à moyen terme.

PLAN D'ACTION

Fournir les outils de planification de la main-d'œuvre qui permettront de recueillir des informations cohérentes, compatibles et fiables sur les besoins de main-d'œuvre dans le domaine des soins infirmiers, par établissement et par région.

ACTEURS CONCERNÉS

- ☞ Responsables : MSSS et régies régionales
- ☞ Collaborateurs : Association d'employeurs, OIIAQ et établissements

ÉCHÉANCIER

À court terme.

VOLET IV – PLANIFICATION DE LA MAIN-D'ŒUVRE

(SUITE)

OBJECTIF 2

Réaliser une planification régionale de la main-d'œuvre de nature à améliorer la concertation régionale et entre les établissements quant aux besoins de main-d'œuvre.

RÉSULTAT ATTENDU

La production de plans annuels, par les régies régionales, qui détermineront les besoins de recrutement sur une base triennale (la durée de formation initiale est de deux ans pour les infirmières auxiliaires). Ces plans devront être révisés annuellement et inclure un plan de répartition des stages en établissement.

PLAN D'ACTION

Demander aux régies régionales et aux établissements d'entreprendre une planification de la main-d'œuvre dans le domaine des soins infirmiers.

ACTEURS CONCERNÉS

- ☛ Responsables : MSSS et régies régionales
- ☛ Collaborateurs : Associations d'employeurs et OIIAQ

ÉCHÉANCIER

À court terme.

VOLET V – MESURES DE SUIVI

OBJECTIF 1

Assurer le suivi du processus de planification.

RÉSULTAT ATTENDU

La mise en place d'un processus continu de planification de la main-d'œuvre dans le domaine des soins infirmiers aux niveaux local, régional et national.

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.
4. Améliorer le processus de planification de la main-d'œuvre aux niveaux local et régional.

ACTEURS CONCERNÉS

- ☞ Responsable : MSSS
- ☞ Collaborateurs : Membres du Groupe de travail sur la planification de la main-d'œuvre infirmière auxiliaire

ÉCHÉANCIER

À moyen terme.

planification de la main-d'œuvre infirmiers et infirmières auxiliaires



Annexes

ANNEXE 1

DESCRIPTION DU SYSTÈME DE MONITORAGE

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

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

Août 2001

TABLE DES MATIÈRES

2.1	Établissement d'une table de correspondance avec le MEQ	87
2.2	Lien direct avec la banque de données du MSSS	87
2.3	Facteur individu/poste	88
3.1	Projection de l'attrition	88
3.1.1	Projection initiale des départs	88
3.1.2	Choix du scénario d'évolution des statuts	89
3.1.3	Facteurs spécifiques de modulation des départs	89
3.2	Estimation de l'évolution des besoins et du recrutement	89
3.2.1	Année de départ de la projection	90
3.2.2	Secteur d'activité en développement	90
3.2.3	Évolution des besoins	90
3.2.4	Évolution organisationnelle	90
3.2.5	Évolution du nombre de jours de congé	90
3.2.6	Effectif désiré	91
3.2.7	Recrutement brut	91
3.2.8	Recrutement net ou nécessaire	91
3.3	Comparaison entre les besoins de recrutement et les diplômés disponibles	91
3.3.1	Projection des diplômés disponibles	91
3.3.2	Comparaison entre l'offre et les besoins	92
4	EN CAS DE DÉSÉQUILIBRE APPRÉHENDÉ	92
5	CONCLUSION	92

1 PRÉSENTATION GÉNÉRALE

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

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

2 REGROUPEMENTS DE TITRES D'EMPLOI

2.1 Établissement d'une table de correspondance avec le MEQ

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

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

2.2 Lien direct avec la banque de données du MSSS

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

2.3 Facteur individu/poste

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

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

3 MODÈLE EN TROIS VOLETS

3.1 Projection de l'attrition

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

3.1.1 Projection initiale des départs

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

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

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

3.1.2 Choix du scénario d'évolution des statuts

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

3.1.3 Facteurs spécifiques de modulation des départs

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

3.2 Estimation de l'évolution des besoins et du recrutement

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

3.2.1 Année de départ de la projection

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

3.2.2 Secteur d'activité en développement

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

3.2.3 Évolution des besoins

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

3.2.4 Évolution organisationnelle

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

3.2.5 Évolution du nombre de jours de congé

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

3.2.6 Effectif désiré

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

3.2.7 Recrutement brut

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

3.2.8 Recrutement net ou nécessaire

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

3.3 Comparaison entre les besoins de recrutement et les diplômés disponibles

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

3.3.1 Projection des diplômés disponibles

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

3.3.2 Comparaison entre l'offre et les besoins

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

4 EN CAS DE DÉSÉQUILIBRE APPRÉHENDÉ

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

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

5 CONCLUSION

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

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

Scénario: Scénario retenu pour les infirmières auxiliaires

Description: Scénario retenu par le groupe de travail pour les infirmières auxiliaires

A) Projection de l'attrition

- 1) Distribution des effectifs
Infirmières auxiliaires
- 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
Aucun départ à combler

Distribution de l'effectif de départ							
Âge	Femme	Femme	Homme	Homme	Total	Facteur	Effectif
	TP	TC	TP	TC		individu/poste	ajusté
15	0	0	0	0	0	1	0,0
20	311	76	23	11	421	1	421,0
25	617	293	50	56	1016	1	1016,0
30	674	595	50	104	1423	1	1423,0
35	848	1153	59	118	2178	1	2178,0
40	928	1767	50	188	2933	1	2933,0
45	795	1778	37	251	2861	1	2861,0
50	715	1566	34	197	2512	1	2512,0
55	198	558	19	53	828	1	828,0
60	46	178	0	8	232	1	232,0
65	66	36	7	7	116	1	116,0
70	0	0	0	0	0	1	0,0
Total	5198	8000	329	993	14520		14520,0

Projection initiale des départs				
Année	Retraites	Décès	Cessations	Total
2000	215,1	22,2	169,2	406,5
2001	225,5	22,4	159,3	407,2
2002	245,6	22,8	149,7	418,1
2003	277,7	23,2	138,6	439,5
2004	319,0	23,8	126,6	469,4
2005	355,8	24,3	118,2	498,3
2006	390,3	24,8	109,9	525,0
2007	436,1	25,0	102,0	563,2
2008	471,6	25,1	94,5	591,1
2009	540,9	24,8	87,3	653,0
2010	534,5	24,1	80,0	638,6
2011	530,8	23,4	72,9	627,1
2012	521,9	22,6	66,1	610,6
2013	514,7	21,7	59,5	595,8
2014	500,1	20,7	53,2	574,0
2015	492,4	19,6	47,8	559,9
2016	488,2	18,6	42,8	549,5
Total	7060,0	388,9	1678,0	9126,9

Projection des départs (après modulation)							Autres départs
Année	Facteur retraites	Retraites pondérées	Décès	Facteur cessations	Cessations pondérées	Départs totaux	
2000	1,00	215,1	22,2	1,00	169,2	406,5	0
2001	1,00	225,5	22,4	1,00	159,3	407,2	0
2002	1,00	245,6	22,8	1,00	149,7	418,1	0
2003	1,00	277,7	23,2	1,00	138,6	439,5	0
2004	1,00	319,0	23,8	1,00	126,6	469,4	0
2005	1,00	355,8	24,3	1,00	118,2	498,3	0
2006	1,00	390,3	24,8	1,00	109,9	525,0	0
2007	1,00	436,1	25,0	1,00	102,0	563,2	0
2008	1,00	471,6	25,1	1,00	94,5	591,1	0
2009	1,00	540,9	24,8	1,00	87,3	653,0	0
2010	1,00	534,5	24,1	1,00	80,0	638,6	0
2011	1,00	530,8	23,4	1,00	72,9	627,1	0
2012	1,00	521,9	22,6	1,00	66,1	610,6	0
2013	1,00	514,7	21,7	1,00	59,5	595,8	0
2014	1,00	500,1	20,7	1,00	53,2	574,0	0
2015	1,00	492,4	19,6	1,00	47,8	559,9	0
2016	1,00	488,2	18,6	1,00	42,8	549,5	0
	Total	7060,0	388,9		1678,0	9126,9	0

Scénario: Scénario retenu pour les infirmières auxiliaires

Description: Scénario retenu par le groupe de travail pour les infirmières auxiliaires

B) Estimation des besoins relatifs au recrutement

- 6) Pénurie initiale
Aucune pénurie
- 7) Secteur d'activité en développement
Rythme d'activité maintenu
- 8) Facteur d'évolution des besoins
2,38 %
- 9) Facteur d'évolution organisationnelle
Aucune évolution
- 10) Facteur d'évolution dans le nombre de jours de congé accordés
Aucun facteur utilisé

Estimation de l'évolution des besoins

Année	Pénurie initiale	Développement prévu	Évolution des besoins	Évolution organisationnelle	Évolution des congés	Effectif désiré	Ajust annuel pour accroissement des besoins
2000	0,0	1,0000	1,0238	1,0000	1,0000	14865,6	345,6
2001	0,0	1,0000	1,0238	1,0000	1,0000	15219,4	353,8
2002	0,0	1,0000	1,0238	1,0000	1,0000	15581,6	362,2
2003	0,0	1,0000	1,0238	1,0000	1,0000	15952,4	370,8
2004	0,0	1,0000	1,0238	1,0000	1,0000	16332,1	379,7
2005	0,0	1,0000	1,0238	1,0000	1,0000	16720,8	388,7
2006	0,0	1,0000	1,0238	1,0000	1,0000	17118,8	398,0
2007	0,0	1,0000	1,0238	1,0000	1,0000	17526,2	407,4
2008	0,0	1,0000	1,0238	1,0000	1,0000	17943,3	417,1
2009	0,0	1,0000	1,0238	1,0000	1,0000	18370,4	427,1
2010	0,0	1,0000	1,0238	1,0000	1,0000	18807,6	437,2
2011	0,0	1,0000	1,0238	1,0000	1,0000	19255,2	447,6
2012	0,0	1,0000	1,0238	1,0000	1,0000	19713,5	458,3
2013	0,0	1,0000	1,0238	1,0000	1,0000	20182,7	469,2
2014	0,0	1,0000	1,0238	1,0000	1,0000	20663,0	480,3
2015	0,0	1,0000	1,0238	1,0000	1,0000	21154,8	491,8
2016	0,0	1,0000	1,0238	1,0000	1,0000	21658,3	503,5

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	406,5	0	345,6	752,1	765,7
2001	407,2	0	353,8	761,0	800,0
2002	418,1	0	362,2	780,3	843,3
2003	439,5	0	370,8	810,4	896,7
2004	469,4	0	379,7	849,1	958,4
2005	498,3	0	388,7	887,0	1019,3
2006	525,0	0	398,0	923,0	1078,1
2007	563,2	0	407,4	970,6	1148,7
2008	591,1	0	417,1	1008,3	1209,6
2009	653,0	0	427,1	1080,1	1305,2
2010	638,6	0	437,2	1075,8	1325,4
2011	627,1	0	447,6	1074,7	1347,7
2012	610,6	0	458,3	1068,8	1363,9
2013	595,8	0	469,2	1065,0	1380,8
2014	574,0	0	480,3	1054,3	1389,6
2015	559,9	0	491,8	1051,7	1405,1
2016	549,5	0	503,5	1053,0	1423,9
Total	9126,9	0	7138,3	16265,2	19661,4

Scénario: Scénario retenu pour les infirmières auxiliaires

Description: Scénario retenu par le groupe de travail pour les infirmières auxiliaires

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

- 11) Distribution des diplômés attendus
Autre distribution
- 12) Main-d'oeuvre résiduelle disponible
Aucune main-d'oeuvre résiduelle disponible

Année	Effectif désiré	Recrutement nécessaire	Diplômés attendus	Taux de disponibilité des diplômés	Diplômés disponibles	Main d'oeuvre résiduelle disponibles	Diplômés + main d'oeuvre résiduelle	Écart annuel du recrutement	Écart cumulatif	Écart cumulatif p.r. à l'effectif désiré	Écart cumulatif en % de l'effectif désiré	Alerte *
2000	14866	766	192	0,884	170	0	170	-596	-596	-585	-3,9%	Alerte
2001	15219	800	476	0,884	421	0	421	-379	-975	-946	-6,2%	Alerte
2002	15582	843	642	0,884	568	0	568	-276	-1251	-1201	-7,7%	Alerte
2003	15952	897	659	0,884	583	0	583	-314	-1565	-1485	-9,3%	Alerte
2004	16332	958	648	0,884	573	0	573	-386	-1951	-1827	-11,2%	Alerte
2005	16721	1019	628	0,884	555	0	555	-464	-2415	-2231	-13,3%	Alerte
2006	17119	1078	632	0,884	559	0	559	-519	-2934	-2675	-15,6%	Alerte
2007	17526	1149	656	0,884	580	0	580	-569	-3503	-3156	-18,0%	Alerte
2008	17943	1210	692	0,884	612	0	612	-598	-4101	-3654	-20,4%	Alerte
2009	18370	1305	703	0,884	621	0	621	-684	-4785	-4220	-23,0%	Alerte
2010	18808	1325	702	0,884	621	0	621	-705	-5489	-4792	-25,5%	Alerte
2011	19255	1348	676	0,884	598	0	598	-750	-6240	-5390	-28,0%	Alerte
2012	19713	1364	658	0,884	582	0	582	-782	-7022	-6003	-30,5%	Alerte
2013	20183	1381	639	0,884	565	0	565	-816	-7838	-6633	-32,9%	Alerte
2014	20663	1390	624	0,884	552	0	552	-838	-8676	-7269	-35,2%	Alerte
2015	21155	1405	624	0,884	552	0	552	-853	-9529	-7907	-37,4%	Alerte
2016	21658	1424	624	0,884	552	0	552	-872	-10401	-8552	-39,5%	Alerte

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

ANNEXE 2

CODE DES PROFESSIONS, L.R.Q., CHAPITRE C-26

CODE DES PROFESSIONS

L.R.Q., chapitre C-26

Activités professionnelles pouvant être exercées.

37. Tout membre d'un des ordres professionnels suivants peut exercer les activités professionnelles suivantes, en outre de celles qui lui sont autrement permises par la loi :

...

p) l'Ordre professionnel des infirmières et infirmiers auxiliaires du Québec : dispenser les soins infirmiers que requiert le traitement des malades ;

...

ANNEXE 3

**RÈGLEMENT SUR LES ACTES VISÉS À L'ARTICLE 36
DE LA LOI SUR LES INFIRMIÈRES ET LES INFIRMIERS
QUI PEUVENT ÊTRE POSÉS PAR DES CLASSES DE PERSONNES
AUTRES QUE DES INFIRMIÈRES OU DES INFIRMIERS,
L.R.Q., CHAPITRE M-9**

I-8, r.1

Dernière modification: 31 décembre 1981
à jour au 6 novembre 2001

**Règlement sur les actes
visés à l'article 36 de la
Loi sur les infirmières et les
infirmiers qui peuvent être
posés par des classes de
personnes autres que des
infirmières ou des infirmiers**

Dépôt légal - 3^e trimestre 2001
Bibliothèque nationale du Québec

ISBN

© Éditeur officiel du Québec, 2001

Tous droits de traduction et d'adaptation, en totalité ou en partie, réservés pour tous pays. Toute reproduction par procédé mécanique ou électronique, y compris la microreproduction, est interdite sans l'autorisation écrite de l'Éditeur officiel du Québec.

Présentation

Cette publication contient un tiré à part des **Règlements refondus du Québec**, 1981, tels qu'établis par la Direction de la refonte des lois et des règlements au 31 décembre 1981.

L'éditeur y a intégré les modifications qui ont été adoptées entre le 1^{er} janvier 1982 et la date d'édition de cette publication qui apparaît sur la page couverture. Ces modifications peuvent provenir de deux sources: du **Supplément** aux Règlements refondus pour la période du 1^{er} janvier 1982 au 1^{er} août 1982 et de la **Gazette officielle du Québec, partie 2**, pour toute période postérieure au 1^{er} août 1982. La liste en est d'ailleurs dressée ci-contre.

La date d'entrée en vigueur des modifications est indiquée entre parenthèses après la référence.

Rappelons que cette publication n'a pas de valeur officielle et que les seuls textes authentiques sont ceux parus à la **Gazette officielle**.

Modifications entrées en vigueur depuis le 1^{er} janvier 1982

Aucune modification.

Table des matières

	article
SECTION I	
DISPOSITIONS GÉNÉRALES	1.01
SECTION II	
PRINCIPES GÉNÉRAUX	2.01
SECTION III	
CONDITIONS LOCALES	3.01
SECTION IV	
APPLICATION DU RÈGLEMENT	4.01
SECTION V	
PERSONNES HABILITÉES	5.01
SECTION VI	
INTERPRÉTATION	6.01
	page
ANNEXE A	3
ANNEXE B	5



Règlement sur les actes visés à l'article 36 de la Loi sur les infirmières et les infirmiers qui peuvent être posés par des classes de personnes autres que des infirmières ou des infirmiers

c. I-8, r.1

Loi sur les infirmières et les infirmiers
(L.R.Q., c. I-8, a. 12, par. a)

Code des professions
(L.R.Q., c. C-26)

SECTION I DISPOSITIONS GÉNÉRALES

1.01. Dans le présent règlement, à moins que le contexte n'indique un sens différent, on entend par:

a) «acte»: tout acte prévu aux annexes du présent règlement;

b) «centre hospitalier»: tout centre hospitalier au sens de la Loi sur les services de santé et les services sociaux (L.R.Q., c. S-5);

c) «directeur de soins infirmiers»: tout directeur des soins infirmiers prévu à l'article 115 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux;

d) «établissement»: tout établissement tel que défini par la Loi sur les services de santé et les services sociaux;

e) «infirmière ou infirmier responsable des soins infirmiers»: toute personne inscrite au tableau de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec désignée par le conseil d'administration de l'établissement pour planifier, coordonner et contrôler les activités relatives aux soins infirmiers dans un établissement autre qu'un centre hospitalier;

f) «infirmière ou infirmier»: toute personne inscrite au tableau de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec;

g) «infirmière auxiliaire ou infirmier auxiliaire»: toute personne inscrite au tableau de la Corporation professionnelle des infirmières et infirmiers auxiliaires du Québec;

h) «procédé de soins»: description des différentes procédures, méthodes et limites, propres au milieu, qui doivent être observées par quiconque lorsqu'un acte est posé et qui sont établies par le directeur des soins infirmiers ou par l'infirmière ou l'infirmier responsable des soins infirmiers ou, lorsque l'acte est posé dans un cabinet de médecin, par le médecin traitant ou, en son absence, par le médecin responsable du bénéficiaire;

i) «puéricultrice ou garde-bébé»: toute personne qui possède un diplôme de puéricultrice ou de garde-bébé reconnu par le ministère de l'Éducation ou qui possède, le 11 juin 1980, un diplôme de puéricultrice ou de garde-bébé d'une école reconnue à cette même date par la Fédération des écoles de puéricultrices ou par la Commission des écoles des garde-bébés du Québec;

j) «personne habilitée»: toute personne à qui le présent règlement permet, aux conditions qui y sont énoncées, de poser un acte mentionné aux annexes;

k) «surveillance à distance»: disponibilité d'une infirmière ou d'un infirmier ou, dans un accident de médecin, du médecin traitant ou, en son absence, du médecin responsable du bénéficiaire, lors de l'exécution de l'acte en vue d'une intervention auprès du bénéficiaire dans un délai raisonnable;

l) «surveillance immédiate»: présente physique d'une infirmière ou d'un infirmier dans la pièce lors de l'exécution de l'acte;

m) «surveillance sur place»: disponibilité d'une infirmière ou d'un infirmier dans l'unité de soins où est exécuté un acte en vue d'une intervention auprès du bénéficiaire dans un court délai.

R.R.Q., 1981, c. I-8, r. 1, a. 1.01.

1.02. La Loi d'interprétation (L.R.Q., c. I-16) s'applique au présent règlement.

R.R.Q., 1981, c. I-8, r. 1, a. 1.02.

SECTION II PRINCIPES GÉNÉRAUX

2.01. Toute personne habilitée peut en tout endroit poser un acte si elle remplit toutes les conditions énoncées au présent règlement.

Toutefois, avant de poser un acte, une personne habilitée doit s'assurer qu'elle possède les connaissances et la préparation suffisantes pour le poser.

R.R.Q., 1981, c. I-8, r. 1, a. 2.01.

2.02. Toute personne habilitée exerçant pour un établissement peut poser tout acte visé au présent règlement sauf:

a) si cet acte a été désigné par l'établissement comme ne pouvant être posé; et

b) si elle ne remplit pas les conditions locales déterminées par le présent règlement.

R.R.Q., 1981, c. I-8, r. 1, a. 2.02.

SECTION III CONDITIONS LOCALES

3.01. La désignation par un établissement des actes et la détermination des conditions locales se font par règlement du conseil d'administration de l'établissement.

R.R.Q., 1981, c. I-8, r. 1, a. 3.01.

3.02. Dans la désignation des actes prévus aux annexes qui peuvent être posés par les personnes habilitées, de même que dans la détermination de conditions locales requises pour poser ces actes, tout établissement tient compte des facteurs suivants:

- a) protection du public;
- b) le plan d'organisation du service des soins infirmiers établi dans l'établissement en vertu de la Loi sur les services de santé et les services sociaux;
- c) la recommandation du directeur des soins infirmiers ou de l'infirmière ou infirmier responsable des soins infirmiers;
- d) les ressources du milieu;
- e) la préparation et l'expérience des personnes habilitées.

R.R.Q., 1981, c. I-8, r. 1, a. 3.02.

SECTION IV APPLICATION DU RÈGLEMENT

4.01. Tout établissement ou, dans un cabinet de médecin, tout médecin traitant ou, en son absence, tout médecin responsable du bénéficiaire, s'assure que les conditions énoncées au présent règlement sont remplies par toute personne habilitée.

R.R.Q., 1981, c. I-8, r. 1, a. 4.01.

4.02. Le directeur des soins infirmiers ou l'infirmière ou l'infirmier responsable des soins infirmiers doit, s'il le juge nécessaire et eu égard à la nature et à l'importance de l'acte, contrôler l'exécution de l'acte et s'assurer, le cas échéant, du respect du procédé de soins.

R.R.Q., 1981, c. I-8, r. 1, a. 4.02.

4.03. Lorsqu'une personne habilitée ne remplit pas les conditions énoncées au présent règlement, l'infirmière ou l'infirmier responsable des soins infirmiers ou, dans un centre hospitalier, sur rapport du coordonnateur en soins infirmiers, à la suite d'une recommandation de l'infirmière ou de l'infirmier chef de qui relève la personne, le directeur des soins infirmiers ou, dans un cabinet de médecin, le médecin traitant ou, en son absence, le médecin responsable du bénéficiaire, doit enjoindre cette personne de ne plus poser l'un ou plusieurs des actes mentionnée aux annexes jusqu'à ce qu'elle satisfasse aux conditions requises.

R.R.Q., 1981, c. I-8, r. 1, a. 4.03.

4.04. Le comité de révision des actes visés au présent règlement, formé par l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, surveille l'application du présent règlement; il reçoit et étudie les demandes de modifications à apporter au présent règlement en collaboration notamment avec la Corporation professionnelle des infirmières et infirmiers auxiliaires du Québec.

R.R.Q., 1981, c. I-8, r. 1, a. 4.04.

SECTION V PERSONNES HABILITÉES

5.01. En plus des activités qui lui sont permises par la loi, toute infirmière auxiliaire ou tout infirmier auxiliaire peut poser un acte mentionné à l'annexe A, sous réserve de la section II.

R.R.Q., 1981, c. I-8, r. 1, a. 5.01.

5.02. Toute puéricultrice ou toute garde-bébé peut poser un acte mentionné à l'annexe B, sous réserve de la section II.

R.R.Q., 1981, c. I-8, r. 1, a. 5.02.

5.03. Malgré l'article 5.01, toute personne qui, le 11 juillet 1980, exerce les activités décrites au paragraphe p de l'article 37 du Code des professions, peut poser un acte mentionné à l'annexe A, sous réserve de la section II.

R.R.Q., 1981, c. I-8, r. 1, a. 5.03.

SECTION VI INTERPRÉTATION

6.01. Rien dans le présent règlement ne doit être interprété comme restreignant:

a) le droit de toute infirmière ou de tout infirmier d'exercer la profession d'infirmière ou d'infirmier et notamment, le cas échéant, de planifier et contrôler l'acte;

b) l'obligation de l'infirmière ou de l'infirmier responsable des soins infirmiers et, dans un centre hospitalier, du directeur des soins infirmiers, de contrôler et d'évaluer les soins infirmiers et notamment les actes mentionnés aux annexes du présent règlement;

c) le droit pour tout professionnel de poser les actes qu'une loi l'habilite à poser;

d) l'obligation pour toute corporation professionnelle de surveiller l'exercice de la profession par ses membres;

e) le droit de tout bénéficiaire de recevoir les soins qui sont requis d'urgence.

R.R.Q., 1981, c. I-8, r. 1, a. 6.01.

ANNEXE A

(a. 1.01, 3.02, 4.03, 5.01, 5.03 et 6.01)

- 1- Surveillance à distance
- 2- Surveillance sur place
- 3- Surveillance immédiate
- 4- Procédé de soins

LISTE DES ACTES	CONDITIONS PRESCRITES				
	(La présence d'un X dans la colonne appropriée indique que la condition prescrite en titre de cette colonne est obligatoire lors de l'exécution de l'acte visé).				
ACTES CONSISTANT À:	1	2	3	4	AUTRES CONDITIONS
A-1 Surveiller les signes neurologiques suivants: a) les réflexes pupillaires; b) les réflexes à la douleur; et c) l'état de conscience.				X	
A-2 Surveiller une perfusion intraveineuse et en maintenir le débit				X	
A-3 Enlever une perfusion intraveineuse si administrée à l'aide d'un cathéter de moins de 5 pouces.				X	
A-4 Administrer une drogue contrôlée ou un stupéfiant par voie orale, intramusculaire, sous-cutanée et intradermique.				X	
A-5 Administrer un médicament par voie orale, intramusculaire, sous-cutanée et intradermique.				X	Sauf un vaccin ou un médicament de recherche.
A-6 Faire un pansement aseptique.				X	Sauf en post-opératoire immédiat.
A-7 Entretenir une colostomie.				X	Sauf en post-opératoire immédiat.
A-8 Entretenir une trachéotomie incluant le nettoyage de la canule interne et l'aspiration des sécrétions.				X	Sauf si rattachée à un appareil d'assistance respiratoire et sauf en post-opératoire immédiat.
A-9 Administrer un gavage si le tube est en place.				X	Sauf chez les prématurés.
A-10 Donner les soins infirmiers au nouveau-né en incubateur.		X		X	
A-11 Assurer le service interne en salle d'opération.			X		

ACTES CONSISTANT À:	1	2	3	4	AUTRES CONDITIONS
A-12 Faire un gavage vésical.				X	Sauf chez les transplantés rénaux, en post-opératoire en urologie et en post-opératoire en gynécologie.
A-13 Installer, changer ou enlever un cathéter vésical.				X	Sauf chez les transplantés rénaux, en post-opératoire en urologie et en post-opératoire en gynécologie.
A-14 Faire une irrigation vaginale.				X	Sauf en post-opératoire en gynécologie.
A-15 Donner un lavement évacuant.				X	
A-16 Prélever:					
- urine,					
- selles,					
- expectorations,					
- sécrétions des yeux, du nez, des oreilles,					
de la gorge, de l'anus et de l'ombilic,					
- oeufs d'oxyures vermiculaires.				X	

R.R.Q., 1981, c. I-8, r. 1, Ann. A.

ANNEXE B

(a. 1.01, 3.02, 4.03, 5.02 et 6.01)

Les actes mentionnés dans la présente annexe ne peuvent être posés qu'en pouponnière et en pédiatrie

LISTE DES ACTES		CONDITIONS PRESCRITES (La présence d'un X dans la colonne appropriée indique que la condition prescrite en titre de cette colonne est obligatoire lors de l'exécution de l'acte visé).				
ACTES CONSISTANT À:		1	2	3	4	AUTRES CONDITIONS
B-1	Surveiller les signes neurologiques suivants: a) les réflexes pupillaires; b) les réflexes à la douleur; et c) l'état de conscience.				X	
B-2	Surveiller une perfusion intraveineuse et en maintenir le débit				X	
B-3	Enlever une perfusion intraveineuse si administrée à l'aide d'un cathéter de moins de 5 pouces.				X	
B-4	Administrer un médicament par voie orale, intramusculaire.				X	Sauf un anticoagulant, une drogue contrôlée, un stupéfiant, un cardiotrope, un hypotenseur ou un médicament de recherche.
B-5	Faire un pansement aseptique.				X	Sauf en post-opératoire immédiat.
B-6	Entretenir une colostomie.				X	Sauf en post-opératoire immédiat.
B-7						ADMINISTRER UN GAVAGE SI LE TUBE EST EN PLACE.
SAUF CHEZ LES PRÉMATURÉS.						X
B-8	Donner les soins infirmiers au nouveau-né en incubateur.		X		X	
B-9	Faire un lavage vésical.				X	Sauf chez les transplantés rénaux, en post-opératoire en urologie et en post-opératoire en gynécologie.
B-10	Donner un lavement évacuant.				X	
B-11	Prélever: - urine par autre méthode que le cathétérisme, - selles, - expectorations, - sécrétions des yeux, du nez, des oreilles, de la gorge, de l'anus et de l'ombilic, - oeufs d'oxyures vermiculaires.				X	

R.R.Q., 1981, c. I-8, r. 1, Ann. B

ANNEXE 4

RÈGLEMENT SUR LES ACTES VISÉS À L'ARTICLE 31 DE LA LOI MÉDICALE QUI PEUVENT ÊTRE POSÉS PAR DES CLASSES DE PERSONNES AUTRES QUE DES MÉDECINS, L.R.Q., CHAPITRE M-9

[M-9, r.1.1]

Dernière modification: 20 septembre 2001
à jour au 6 novembre 2001

Règlement sur les actes visés à l'article 31 de la Loi médicale qui peuvent être posés par des classes de personnes autres que des médecins

Dépôt légal - 2^e trimestre 2001
Bibliothèque nationale du Québec

ISBN

© Éditeur officiel du Québec, 2001

Tous droits de traduction et d'adaptation, en totalité ou en partie, réservés pour tous pays. Toute reproduction par procédé mécanique ou électronique, y compris la microreproduction, est interdite sans l'autorisation écrite de l'Éditeur officiel du Québec.

Présentation

Cette publication contient un texte réglementaire adopté postérieurement à la refonte officielle des règlements de 1981. Il a d'abord été publié à la *Gazette officielle du Québec, partie 2*.

L'éditeur y a intégré, le cas échéant, les modifications adoptées entre la date de première parution à la *Gazette officielle* et la date d'édition de cette publication qui apparaît sur la page couverture. La liste en est d'ailleurs dressée ci-contre.

La date d'entrée en vigueur des modifications est indiquée entre parenthèses après la référence.

Rappelons que cette publication n'a pas de valeur officielle et que les seuls textes authentiques sont ceux parus à la *Gazette officielle*.

Adoption originale et modifications subséquentes:

Décision, 18 septembre 1981
(1982) G.O. 2, 21; Suppl 871
(eev. 82-01-06; eff. 80-06-11);

Décret 1891-83, 21 septembre 1983
(1983) G.O. 2, 4207 (eff. 83-10-12);

Décret 725-84, 28 mars 1984
(1984) G.O. 2, 1867 (eff. 84-05-02);

Lois du Québec de 1984,
chapitre 47, article 210 (eff. 84-12-21);

Décret 3-87, 7 janvier 1987
(1987) G.O. 2, 799 (eff. 87-02-07);

Décret 1711-87, 11 novembre 1987
(1987) G.O. 2, 6494 (eff. 87-11-25);

Décret 13-90, 10 janvier 1990
(1990) G.O. 2, 161 (eff. 90-02-08);

Lois du Québec de 1994,
chapitre 40, article 457 (eff. 94-10-15);

Décret 821-95, 14 juin 1995
(1995) G.O. 2, 2801 (eff. 95-07-20);

Décret 551-98, 22 avril 1998
(1998) G.O. 2, 2390 (eff. 98-05-21)

Décret 1149-2000, 27 septembre 2000
(2000) G.O. 2, 6543 (eff. 2000-10-26);

**Adoption originale et modifications
subséquentes (*suite*):**

Décret 1417-2000, 6 décembre 2000
(2000) G.O. 2, 7338 (eff. 2000-12-28);

Décret 964-2001, 16 août 2001
(2001) G.O., 6163 (eff. 01-09-20).

Table des matières

	article
SECTION I	
DÉFINITIONS ET INTERPRÉTATION	1.01
SECTION II	
PRINCIPES GÉNÉRAUX	2.01
SECTION III	
CONDITIONS LOCALES	3.01
SECTION IV	
APPLICATION DU RÈGLEMENT	4.01
SECTION V	
PERSONNES HABILITÉES	5.01
SECTION VI	
INTERPRÉTATION	6.01
SECTION VII	
DISPOSITION FINALE	7.01
	page
ANNEXE A	5
ANNEXE B	12
ANNEXE C	14
ANNEXE D	18
ANNEXE E	19



Règlement sur les actes visés à l'article 31 de la Loi médicale qui peuvent être posés par des classes de personnes autres que des médecins

c. [M-9, r.1.1]

Loi médicale
(L.R.Q., c. M-9, a. 19, 1^{er} al, par. b)

Code des professions
(L.R.Q., c. C-26)

SECTION I DÉFINITIONS ET INTERPRÉTATION

1.01. Dans le présent règlement, à moins que le contexte n'indique un sens différent, on entend par:

a) «acte»: tout acte ou toute opération prévu aux annexes;

b) «centre hospitalier»: tout centre hospitalier tel que défini par la Loi sur les services de santé et les services sociaux (L.R.Q., c. S-5);

c) «conseil des médecins, dentistes et pharmaciens»: tout conseil des médecins, dentistes et pharmaciens prévu à l'article 111 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux ou, lorsqu'un établissement ne possède pas de conseil des médecins, dentistes et pharmaciens celui d'un établissement de la région avec lequel un contrat de services a été conclu pour les fins du présent règlement;

d) «règlement du conseil des médecins, dentistes et pharmaciens»: règlement adopté par le conseil des médecins, dentistes et pharmaciens et approuvé par le conseil d'administration de l'établissement qui emploie les personnes habilitées;

e) «établissement»: tout établissement tel que défini par la Loi sur les services de santé et les services sociaux et dans lequel se trouve un conseil des médecins, dentistes et pharmaciens ou tout établissement qui a conclu un contrat de services pour les fins du présent règlement avec un autre établissement possédant un conseil des médecins, dentistes et pharmaciens;

f) «infirmier(ère)»: toute personne inscrite au tableau de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec;

g) «infirmier(ère) auxiliaire»: toute personne inscrite au tableau de l'Ordre professionnel des infirmières et infirmiers auxiliaires du Québec;

h) «ordonnance permanente»: ordonnance établie par règlement du conseil des médecins, dentistes et pharmaciens de l'établissement, ou lorsqu'un établissement ne possède pas de conseil des médecins, dentistes et pharmaciens, par règlement du conseil des médecins, dentistes et pharmaciens d'un établissement de la région avec lequel un contrat de services a été conclu, pour les fins du présent règlement, à l'effet de poser certains actes ou de procéder systématiquement à certains examens ou traitements, sans attendre d'ordonnance médicale individuelle, chez les bénéficiaires de catégories déterminées dans cette ordonnance et, le cas échéant, selon le protocole auquel il réfère;

i) «personne habilitée»: toute personne à qui le présent règlement permet, aux conditions qui y sont énoncées, de poser un acte prévu aux annexes;

j) «protocole»: descriptions des procédures, méthodes ou limites qui doivent être observées par quiconque lorsque tout acte est posé et qui sont établies par le conseil des médecins, dentistes et pharmaciens de l'établissement ou par le chef de département clinique après dépôt au conseil des médecins, dentistes et pharmaciens après consultation du directeur ou du chef du service de qui relèvent, sur le plan professionnel, les personnes habilitées ou, lorsqu'un établissement ne possède pas de conseil des médecins, dentistes et pharmaciens par celui d'un établissement de la région avec lequel un contrat de services a été conclu pour les fins du présent règlement, ou qui sont établies par le médecin traitant ou, en son absence, par le médecin responsable du bénéficiaire s'il s'agit d'un acte qui peut être posé à l'extérieur d'un établissement;

k) «surveillance immédiate»: présence physique d'un médecin auprès du bénéficiaire lors de l'exécution de l'acte;

l) «surveillance sur place»: disponibilité d'un médecin présent dans le bâtiment où est exécuté un acte en vue d'une intervention auprès du bénéficiaire dans un court délai;

m) «surveillance à distance»: disponibilité d'un médecin lors de l'exécution d'un acte en vue d'une intervention auprès du bénéficiaire dans un délai raisonnable;

n) «inhalothérapeute»: toute personne inscrite au tableau de l'Ordre professionnel des inhalothérapeutes du Québec;

o) «technologiste médical»: toute personne inscrite au tableau de l'Ordre professionnel des technologistes médicaux du Québec;

p) «unité d'hémodialyse»: tout centre organisé et doté de l'équipement technique adéquat, régi par des politiques écrites d'opération et de traitement, sous la direction d'un médecin, situé dans un centre hospitalier, où sont groupés des bénéficiaires dont la gravité de l'état nécessite qu'ils reçoivent des soins d'hémodialyse sous la surveillance d'un(e) infirmier(ère) qualifié(e);

q) «laboratoire»: tout laboratoire au sens de la Loi sur la protection de la santé publique (L.R.Q., c. P-35);

r) «orthoptiste»: une personne titulaire d'un certificat d'orthoptiste délivré par le Conseil canadien d'orthoptique ou un certificat équivalent reconnu par cet organisme si, dans l'un et l'autre cas, ce certificat est entériné par une résolution du Bureau du Collège des médecins du Québec;

s) «infirmière première assistante en chirurgie»: un(e) infirmier(ère) qui a un minimum de trois ans d'expérience dans un bloc opératoire, dont au moins un an dans la discipline chirurgicale concernée. De plus,

i. il (elle) est titulaire d'un baccalauréat en sciences infirmières délivré par une université du Québec ou il (elle) a complété au moins 60 crédits en sciences infirmières dans le cadre d'un programme d'études universitaires autre que le programme conduisant au certificat mentionné au sous-paragraphe ii;

ii. il (elle) est titulaire d'un certificat en soins infirmiers périopératoires délivré par l'Université du Québec à Trois-Rivières;

iii. il (elle) est titulaire depuis moins d'un an d'une attestation réussie de formation en réanimation cardio-respiratoire délivrée, soit par un établissement ou un instructeur reconnu par la Fondation des maladies du cœur du Québec, soit par un établissement affilié à une faculté de médecine du Québec;

t) «pharmacien»: toute personne inscrite au tableau de l'Ordre professionnel des pharmaciens du Québec.

Décision, 81-09-18, a. 1.01; L.Q., 1984, c. 47, a. 210 et 221; D. 3-87, a. 1; D. 1711-87, a. 1; D. 821-95, a. 2; L.Q., 1994, c. 40, a. 457; D. 1417-2000, a. 1; D. 964-2001, a. 1.

1.02. La Loi d'interprétation (L.R.Q., c. I-16) s'applique au présent règlement.

Décision, 81-09-18, a. 1.02

SECTION II PRINCIPES GÉNÉRAUX

2.01. Tout acte peut être posé par une personne habilitée en tout endroit sauf s'il est indiqué dans les annexes qu'il ne peut l'être que dans un centre hospitalier.

Décision, 81-09-18, a. 2.01.

2.02. Toute personne habilitée peut poser un acte prévu aux annexes si elle remplit toutes les conditions prévues au présent règlement.

Toutefois, avant de poser un acte, toute personne habilitée doit s'assurer qu'elle possède les connaissances et la préparation suffisantes pour le poser.

Décision, 81-09-18, a. 2.02.

2.03. Toute personne habilitée exerçant pour un établissement peut poser tout acte visé au présent règlement sauf:

a) si cet acte a été désigné par l'établissement comme ne pouvant être posé; et

b) si elle ne remplit pas les conditions locales déterminées par le présent règlement.

Décision, 81-09-18, a. 2.03.

2.04. Toute personne habilitée qui exerce sa profession pour un employeur qui a conclu un contrat de services pour les fins du présent règlement, avec un établissement, agit sous ordonnance médicale permanente et conformément à un protocole au sens du présent règlement lorsqu'elle agit conformément à une ordonnance permanente et à un protocole établis dans cet établissement.

Décision, 81-09-18, a. 2.04.

2.05. Une personne habilitée à poser les actes énumérés à l'annexe D du présent règlement ne peut poser un tel acte que si le patient a fait l'objet, au préalable, d'un examen par un ophtalmologiste, sauf lors d'un programme de dépistage.

D. 1711-87, a. 2.

SECTION III CONDITIONS LOCALES

3.01. Dans la désignation des actes prévus aux annexes qui peuvent être posés par les personnes habilitées, de même que dans la détermination de conditions locales requises pour poser ces actes, tout établissement tient compte des facteurs suivants:

a) la protection du public;

b) les ressources du milieu;

c) la préparation et l'expérience des personnes habilitées.

Décision, 81-09-18, a. 3.01.

3.02. Tout établissement peut permettre qu'un ou plusieurs des actes qui, selon les annexes, doivent être posés sur ordonnance médicale, soient posés sous l'autorité d'une ordonnance permanente.

Décision, 81-09-18, a. 3.02.

3.03. La désignation par un établissement des actes et la détermination des conditions locales se font par règlement du conseil des médecins, dentistes et pharmaciens, après consultation du chef de département clinique, du directeur ou du chef du service de qui relèvent, sur le plan professionnel, les personnes habilitées.

Décision, 81-09-18, a. 3.03; L.Q., 1984, c. 47, a. 210.

SECTION IV APPLICATION DU RÈGLEMENT

4.01. Tout établissement ou, s'il ne s'agit pas d'un établissement, tout médecin traitant ou, en son absence, tout médecin responsable du bénéficiaire, s'assure que les conditions énoncées au présent règlement sont remplies par toute personne habilitée.

Décision, 81-09-18, a. 4.01.

4.02. Tout médecin responsable du bénéficiaire doit, s'il le juge nécessaire et eu égard à la nature et à l'importance de l'acte, contrôler l'exécution de l'acte et s'assurer qu'il y a indication d'y procéder suivant le diagnostic posé ou suivant les fins poursuivies par le traitement.

Décision, 81-09-18, a. 4.02.

4.03. Sur rapport du conseil des médecins, dentistes et pharmaciens, après consultation du directeur ou du chef de service de qui relève, sur le plan professionnel, toute personne habilitée oeuvrant dans un établissement à l'effet que cette personne ne remplit pas les conditions énoncées au présent règlement, l'établissement doit enjoindre cette personne de ne plus poser l'un ou plusieurs des actes et alors cette personne ne peut plus poser ces actes jusqu'à ce qu'elle satisfasse aux conditions requises.

Décision, 81-09-18, a. 4.03; L.Q., 1984, c. 47, a. 210.

4.04. Le comité de révision des actes visés au présent règlement, créé par le Collège des médecins du Québec, surveille l'application du présent règlement; il reçoit et étudie les demandes de modifications à y apporter.

Décision, 81-09-18, a. 4.04; D. 821-95, a. 2.

SECTION V PERSONNES HABILITÉES

5.01. Les infirmiers(ères) peuvent poser les actes énumérés à l'annexe A, sous réserve de la section II.

Décision, 81-09-18, a. 5.01.

5.02. Les infirmiers(ères) auxiliaires peuvent, sous réserve de la section II, contribuer et participer aux actes énumérés à l'annexe A sous la surveillance sur place ou immédiate d'un médecin lorsque l'annexe A l'exige ou, quant aux autres actes de l'annexe, sous la surveillance à distance d'un médecin.

Toutefois, ils (elles) ne peuvent contribuer et participer à l'acte énuméré à l'article A-1.43 de cette annexe.

Décision, 81-09-18, a. 5.02; D. 1417-2000, a. 2.

5.03. Les technologistes médicaux peuvent poser les actes énumérés à l'annexe B, sous réserve de la section II.

Décision, 81-09-18, a. 5.03.

5.04. Les inhalothérapeutes peuvent poser les actes énumérés à l'annexe C, sous réserve de la section II.

Décision, 81-09-18, a. 5.04.

5.05. Les personnes qui, au 11 juin 1980, étaient aux termes des conventions collectives alors en vigueur au Québec autorisées à agir comme préposés ou mécaniciens en orthopédie, peuvent poser, sous réserve de la section II, les actes décrits à l'article 1.07 de l'annexe A.

Décision, 81-09-18, a. 5.05.

5.06. Malgré l'article 5.02, toute personne qui, au 11 juin 1980, exerce les activités décrites au paragraphe *p* de l'article 37 du Code des professions (L.R.Q., c. C-26), peut, sous réserve de la section II, contribuer et participer aux actes énumérés à l'annexe A sous la surveillance sur place ou immédiate d'un médecin lorsque l'annexe A l'exige ou, quant aux autres actes de l'annexe, sous la surveillance à distance d'un médecin.

Toutefois, elle ne peut contribuer et participer à l'acte énuméré à l'article A-1.43 de cette annexe.

Décision, 81-09-18, a. 5.06; D. 1417-2000, a. 3.

5.07. Malgré l'article 5.03, toute personne qui, au 11 juin 1980, exerce les activités décrites au paragraphe *q* de l'article 37 du Code des professions, peut poser les actes énumérés à l'annexe B, sous réserve de la section II.

Décision, 81-09-18, a. 5.07.

5.08. Malgré l'article 5.04, toute personne qui ne remplit pas les conditions d'admissibilité à l'Ordre professionnel des inhalothérapeutes du Québec peut, sous réserve de la section II, poser les actes énumérés à l'annexe C si elle exerçait l'inhalothérapie au 7 février 1987 ou si elle posait légalement, entre le 11 juin 1980 et le 13 mars 1985, un ou plusieurs des actes énumérés à l'annexe C.

Décision, 81-09-18, a. 5.08; D. 3-87, a. 2; L.Q., 1994, c. 40, a. 457.

5.09. Les orthoptistes peuvent poser les actes énumérés à l'annexe D du présent règlement, sous réserve des dispositions de la section II.

D. 1711-87, a. 3.

5.10. Malgré l'article 5.09, toute personne qui, au moment de l'entrée en vigueur du présent règlement, exerce comme orthoptiste, peut poser les actes énumérés à l'annexe D du présent règlement sous réserve des dispositions de la section II.

D. 1711-87, a. 3.

5.11. Malgré l'article A-1.43 qui exige que l'acte décrit soit exécuté par une infirmière première assistante en

chirurgie, tout(e) infirmier(ère) peut poser l'acte décrit à l'article A-1.43, sous réserve des dispositions de la section II si, au 28 décembre 2000 :

a) il (elle) est, soit titulaire d'un certificat en soins infirmiers périopératoires délivré par l'Université du Québec à Trois-Rivières, soit inscrit(e) dans un programme d'études conduisant à la délivrance de ce certificat et devient titulaire du certificat ;

b) il (elle) répond à l'exigence du sous-paragraphe *iii* du paragraphe s de l'article 1.01.

D. 1417-2000, a. 4.

5.1.2. Les pharmaciens peuvent poser l'acte décrit à l'Annexe E, sous réserve des dispositions de la section II.

D. 964-2001, a. 2.

SECTION VI INTERPRÉTATION

6.01. Rien dans le présent règlement ne doit être interprété comme restreignant:

a) le droit de tout médecin d'exercer la médecine et, le cas échéant, de contrôler l'acte;

b) le droit pour tout professionnel de poser des actes qu'une loi l'habilite à poser;

c) l'obligation du conseil des médecins, dentistes et pharmaciens et du comité d'évaluation médicale et dentaire de contrôler et d'apprécier les actes médicaux et notamment, les actes prévus aux annexes;

d) l'obligation pour tout ordre professionnel de surveiller l'exercice de la profession par ses membres;

e) le droit de tout bénéficiaire de recevoir les soins qui sont requis d'urgence.

Décision, 81-09-18, a. 6.01; L.Q., 1984, c. 47, a. 210;

L.Q., 1994, c. 40, a. 457.

6.02. Rien dans le présent règlement ne doit être interprété comme conférant aux personnes habilitées à poser des actes prévus aux annexes un droit exclusif de les poser.

Décision, 81-09-18, a. 6.02

6.03. Dans le cas où l'ordonnance médicale apparaît à l'annexe A comme condition pour poser un acte, la présence d'autres conditions en marge de cet acte ne doit pas être interprétée comme restreignant le droit que peut conférer la Loi sur les infirmières et les infirmiers (L.R.Q., c. I-8) de poser cet acte sous ordonnance médicale individuelle.

Décision, 81-09-18, a. 6.03.

SECTION VII DISPOSITION FINALE

7.01. Omis.

Décision, 81-09-18, a. 7.01.

ANNEXE A*(a. 5.01, 5.02, 5.05, 5.06 et 6.03)*

Nomenclature des actes	Conditions prescrites						
	(La présence d'un «X» dans la colonne appropriée indique que la condition en titre de cette colonne est requise)						
Acte consistant à:	Ordonnance médicale	Surveillance à distance	Surveillance sur place	Surveillance immédiate	Dans un centre hospitalier seulement	Selon protocole	Autres conditions
A-1.01 Changer le tube de gastrostomie	X					X	
A-1.02 Enlever les tubes à cystostomie	X					X	
A-1.03 Faire un lavage vésical avec ou sans médication	X						
A-1.04 Injecter du sérum physiologique dans la trachée d'un trachéotomisé pour fluidifier les sécrétions bronchiques						X	
A-1.05 Faire l'irrigation de l'oeil						X	
A-1.06 Administrer des vaccins ou sérums:							Pour les vaccins indiqués de <i>a</i> à <i>aa</i> , le protocole doit contenir les explications à fournir aux bénéficiaires concernant particulièrement les réactions possibles et la conduite à tenir advenant une réaction.
<i>a)</i> antivariolique	X					X	
<i>b)</i> anticoquelucheux	X					X	
<i>c)</i> antirougeoleux	X					X	
<i>d)</i> antidiphtérique	X					X	
<i>e)</i> antipoliomyélite	X					X	
<i>f)</i> antirubéoleux	X					X	
<i>g)</i> antitétanique							
— humain	X					X	
— équin	X		X			X	
<i>h)</i> antiinfluenza	X					X	
<i>i)</i> antityphoïde (Tab.)	X					X	
<i>j)</i> antioreillons	X					X	
<i>k)</i> anticholérique	X					X	
<i>l)</i> antirabique							
— humain	X					X	
— équin	X		X			X	

Nomenclature des actes	Conditions prescrites					
	(La présence d'un «X» dans la colonne appropriée indique que la condition en titre de cette colonne est requise)					
Acte consistant à:	Ordonnance médicale	Surveillance à distance	Surveillance sur place	Surveillance immédiate	Dans un centre hospitalier seulement	Autres conditions
<i>m)</i> BCG	X					X
<i>n)</i> autovaccins	X					X
<i>o)</i> Gammaglobuline hyperimmune anti-D (Gammaglobuline anti Rh)	X					X
<i>p)</i> antipeste	X					X
<i>q)</i> antityphus	X					X
<i>r)</i> fièvre jaune	X					X
<i>s)</i> antihémophilus influenzae b	X					X
<i>t)</i> antihépatite B	X					X
<i>u)</i> gammaglobuline humaine	X					X
<i>v)</i> antipneumocoque	X					X
<i>w)</i> antiméningocoque	X					X
<i>x)</i> antienéphalite japonaise	X					X
<i>y)</i> antihépatite A	X					X
<i>z)</i> anti-varicelle	X					X
<i>aa)</i> anti-maladie de Lyme	X					X
A-1.07 Faire des immobilisations plâtrées	X		X			X
A-1.08 Donner un massage cardiaque externe et la respiration artificielle						X
A-1.09 En cas d'urgence, réinstaller une canule de trachéostomie externe déplacée accidentellement						X
A.10 Décider d'ouvrir une veine ou de la maintenir ouverte au moyen d'un soluté glucosé 5 % dans l'eau						X
A-1.11 Installer un tube gastrique	X	X				X Si urgence

Nomenclature des actes	Conditions prescrites (La présence d'un «X» dans la colonne appropriée indique que la condition en titre de cette colonne est requise)						Autres conditions
	Ordonnance médicale	Surveillance à distance	Surveillance sur place	Surveillance immédiate	Dans un centre hospitalier seulement	Selon protocole	
Acte consistant à:							
A-1.12 Faire un E.C.G. durant ou immédiatement après l'effort	X		X				
A-1.13 Faire un lavage d'oreilles						X	
A-1.14 Administrer et décrire les résultats des tests diagnostiques suivants:							
a) mycose	X					X	
b) histoplasmie	X					X	
c) coccidioidomyces	X					X	
d) blastomycine	X					X	
e) candida albicans	X					X	
f) tine-test	X					X	
g) PPD (<i>purified protein derivative</i>)	X					X	
h) shick	X					X	
A-1.15 Administrer et décrire les résultats des tests d'allergie							
a) injection intradermique	X		X			X	
b) scarification	X		X			X	
A-1.16 Administrer des vaccins de désensibilisation	X		X			X	
A-1.17 Administrer toute médication ou substance, par voie intraveineuse sauf dans la veine fémorale et la veine jugulaire, y compris:	X						
a) les substances anticancérigènes;	X	X				X	
b) les substances anesthésiques;	X		X				
c) les substances sclérosantes;	X		X				
d) les substances iodées de contraste;	X		X			X	
e) les substances en expérimentation;	X		X			X	
exception faite des médications ou substances indiquées par l'établissement ou le médecin traitant.							

Nomenclature des actes	Conditions prescrites						Autres conditions
	(La présence d'un «X» dans la colonne appropriée indique que la condition en titre de cette colonne est requise)						
Acte consistant à:	Ordonnance médicale	Surveillance à distance	Surveillance sur place	Surveillance immédiate	Dans un centre hospitalier seulement	Selon protocole	
A-1.18 Administrer une médication <i>per os</i>						X	La liste des médicaments autorisés doit être établie par le conseil des médecins et dentistes.
A-1.19 Administrer un antidote lors d'une intoxication aiguë en l'absence d'un médecin si celui-ci ne peut être atteint immédiatement						X	Surveillance immédiate du médecin responsable de l'anesthésie
A-1.20 Procéder à la ventilation par masque et au maintien des voies aériennes libres	X			X			
A-1.21 Administrer des substances anesthésiques par voie épidurale si cathéter déjà installé:							
a) pour fins de diagnostic ou d'analgésie	X	X			X	X	
b) pour fins obstétricales							
— durant le travail	X		X		X	X	
— durant l'accouchement	X			X	X	X	
A-1.22 Interpréter un tracé tococardiographique (monitoring foetal)						X	Examen préalable de la parturiente par le médecin dans l'heure qui précède l'administration de la médication ocytotique. Contrôle continu de l'induction, au chevet de la parturiente, par une infirmière connaissant les effets de déclenchement et capable de déceler les complications pouvant toucher la mère ou le fœtus.
A-1.23 Administrer de la médication ocytotique pour provoquer ou stimuler les contractions utérines avant l'accouchement ou durant le travail	X	X			X	X	

Nomenclature des actes	Conditions prescrites						Autres conditions
	(La présence d'un «X» dans la colonne appropriée indique que la condition en titre de cette colonne est requise)						
Acte consistant à:	Ordonnance médicale	Surveillance à distance	Surveillance sur place	Surveillance immédiate	Dans un centre hospitalier seulement	Selon protocole	
A-1.24 Diriger des entrevues psychiatriques avec le bénéficiaire ou sa famille pour contribuer au diagnostic et au traitement		X				X	Formation postscolaire en nursing psychiatrique
A-1.25 En milieu psychiatrique, orienter le bénéficiaire vers des activités jugées nécessaires		X				X	
A-1.26 Irriguer le cathéter artériel avec une solution héparinée	X	X			X	X	
A-1.27 Utiliser une pompe artérielle et veineuse sur un circuit extra-corporel pour une exanguino-transfusion ou hémotransfusion	X			X	X	X	
A-1.28 Ajuster le respirateur à pression positive	X	X			X	X	
A-1.29 Enlever le cathéter épidural	X	X			X	X	— Formation spéciale telle que recommandée par l'Association des cardiologues de la province de Québec — En cas d'urgence et pour le temps d'aviser le médecin
A-1.30 Appliquer le garrot pneumatique	X		X			X	
A-1.31 Enlever le tube endotrachéal	X			X			
A-1.32 Appliquer le défibrillateur						X	
A-1.33 Surveiller et modifier selon les besoins: l'amplitude, la sensibilité et la fréquence de l'entraîneur électro-systolique de même que le mettre en marche et l'arrêter au besoin		X			X	X	
A-1.34 Remettre le respirateur à pression positive en cas de besoin au cours d'une période de sevrage prescrit par le médecin					X	X	Formation spéciale telle que recommandée par l'Association des cardiologues de la province de Québec
A-1.35 Faire un prélèvement à partir du cathéter artériel	X	X			X	X	

Nomenclature des actes	Conditions prescrites						
	(La présence d'un «X» dans la colonne appropriée indique que la condition en titre de cette colonne est requise)						
Acte consistant à:	Ordonnance médicale	Surveillance à distance	Surveillance sur place	Surveillance immédiate	Dans un centre hospitalier seulement	Selon protocole	Autres conditions
A-1.36 Enlever le cathéter artériel	X		X		X	X	
A-1.37 Enlever un thrombus par aspiration d'un cathéter artériel ou veineux	X	X			X	X	
A-1.38 Procéder au lavage vésical chez un greffé rénal	X	X			X	X	
A-1.39 Procéder au traitement par dialyse intrapéritonéale des insuffisants rénaux aigus ou chroniques	X		X		X	X	
A-1.40 Procéder au traitement par hémodialyse des insuffisants rénaux aigus ou chroniques selon la fréquence et la durée prescrites par le médecin	X		X		X	X	Infirmier(ère) rattaché(e) à une unité d'hémodialyse
A-1.41 Poursuivre le traitement par hémodialyse à domicile des insuffisants rénaux selon la fréquence et la durée prescrites par le médecins	X	X				X	Infirmier(ère) rattaché(e) à une unité d'hémodialyse
A-1.42 Poursuivre le traitement par dialyse intrapéritonéale des insuffisants rénaux selon la fréquence et la durée prescrites par le médecin	X	X				X	Le traitement doit se faire par un infirmier(ère) ayant reçu une formation en dialyse intrapéritonéale

Nomenclature des actes	Conditions prescrites						Autres conditions
	(La présence d'un «X» dans la colonne appropriée indique que la condition en titre de cette colonne est requise)						
Acte consistant à:	Ordonnance médicale	Surveillance à distance	Surveillance sur place	Surveillance immédiate	Dans un centre hospitalier seulement	Selon protocole	
A-1.43 Exécuter les gestes cliniques et techniques chirurgicaux complémentaires lors de l'intervention chirurgicale	X			X	X	X	L'acte est exécuté par une infirmière première assistante en chirurgie et ce, dans le cadre d'une assistance clinique et technique L'infirmière première assistante en chirurgie doit maintenir ses connaissances en réanimation cardio-respiratoire par l'obtention d'une attestation annuelle soit d'un établissement ou d'un instructeur reconnu par la Fondation des maladies du coeur du Québec, soit d'un établissement affilié à une faculté de médecine du Québec. Le chirurgien responsable de l'intervention chirurgicale est présent auprès du bénéficiaire lors de l'exécution de l'acte. L'infirmière première assistante en chirurgie n'exerce en aucun temps simultanément comme infirmier(ère) en service interne.

Décision, 81-09-18, Ann. A; D. 1891-83, a. 1; D. 725-84, a. 1; D. 13-90, a. 1; D. 821-95, a. 1; D. 551-98, a. 1; D. 1149-2000, a. 1; D. 1417-2000, a. 5.

ANNEXE B*(a. 5.03 et 5.07)*

Nomenclature des actes	Conditions prescrites (La présence d'un «X» dans la colonne appropriée indique que la condition en titre de cette colonne est requise)					
Acte consistant à:	Ordonnance médicale	Surveillance à distance	Surveillance sur place	Surveillance immédiate	Dans un centre hospitalier seulement	Autres conditions
B-1.01 Effectuer les prélèvements sanguins par ponction veineuse sauf dans la veine fémorale et dans la veine jugulaire						
B-1.02 Effectuer les prélèvements sanguins par ponction capillaire						
B-1.03 Effectuer les phlébotomies en utilisant les veines superficielles des membres chez des donneurs volontaires		X				
B-1.04 Effectuer les phlébotomies thérapeutiques en utilisant les veines superficielles des membres	X	X			X	
B-1.05 Effectuer l'injection de substances par voie sous-cutanée, intradermique, intramusculaire ou intra-veineuse sauf dans la veine fémorale ou la veine jugulaire		X				La liste des substances doit être établie par règlement du conseil des médecins et dentistes ou, en dehors des établissements, par le médecin responsable du secteur d'activité concerné du laboratoire
B-1.06 Prélever les sécrétions: — du nez — de la gorge — des oreilles — des yeux — des seins — du vagin — des plaies et lésions cutanées — de l'urètre — du rectum						Selon le protocole établi par le conseil des médecins et dentistes ou, en dehors des établissements, par le médecin responsable du secteur d'activité concerné du laboratoire

Nomenclature des actes	Conditions prescrites (La présence d'un «X» dans la colonne appropriée indique que la condition en titre de cette colonne est requise)						
	Ordonnance médicale	Surveillance à distance	Surveillance sur place	Surveillance immédiate	Dans un centre hospitalier seulement	Selon protocole	
Acte consistant à:							Autres conditions
B-1.07 Installes des cathéters: <i>a)</i> urétraux <i>b)</i> gastriques aux fins de prélèvements pour analyses	X X					X X	

ANNEXE C*(a. 5.04 et 5.08)*

Nomenclature des actes	Conditions prescrites						Autres conditions
	(La présence d'un «X» dans la colonne appropriée indique que la condition en titre de cette colonne est requise)						
Acte consistant à:	Ordonnance médicale	Surveillance à distance	Surveillance sur place	Surveillance immédiate	Dans un centre hospitalier seulement	Selon protocole	
C-1.01 Faire des instillations bronchiques	X					X	
C-1.02 Donner un massage cardiaque externe et la respiration artificielle						X	
Oxygénothérapie							
C-1.03 Installer et surveiller les appareils servant à l'administration d'oxygène:							
a) canules nasales et cathéters	X						
b) masques de toutes sortes	X						
c) tentes et tentes faciales	X						
d) nébulisateurs à concentration inspiratoire d'oxygène	X						
e) tout autre appareil pouvant modifier la concentration inspiratoire d'oxygène	X						
Aérosolthérapie							
C-1.04 Appliquer des techniques d'aérosolthérapie:							
a) sans pression positive inspiratoire	X	X					
b) avec pression positive	X	X					
Humidification							
C-1.05 Installer et surveiller les appareils spéciaux à humidifier l'air inspiré par des bénéficiaires ainsi que les adaptateurs spéciaux aux tubes endotrachéaux ou aux canules de trachéotomie	X						

Nomenclature des actes	Conditions prescrites						
	(La présence d'un «X» dans la colonne appropriée indique que la condition en titre de cette colonne est requise)						
Acte consistant à:	Ordonnance médicale	Surveillance à distance	Surveillance sur place	Surveillance immédiate	Dans un centre hospitalier seulement	Selon protocole	Autres conditions
Respiration artificielle							
C-1.06 Installer et surveiller les appareils à pression positive ou négative tant que dure l'assistance ou le contrôle de la respiration	X						
C-1.07 Procéder à la mise en marche et à la surveillance du sevrage et remettre le respirateur à pression positive en cas de besoin	X						
Techniques respiratoires							
C-1.08 Procéder au drainage postural	X						
C-1.09 Procéder au clapping et aux vibrations thoraciques	X						
Épreuves diagnostiques							
C-1.10 Procéder à la gazométrie sanguine incluant le prélèvement capillaire et les prélèvements artériels si la canule est déjà en place	X	X					
C-1.11 Procéder à l'épreuve d'expiration forcée et à la mesure de la capacité vitale et des volumes pulmonaires	X						
C-1.12 Prélever des expectorations bronchiques pour cytologie et bactériologie, si tube endotrachéal ou canule trachéale déjà installé	X						
Durant l'induction de l'anesthésie							
C-1.13 Installer un stéthoscope oesophagien, sonde nasogastrique	X			X			Surveillance immédiate du médecin responsable de l'anesthésie
C-1.14 Procéder au placement (position) du bénéficiaire	X			X			Surveillance immédiate du médecin responsable de l'anesthésie
C-1.15 Procéder à la ventilation par masque et au maintien des voies aériennes libres	X			X			Surveillance immédiate du médecin responsable de l'anesthésie

Nomenclature des actes	Conditions prescrites						Autres conditions
	(La présence d'un «X» dans la colonne appropriée indique que la condition en titre de cette colonne est requise)						
Acte consistant à:	Ordonnance médicale	Surveillance à distance	Surveillance sur place	Surveillance immédiate	Dans un centre hospitalier seulement	Selon protocole	
C-1.16 Procéder à l'aide technique en cours d'exécution de l'anesthésie régionale	X			X			Surveillance immédiate du médecin responsable de l'anesthésie
C-1.17 Surveiller les bénéficiaires sous anesthésie	X		X				Le médecin responsable de l'anesthésie doit être dans le même bloc opératoire pour exercer sa surveillance
C-1.18 Procéder au réglage des débitmètres sur l'appareil d'anesthésie	X		X				Le médecin responsable de l'anesthésie doit être dans le même bloc opératoire pour exercer sa surveillance
C-1.19 Installer la ventilation manuelle ou mécanique selon les paramètres spécifiés par l'anesthésiste	X			X			Le médecin responsable de l'anesthésie doit être dans le même bloc opératoire pour exercer sa surveillance
C-1.20 Administrer dans un soluté ou la tubulure d'un soluté déjà installé les divers médicaments d'usage courant pour les fins d'anesthésie par voie intraveineuse	X			X			— En salle d'opération ou d'accouchement — Selon la liste de médicaments établie par le département d'anesthésie
C-1.21 Administrer des substances anesthésiques par voie épidurale si cathéter déjà installé							
a) pour fins de diagnostic ou d'analgésie	X	X			X	X	
b) pour fins obstétricales							
— durant le travail	X		X		X	X	
— durant l'accouchement	X			X	X	X	
c) pour fins chirurgicales	X			X	X	X	
Durant l'émergence de l'anesthésie							
C-1.22 Fermer les débitmètres de l'appareil d'anesthésie	X			X			
C-1.23 Procéder à l'aspiration des sécrétions du pharynx et de la trachée	X			X			

Nomenclature des actes	Conditions prescrites (La présence d'un «X» dans la colonne appropriée indique que la condition en titre de cette colonne est requise)						Autres conditions
	Ordonnance médicale	Surveillance à distance	Surveillance sur place	Surveillance immédiate	Dans un centre hospitalier seulement	Selon protocole	
Acte consistant à:							
C-1.24 Administrer dans un soluté ou la turbulure d'un soluté déjà installé les divers médicaments prescrits par le médecin				X			
C-1.25 Procéder à l'extubation	X			X			

Nomenclature des actes	Conditions prescrites						
	(La présence d'un «X» dans la colonne appropriée indique que la condition en titre de cette colonne est requise)						
Acte consistant à:	Ordonnance médicale	Surveillance à distance	Surveillance sur place	Surveillance immédiate	Dans un centre hospitalier seulement	Selon protocole	Autres conditions
D-1.01 Observer et décrire l'aspect général des globes oculaires et des annexes en relation avec le strabisme							Ne peut être posé dans le cadre d'un programme de dépistage
D-1.02 Faire une évaluation pré et postopératoire de la motilité oculaire et de l'état de la vision binoculaire	X					X	
D-1.03 Évaluer la vision stéréoscopique							
D-1.04 Évaluer l'acuité visuelle et le type de fixation incluant le procédé ophtalmoscopique							
D-1.05 Pratiquer un «examen sous écran»							
D-1.06 Évaluer l'équilibre oculomoteur, des ductions, les versions et les vergences							
D-1.07 Évaluer les rapports «convergence accommodative» sur accommodation							
D-1.08 Évaluer la correspondance rétinienne							
D-1.09 Évaluer la neutralisation							
D-1.10 Faire l'électro-oculographie et l'électro-nystagmographie		X				X	
D-1.11 Instiller des collyres pour fins diagnostiques	X					X	
D-1.12 Appliquer des collyres ou onguents pour fins thérapeutiques	X						
D-1.13 Évaluer le champ visuel binoculaire							
D-1.14 Observer et décrire le torticolis oculaire							
D-1.15 Pratiquer l'examen de Hess et ses dérivés							
D-1.16 Rechercher la ou les déviations oculaires							
D-1.17 Évaluer la diplopie							

ANNEXE D

(a. 5.09 et 5.10)

Nomenclature des actes	Conditions prescrites (La présence d'un «X» dans la colonne appropriée indique que la condition en titre de cette colonne est requise)						Autres conditions
	Ordonnance médicale	Surveillance à distance	Surveillance sur place	Surveillance immédiate	Dans un centre hospitalier seulement	Selon protocole	
Acte consistant à:							
D-1.18 Utiliser des prismes ou des lentilles additionnelles amovibles							
D-1.19 traiter l'amblyopie par:							
a) occlusion et/ou pénalisation	X						Ne peut être posé dans le cadre d'un programme de dépistage
b) des procédés actifs ou passifs visant à vaincre l'amblyopie	X						
D-1.20 Traiter l'élément sensoriel par:							
a) un programme d'exercices à domicile	X						Ne peut être posé dans le cadre d'un programme de dépistage
b) des procédés reconnus visant à:	X						
i. améliorer l'élasticité accommodation convergence							
ii. augmenter l'amplitude des vergences							
iii. éliminer la neutralisation pathologique par occlusion ou tout autre exercice actif							
iv. normaliser la correspondance rétinienne							

D. 1711-87, a. 4.

ANNEXE E

Acte consistant à :	Conditions
E. 1.01 prescrire un médicament requis à des fins de contraception orale d'urgence.	L'acte est exécuté par un pharmacien titulaire d'une attestation de formation suivie et réussie que lui a délivrée l'Ordre des pharmaciens du Québec.
	Le pharmacien doit exécuter lui-même l'ordonnance.

D. 964-2001, a. 3.

ANNEXE 5

ANALYSE PRÉVISIONNELLE RELATIVE AUX PRÉPOSÉES AUX BÉNÉFICIAIRES

PRÉPOSÉES AUX BÉNÉFICIAIRES

Comme le montre le tableau A, les besoins de recrutement sont évalués, pour la période 2000-2016, à 37 952 préposées aux bénéficiaires. Par ailleurs, la projection du nombre de diplômées attendues dans le cadre du programme Assistance aux bénéficiaires en établissement de santé (ABES) du MEQ tient compte de l'évolution probable du nombre d'inscriptions, d'un taux de diplômées de 85,4 %, d'un taux d'activité de 94,1 % et d'un taux d'intégration au réseau de la santé et des services sociaux évalué à 90 %.

TABEAU A

Préposées aux bénéficiaires
Projections des besoins de recrutement et du nombre de nouvelles diplômées
de 2000 à 2016

Année	Départs attendus	Accroissement des besoins 2,11 %/an	Recrutement nécessaire	Nouvelles diplômées	Écart annuel
2000	912	654	1 595	457	-1 138
2001	923	668	1 672	895	-776
2002	945	682	1 759	878	-880
2003	974	696	1 850	868	-982
2004	1 027	711	1 965	838	-1 127
2005	1 015	726	2 013	850	-1 164
2006	1 036	741	2 093	885	-1 208
2007	1 082	757	2 199	936	-1 263
2008	1 113	773	2 289	943	-1 345
2009	1 222	789	2 458	940	-1 517
2010	1 178	806	2 476	900	-1 576
2011	1 157	823	2 515	879	-1 635
2012	1 130	840	2 546	853	-1 692
2013	1 107	858	2 579	834	-1 745
2014	1 070	876	2 596	796	-1 799
2015	1 070	895	2 647	796	-1 851
2016	1 071	914	2 700	796	-1 904
Total	18 032	13 210	37 952	14 344	23 602

Selon ces paramètres, le réseau devrait recruter 14 344 nouvelles préposées aux bénéficiaires diplômées au cours de la période de projection, de sorte que si la relève se limitait à ces diplômées et que le diplôme était exigé pour obtenir un poste de préposée aux bénéficiaires, le déficit cumulatif serait de 23 602 préposées aux bénéficiaires en 2016.

Relativement peu de préposées aux bénéficiaires (environ 4 500 sur 31 000) ont suivi le cours Assistance aux bénéficiaires en établissement de santé (ABES), un programme de formation de 630 heures offert depuis 1991 par le réseau de l'éducation, ce qui laisse croire qu'un grand nombre d'employées sont formées par d'autres moyens.

Le tableau B indique le nombre d'inscriptions qui seraient requises dans le programme de formation pour assurer une relève suffisante.

Tableau B
Préposées aux bénéficiaires
Projections des besoins de recrutement et des diplômées disponibles
de 2000 à 2016

Année	Recrutement nécessaire	Nouvelles diplômées	Écart annuel	Inscriptions requises dans le programme ABES⁽¹⁾	Ajout d'étudiantes par rapport aux 1 258 débutantes de septembre 2000
2000	1 595	457	-1 138	2 339	1 081
2001	1 672	895	-776	2 461	1 203
2002	1 759	878	-880	2 588	1 330
2003	1 850	868	-982	2 749	1 491
2004	1 965	838	-1 127	2 816	1 558
2005	2 013	850	-1 164	2 928	1 670
2006	2 093	885	-1 208	3 076	1 818
2007	2 199	936	-1 263	3 202	1 944
2008	2 289	943	-1 345	3 439	2 181
2009	2 458	940	-1 517	3 464	2 206
2010	2 476	900	-1 576	3 519	2 261
2011	2 515	879	-1 635	3 562	2 304
2012	2 546	853	-1 692	3 608	2 350
2013	2 579	834	-1 745	3 632	2 374
2014	2 596	796	-1 799	3 703	2 445
2015	2 647	796	-1 851	3 777	2 519
2016	2 700	796	-1 904	3 777	2 519
Total	37 952	14 344	-23 602	54 002	33 256

- (1) Le taux d'obtention d'un diplôme chez les débutantes est évalué à 84,4 %, le taux de disponibilité retenu est de 94,1 %, et un facteur de 90 % est appliqué pour refléter l'importance relative des emplois de préposées aux bénéficiaires dans le réseau de la santé et des services sociaux par rapport aux emplois de préposées aux bénéficiaires dans l'ensemble des secteurs d'activité du Québec.

Le tableau B permet par exemple de remarquer que les besoins de recrutement de 1 672 préposées aux bénéficiaires en 2001 auraient demandé 2 339 inscriptions dans le programme en 2000, ce qui aurait représenté, s'il avait été pertinent et possible de limiter le recrutement aux seules diplômées du programme ABES, un ajout de 1 081 inscriptions par rapport à la situation qui prévalait en septembre 2000.

Scénario: Scénario retenu pour les préposés aux bénéficiaires

Description: Scénario retenu par le groupe de travail pour les préposés aux bénéficiaires

A) Projection de l'attrition

- 1) Distribution des effectifs
Préposés aux bénéficiaires
- 2) Choix du facteur individu/poste pour estimer le nombre d'individus à partir du nombre de postes
Facteur général par groupe d'âge (moyenne : 0,96)
- 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
Aucun départ à combler

Distribution de l'effectif de départ							
Âge	Femme		Homme		Total	Facteur	
	TP	TC	TP	TC		individu/poste	Effectif ajusté
15	329	20	61	3	413	0,92	380,0
20	1705	392	367	136	2600	0,92	2392,0
25	1341	562	368	362	2633	0,911	2398,7
30	1349	1051	518	762	3680	0,942	3466,6
35	1482	1890	527	1286	5185	0,962	4988,0
40	1431	2481	396	1405	5713	0,969	5535,9
45	1141	2667	281	976	5065	0,973	4928,2
50	889	2528	140	666	4223	0,974	4113,2
55	407	1489	72	264	2232	0,978	2182,9
60	91	387	7	61	546	0,977	533,4
65	28	36	6	7	77	0,969	74,6
70	3	4	0	0	7	0,991	6,9
Total	10196	13507	2743	5928	32374		31000,4

Projection des départs (après modulation)

Année	Retraites	Décès	Cessations	Total
2000	433,6	48,0	430,5	912,1
2001	471,5	48,9	402,3	922,7
2002	519,7	49,9	375,5	945,2
2003	575,2	50,9	347,7	973,8
2004	655,5	51,8	319,6	1026,9
2005	665,8	52,4	297,0	1015,3
2006	707,0	53,1	275,7	1035,8
2007	772,4	53,5	256,5	1082,4
2008	821,4	53,6	238,1	1113,2
2009	947,4	53,3	221,0	1221,8
2010	922,1	52,2	204,1	1178,3
2011	917,7	51,1	187,9	1156,7
2012	907,3	50,0	172,4	1129,7
2013	900,7	48,8	157,7	1107,2
2014	878,6	47,5	144,3	1070,3
2015	892,9	46,1	130,6	1069,7
2016	908,6	44,6	117,9	1071,0
Total	12897,5	856,0	4278,8	18032,2

Année	Facteur retraites	Retraites pondérées	Décès	Facteur cessations	Cessations pondérées	Départs totaux	Autres départs
2000	1,00	433,6	48,0	1,00	430,5	912,1	0
2001	1,00	471,5	48,9	1,00	402,3	922,7	0
2002	1,00	519,7	49,9	1,00	375,5	945,2	0
2003	1,00	575,2	50,9	1,00	347,7	973,8	0
2004	1,00	655,5	51,8	1,00	319,6	1026,9	0
2005	1,00	665,8	52,4	1,00	297,0	1015,3	0
2006	1,00	707,0	53,1	1,00	275,7	1035,8	0
2007	1,00	772,4	53,5	1,00	256,5	1082,4	0
2008	1,00	821,4	53,6	1,00	238,1	1113,2	0
2009	1,00	947,4	53,3	1,00	221,0	1221,8	0
2010	1,00	922,1	52,2	1,00	204,1	1178,3	0
2011	1,00	917,7	51,1	1,00	187,9	1156,7	0
2012	1,00	907,3	50,0	1,00	172,4	1129,7	0
2013	1,00	900,7	48,8	1,00	157,7	1107,2	0
2014	1,00	878,6	47,5	1,00	144,3	1070,3	0
2015	1,00	892,9	46,1	1,00	130,6	1069,7	0
2016	1,00	908,6	44,6	1,00	117,9	1071,0	0
	Total	12897,5	856,0		4278,8	18032,2	0

Scénario: Scénario retenu pour les préposés aux bénéficiaires

Description: Scénario retenu par le groupe de travail pour les préposés aux bénéficiaires

B) Estimation des besoins relatifs au recrutement

- 6) Pénurie initiale
Aucune pénurie
- 7) Secteur d'activité en développement
Rythme d'activité maintenu
- 8) Facteur d'évolution des besoins
2,11 %
- 9) Facteur d'évolution organisationnelle
Aucune évolution
- 10) Facteur d'évolution dans le nombre de jours de congé accordés
Aucun facteur utilisé

Estimation de l'évolution des besoins

Année	Pénurie initiale	Développement prévu	Évolution des besoins	Évolution organisationnelle	Évolution des congés	Effectif désiré	Ajust annuel pour accroissement des besoins
2000	0,0	1,0000	1,0211	1,0000	1,0000	31654,5	654,1
2001	0,0	1,0000	1,0211	1,0000	1,0000	32322,4	667,9
2002	0,0	1,0000	1,0211	1,0000	1,0000	33004,4	682,0
2003	0,0	1,0000	1,0211	1,0000	1,0000	33700,8	696,4
2004	0,0	1,0000	1,0211	1,0000	1,0000	34411,9	711,1
2005	0,0	1,0000	1,0211	1,0000	1,0000	35138,0	726,1
2006	0,0	1,0000	1,0211	1,0000	1,0000	35879,4	741,4
2007	0,0	1,0000	1,0211	1,0000	1,0000	36636,5	757,1
2008	0,0	1,0000	1,0211	1,0000	1,0000	37409,5	773,0
2009	0,0	1,0000	1,0211	1,0000	1,0000	38198,8	789,3
2010	0,0	1,0000	1,0211	1,0000	1,0000	39004,8	806,0
2011	0,0	1,0000	1,0211	1,0000	1,0000	39827,8	823,0
2012	0,0	1,0000	1,0211	1,0000	1,0000	40668,2	840,4
2013	0,0	1,0000	1,0211	1,0000	1,0000	41526,3	858,1
2014	0,0	1,0000	1,0211	1,0000	1,0000	42402,5	876,2
2015	0,0	1,0000	1,0211	1,0000	1,0000	43297,2	894,7
2016	0,0	1,0000	1,0211	1,0000	1,0000	44210,8	913,6

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	912,1	0	654,1	1566,2	1594,7
2001	922,7	0	667,9	1590,6	1671,9
2002	945,2	0	682,0	1627,2	1758,6
2003	973,8	0	696,4	1670,2	1849,7
2004	1026,9	0	711,1	1738,0	1964,6
2005	1015,3	0	726,1	1741,4	2013,2
2006	1035,8	0	741,4	1777,2	2092,9
2007	1082,4	0	757,1	1839,5	2198,6
2008	1113,2	0	773,0	1886,2	2288,7
2009	1221,8	0	789,3	2011,2	2457,8
2010	1178,3	0	806,0	1984,3	2476,0
2011	1156,7	0	823,0	1979,7	2514,6
2012	1129,7	0	840,4	1970,0	2545,6
2013	1107,2	0	858,1	1965,3	2579,0
2014	1070,3	0	876,2	1946,5	2595,9
2015	1069,7	0	894,7	1964,4	2647,3
2016	1071,0	0	913,6	1984,6	2700,4
Total	18032,2	0	13210,4	31242,6	37949,7

Scénario: Scénario retenu pour les préposés aux bénéficiaires

Description: Scénario retenu par le groupe de travail pour les préposés aux bénéficiaires

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

- 11) Distribution des diplômés attendus
Autre distribution
- 12) Main-d'oeuvre résiduelle disponible
Aucune main-d'oeuvre résiduelle disponible

Année	Effectif désiré	Recrutement nécessaire	Diplômés attendus	Taux de disponibilité des diplômés	Diplômés disponibles	Main d'oeuvre résiduelle disponibles	Diplômés + main d'oeuvre résiduelle	Écart annuel du recrutement	Écart cumulatif	Écart cumulatif p.r. à l'effectif désiré	Écart cumulatif en % de l'effectif désiré	Alerte *
2000	31654	1595	508	0,900	457	0	457	-1138	-1138	-1117	-3,5%	Alerte
2001	32322	1672	995	0,900	895	0	895	-776	-1914	-1856	-5,7%	Alerte
2002	33004	1759	976	0,900	878	0	878	-880	-2794	-2670	-8,1%	Alerte
2003	33701	1850	964	0,900	868	0	868	-982	-3776	-3557	-10,6%	Alerte
2004	34412	1965	931	0,900	838	0	838	-1127	-4903	-4554	-13,2%	Alerte
2005	35138	2013	944	0,900	850	0	850	-1164	-6067	-5560	-15,8%	Alerte
2006	35879	2093	983	0,900	885	0	885	-1208	-7275	-6586	-18,4%	Alerte
2007	36636	2199	1040	0,900	936	0	936	-1263	-8537	-7643	-20,9%	Alerte
2008	37409	2289	1048	0,900	943	0	943	-1345	-9883	-8752	-23,4%	Alerte
2009	38199	2458	1045	0,900	940	0	940	-1517	-11400	-9993	-26,2%	Alerte
2010	39005	2476	1000	0,900	900	0	900	-1576	-12976	-11256	-28,9%	Alerte
2011	39828	2515	977	0,900	879	0	879	-1635	-14611	-12544	-31,5%	Alerte
2012	40668	2546	948	0,900	853	0	853	-1692	-16304	-13853	-34,1%	Alerte
2013	41526	2579	927	0,900	834	0	834	-1745	-18049	-15183	-36,6%	Alerte
2014	42403	2596	885	0,900	796	0	796	-1799	-19848	-16532	-39,0%	Alerte
2015	43297	2647	885	0,900	796	0	796	-1851	-21699	-17906	-41,4%	Alerte
2016	44211	2700	885	0,900	796	0	796	-1904	-23603	-19305	-43,7%	Alerte

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

ANNEXE 6

**ANALYSE PRÉVISIONNELLE RELATIVE AUX
AUXILIAIRES FAMILIALES**

AUXILIAIRES FAMILIALES

Comme le montre le tableau C, on prévoit un équilibre entre l'offre et la demande d'auxiliaires familiales sur la base des paramètres actuels. Cette évaluation pourrait changer rapidement en fonction de l'évolution des besoins de main-d'œuvre dans les services de soutien à domicile offerts par les CLSC.

TABLEAU C

**Auxiliaires familiales :
projections des besoins de recrutement et du nombre de nouvelles diplômées
de 2000 à 2016**

Année	Départs attendus	Accroissement des besoins (2,65 %/an)	Recrutement nécessaire	Nouvelles diplômées ⁽¹⁾	Écart annuel
2000	127	94	226	353	128
2001	131	97	239	441	203
2002	135	99	253	435	183
2003	139	102	266	428	162
2004	147	104	284	415	130
2005	139	107	285	418	133
2006	140	110	295	434	139
2007	145	113	309	458	149
2008	149	116	322	465	143
2009	161	119	344	464	121
2010	151	122	342	447	105
2011	145	126	346	435	89
2012	139	129	350	422	73
2013	135	132	353	413	60
2014	127	136	354	395	41
2015	123	139	357	395	38
2016	120	143	363	395	32
Total	2 353	1 988	5 288	7 213	1 925

(1) Le taux d'obtention d'un diplôme chez les débutantes est évalué à 80,1 %, le taux de disponibilité retenu est de 91,6 % et un facteur de 80 % est appliqué pour refléter l'importance relative des emplois d'auxiliaires familiales dans le réseau de la santé et des services sociaux.

Scénario: Scénario retenu pour les auxiliaires familiales

Description: Scénario retenu par le groupe de travail pour les auxiliaires familiales

A) Projection de l'attrition

- 1) Distribution des effectifs
Auxiliaires familiales
- 2) Choix du facteur individu/poste pour estimer le nombre d'individus à partir du nombre de postes
Facteur général par groupe d'âge (moyenne : 0,96)
- 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
Aucun départ à combler

Distribution de l'effectif de départ							
Âge	Femme		Homme		Total	Facteur	
	TP	TC	TP	TC		individu/poste	Effectif ajusté
15	19	1	0	0	20	0,92	18,4
20	111	54	10	6	181	0,92	166,5
25	103	79	25	18	225	0,911	205,0
30	111	108	30	31	280	0,942	263,8
35	138	248	32	86	504	0,962	484,8
40	159	338	34	120	651	0,969	630,8
45	123	428	28	90	669	0,973	650,9
50	105	440	16	54	615	0,974	599,0
55	65	312	2	28	407	0,978	398,0
60	26	92	1	5	124	0,977	121,1
65	5	7	0	0	12	0,969	11,6
70	0	1	0	0	1	0,991	1,0
Total	965	2108	178	438	3689		3551,1

Projection initiale des départs				
Année	Retraites	Décès	Cessations	Total
2000	81,6	6,4	39,4	127,4
2001	87,0	6,5	36,9	130,4
2002	93,5	6,5	34,6	134,7
2003	100,4	6,6	31,9	138,9
2004	111,9	6,6	29,0	147,4
2005	105,6	6,5	26,9	139,0
2006	108,8	6,5	24,8	140,1
2007	115,9	6,4	22,9	145,3
2008	121,2	6,3	21,1	148,6
2009	135,4	6,2	19,3	160,9
2010	126,9	5,9	17,7	150,5
2011	123,4	5,7	16,1	145,2
2012	119,7	5,4	14,5	139,7
2013	116,3	5,2	13,0	134,6
2014	110,8	4,9	11,6	127,4
2015	107,5	4,7	10,4	122,6
2016	106,5	4,4	9,3	120,2
Total	1872,6	100,8	379,4	2352,8

Projection des départs (après modulation)							Autres départs
Année	Facteur retraites	Retraites pondérées	Décès	Facteur cessations	Cessations pondérées	Départs totaux	
2000	1,00	81,6	6,4	1,00	39,4	127,4	0
2001	1,00	87,0	6,5	1,00	36,9	130,4	0
2002	1,00	93,5	6,5	1,00	34,6	134,7	0
2003	1,00	100,4	6,6	1,00	31,9	138,9	0
2004	1,00	111,9	6,6	1,00	29,0	147,4	0
2005	1,00	105,6	6,5	1,00	26,9	139,0	0
2006	1,00	108,8	6,5	1,00	24,8	140,1	0
2007	1,00	115,9	6,4	1,00	22,9	145,3	0
2008	1,00	121,2	6,3	1,00	21,1	148,6	0
2009	1,00	135,4	6,2	1,00	19,3	160,9	0
2010	1,00	126,9	5,9	1,00	17,7	150,5	0
2011	1,00	123,4	5,7	1,00	16,1	145,2	0
2012	1,00	119,7	5,4	1,00	14,5	139,7	0
2013	1,00	116,3	5,2	1,00	13,0	134,6	0
2014	1,00	110,8	4,9	1,00	11,6	127,4	0
2015	1,00	107,5	4,7	1,00	10,4	122,6	0
2016	1,00	106,5	4,4	1,00	9,3	120,2	0
	Total	1872,6	100,8		379,4	2352,8	0

Scénario: Scénario retenu pour les auxiliaires familiales

Description: Scénario retenu par le groupe de travail pour les auxiliaires familiales

B) Estimation des besoins relatifs au recrutement

- 6) Pénurie initiale
Aucune pénurie
- 7) Secteur d'activité en développement
Rythme d'activité maintenu
- 8) Facteur d'évolution des besoins
2,65 %
- 9) Facteur d'évolution organisationnelle
Aucune évolution
- 10) Facteur d'évolution dans le nombre de jours de congé accordés
Aucun facteur utilisé

Estimation de l'évolution des besoins

Année	Pénurie initiale	Développement prévu	Évolution des besoins	Évolution organisationnelle	Évolution des congés	Effectif désiré	Ajust annuel pour accroissement des besoins
2000	0,0	1,0000	1,0265	1,0000	1,0000	3645,2	94,1
2001	0,0	1,0000	1,0265	1,0000	1,0000	3741,8	96,6
2002	0,0	1,0000	1,0265	1,0000	1,0000	3840,9	99,2
2003	0,0	1,0000	1,0265	1,0000	1,0000	3942,7	101,8
2004	0,0	1,0000	1,0265	1,0000	1,0000	4047,2	104,5
2005	0,0	1,0000	1,0265	1,0000	1,0000	4154,5	107,3
2006	0,0	1,0000	1,0265	1,0000	1,0000	4264,6	110,1
2007	0,0	1,0000	1,0265	1,0000	1,0000	4377,6	113,0
2008	0,0	1,0000	1,0265	1,0000	1,0000	4493,6	116,0
2009	0,0	1,0000	1,0265	1,0000	1,0000	4612,6	119,1
2010	0,0	1,0000	1,0265	1,0000	1,0000	4734,9	122,2
2011	0,0	1,0000	1,0265	1,0000	1,0000	4860,4	125,5
2012	0,0	1,0000	1,0265	1,0000	1,0000	4989,2	128,8
2013	0,0	1,0000	1,0265	1,0000	1,0000	5121,4	132,2
2014	0,0	1,0000	1,0265	1,0000	1,0000	5257,1	135,7
2015	0,0	1,0000	1,0265	1,0000	1,0000	5396,4	139,3
2016	0,0	1,0000	1,0265	1,0000	1,0000	5539,4	143,0

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	127,4	0	94,1	221,5	225,6
2001	130,4	0	96,6	227,0	238,5
2002	134,7	0	99,2	233,8	252,6
2003	138,9	0	101,8	240,7	266,3
2004	147,4	0	104,5	251,9	284,4
2005	139,0	0	107,3	246,2	285,1
2006	140,1	0	110,1	250,2	295,3
2007	145,3	0	113,0	258,3	309,5
2008	148,6	0	116,0	264,6	321,9
2009	160,9	0	119,1	280,0	343,4
2010	150,5	0	122,2	272,7	342,3
2011	145,2	0	125,5	270,7	346,1
2012	139,7	0	128,8	268,5	349,5
2013	134,6	0	132,2	266,8	352,9
2014	127,4	0	135,7	263,1	354,1
2015	122,6	0	139,3	261,9	357,3
2016	120,2	0	143,0	263,2	362,9
Total	2352,8	0	1988,3	4341,1	5287,7

Scénario: Scénario retenu pour les auxiliaires familiales

Description: Scénario retenu par le groupe de travail pour les auxiliaires familiales

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

- 11) Distribution des diplômés attendus
Autre distribution
- 12) Main-d'oeuvre résiduelle disponible
Aucune main-d'oeuvre résiduelle disponible

Année	Effectif désiré	Recrutement nécessaire	Diplômés attendus	Taux de disponibilité des diplômés	Diplômés disponibles	Main d'oeuvre résiduelle disponibles	Diplômés + main d'oeuvre résiduelle	Écart annuel du recrutement	Écart cumulatif	Écart cumulatif p.r. à l'effectif désiré	Écart cumulatif en % de l'effectif désiré	Alerte *
2000	3645	226	482	0,733	353	0	353	128	128	125	3,4%	
2001	3742	239	602	0,733	441	0	441	203	330	318	8,5%	
2002	3841	253	594	0,733	435	0	435	183	513	488	12,7%	
2003	3943	266	584	0,733	428	0	428	162	675	634	16,1%	
2004	4047	284	566	0,733	415	0	415	130	806	749	18,5%	
2005	4154	285	570	0,733	418	0	418	133	938	864	20,8%	
2006	4265	295	592	0,733	434	0	434	139	1077	981	23,0%	
2007	4378	309	625	0,733	458	0	458	149	1226	1106	25,3%	
2008	4494	322	634	0,733	465	0	465	143	1368	1223	27,2%	
2009	4613	343	633	0,733	464	0	464	121	1489	1321	28,6%	
2010	4735	342	610	0,733	447	0	447	105	1594	1405	29,7%	
2011	4860	346	593	0,733	435	0	435	89	1682	1474	30,3%	
2012	4989	349	576	0,733	422	0	422	73	1755	1530	30,7%	
2013	5121	353	563	0,733	413	0	413	60	1815	1575	30,8%	
2014	5257	354	539	0,733	395	0	395	41	1856	1606	30,5%	
2015	5396	357	539	0,733	395	0	395	38	1894	1633	30,3%	
2016	5539	363	539	0,733	395	0	395	32	1926	1657	29,9%	

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

BIBLIOGRAPHIE

ORDRE DES INFIRMIÈRES ET INFIRMIERS AUXILIAIRES DU QUÉBEC, documents de l'OIIAQ, Groupe de travail sur la planification de la main-d'œuvre infirmière auxiliaire, 20 juin 2000. Ce document comprend, notamment :

- ORDRE DES INFIRMIÈRES ET INFIRMIERS AUXILIAIRES DU QUÉBEC, *La capacité légale de l'infirmière auxiliaire : Liste des actes que l'infirmière auxiliaire peut poser et des activités qu'elle peut exercer*, édition mise à jour en février 2000, 27 p.
- ORDRE DES INFIRMIÈRES ET INFIRMIERS AUXILIAIRES DU QUÉBEC, *La capacité légale de l'infirmière auxiliaire : Liste des actes que l'infirmière auxiliaire peut poser en CLSC et en soins à domicile*, édition mise à jour en octobre 1998.
- ORDRE DES INFIRMIÈRES ET INFIRMIERS AUXILIAIRES DU QUÉBEC, *Chroniques juridiques* :
 - « La capacité légale de l'infirmière auxiliaire en CLSC », *Santé Québec*, volume 6, n° 2, hiver 1996.
 - « L'infirmière auxiliaire et les nouvelles technologies », *Santé Québec*, volume 8,, n° 1, printemps 1997.
 - « L'autonomie professionnelle de l'infirmière auxiliaire », *Santé Québec*, volume 7, n° 4, hiver 1997.

ORDRE DES INFIRMIÈRES ET INFIRMIERS AUXILIAIRES DU QUÉBEC, *L'infirmière auxiliaire dans l'organisation des soins infirmiers au Québec*, décembre 2000.

ORDRE DES INFIRMIÈRES ET INFIRMIERS AUXILIAIRES DU QUÉBEC, *Rapport annuel 1999-2000*, 48 p.

ORDRE DES INFIRMIÈRES ET INFIRMIERS AUXILIAIRES DU QUÉBEC, *L'intégration des infirmières auxiliaires en soins à domicile : Guide à l'intention des gestionnaires de CLSC*, 27 p. et annexes.

MINISTÈRE DE L'ÉDUCATION, DIRECTION GÉNÉRALE DE LA FORMATION PROFESSIONNELLE ET TECHNIQUE, *Programmes d'études 5235*, 2000, 135 p.

COMITÉ SUR LE TRAVAIL DES INFIRMIÈRES AUXILIAIRES, *Rapport du groupe de travail*, ministère de la Santé et des Services sociaux, juin 1997, 29 p. et annexes.

ORDRE DES INFIRMIÈRES ET INFIRMIERS AUXILIAIRES DU QUÉBEC, « Responsabilité de l'infirmière et de l'infirmier auxiliaire », *Santé Québec*, volume 10, n° 3, été 2000.

GROUPE DE TRAVAIL SUR LES SOINS INFIRMIERS, *Rapport final*, ministère de la Santé et des Services sociaux, novembre 1997, 27 p.

ASSOCIATION DES CLSC ET DES CHSLD DU QUÉBEC, *Les besoins futurs en soins infirmiers et en soins d'assistance : adaptation de la main-d'œuvre*, 2000, 65 p.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET SERVICES SOCIAUX, *Rapport du Forum national sur la planification de la main-d'œuvre infirmières*, février 2001, 157 p.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC, *La projection de l'effectif médical au Québec*, novembre 1999, 16 p. et annexes.

