

**Avis au ministre de la Santé et du Mieux-être**



**Ministère de la Santé et du  
Mieux-être du Nouveau-Brunswick**

**Analyse de l'offre et de la demande de  
ressources humaines en santé**

**Rapport final**

**Le 27 novembre 2002**

---

## Confidentialité

Le présent rapport final contient des renseignements confidentiels exclusifs à Fujitsu Conseil (Canada) inc. Ces renseignements sont fournis dans l'unique but de permettre au destinataire d'évaluer le rapport. Sur réception du présent rapport, le destinataire accepte de traiter l'information de façon confidentielle et de ne pas reproduire ni divulguer de quelque façon cette information à des personnes à l'extérieur du groupe directement responsable de l'évaluation du rapport, sans avoir obtenu au préalable le consentement de Fujitsu Conseil (Canada) inc.

Fujitsu Conseil (Canada) inc. se réserve le droit d'exiger que tous les exemplaires du rapport final soient retournés par le récipiendaire à la fin du processus d'évaluation.

## Droits d'auteur

© 2002, Fujitsu Conseil (Canada) inc. Tous droits réservés.

Macroscop<sup>®</sup> est une marque de commerce déposée de Fujitsu Conseil (Canada) inc.

ProductivityCentre<sup>MD</sup>, ArchitectureLab<sup>MD</sup>, ResultStation<sup>MD</sup>, StrategyForum<sup>MD</sup>, ManagementSuite<sup>MD</sup>, Dynamic Process Model<sup>MD</sup> (DPM<sup>MD</sup>), Object Relationship Model<sup>MD</sup> (ORM<sup>MD</sup>), Object and Process Alignment<sup>MD</sup> (OPAL<sup>MD</sup>), Results Chain<sup>MD</sup>, ArchitectureLab<sup>MD</sup> Workbench et ResultStation<sup>MD</sup> Modeler sont des marques de commerce déposées de Fujitsu Conseil (Canada) inc. Tous les autres noms de marque de produits mentionnés sont des marques de commerce déposées ou des marques de commerce de leurs entreprises respectives.

---

## TABLE DES MATIÈRES

---

<b>1.</b>	<b>SOMMAIRE</b> .....	<b>1</b>
1.1	APERÇU .....	1
1.2	APPROCHE .....	2
1.3	CONSTATATIONS .....	3
1.3.1	Recommandations .....	4
<b>2.</b>	<b>DESCRIPTION DU PROJET</b> .....	<b>6</b>
<b>3.</b>	<b>APPROCHE ET MÉTHODOLOGIE</b> .....	<b>8</b>
3.1	COLLECTE DES DONNÉES .....	8
3.1.1	Collecte de données primaires .....	8
3.1.2	Résumés analytiques de la base de données .....	9
3.1.3	Autres sources de données .....	10
3.2	ANALYSE DU CONTEXTE .....	11
3.2.1	Examen de la documentation .....	11
3.2.2	Entrevues et groupes de discussion .....	11
3.2.3	Analyse du marché du travail .....	11
3.3	CRÉATION D'UNE BASE DE DONNÉES .....	13
3.3.1	Sous-système de l'inventaire de la santé .....	13
3.3.2	Sous-système de formation .....	14
3.3.3	Structure de la base de données .....	14
3.3.4	Rapports de la base des données .....	15
3.4	CONCEPTION DU MODÈLE DE PRÉVISION DES RESSOURCES HUMAINES EN SANTÉ .....	15
3.4.1	Composantes du modèle de prévision .....	15
3.4.1.1	Offre .....	16
3.4.1.2	Demande .....	18
3.4.1.3	Écart entre l'offre et la demande .....	20
<b>4.</b>	<b>TENDANCES ET ENJEUX RELATIFS À L'OFFRE ET À LA DEMANDE FUTURES</b> .....	<b>22</b>
4.1	BESOINS DE LA POPULATION EN MATIÈRE DE SANTÉ .....	22
4.1.1	Déterminants de la santé .....	23
4.2	DÉMOGRAPHIE .....	24
4.3	DÉCROISSEMENT DE LA POPULATION .....	24
4.4	DÉPLACEMENT DE POPULATION .....	24
4.5	CHANGEMENT DE LA STRUCTURE DE LA POPULATION PAR ÂGE .....	25
4.6	LANGUE .....	26
4.7	ASPECTS ÉCONOMIQUES .....	27
4.7.1	Coûts accrus des services .....	27
4.7.2	Coûts de la main-d'oeuvre .....	30
4.7.3	Coûts de la formation .....	30

4.8	ATTENTES DU PUBLIC .....	31
4.9	QUESTIONS RELATIVES AU SYSTÈME DE SANTÉ.....	32
4.9.1	Orientations stratégiques.....	32
4.9.2	Nouvelles directives et législation ayant des répercussions sur les ressources humaines en santé .....	34
4.9.3	Utilisation des ressources.....	35
4.9.4	Planification des ressources humaines .....	35
4.10	QUESTIONS TECHNOLOGIQUES .....	36
4.10.1	Absence de données.....	37
4.11	FOURNISSEURS DE SOINS DE SANTÉ.....	38
4.11.1	Démographie des fournisseurs .....	38
4.11.2	Pénurie de la main-d'œuvre disponible.....	39
4.11.3	Champ d'exercice.....	40
4.11.4	Recrutement et maintien en poste .....	40
4.11.5	Éducation.....	41
4.12	ANALYSE DU MARCHÉ DU TRAVAIL .....	41
<b>5.</b>	<b>ANALYSE DE LA BASE DE DONNÉES D'INVENTAIRE DES RESSOURCES HUMAINES EN SANTÉ DU NOUVEAU-BRUNSWICK.....</b>	<b>44</b>
5.1	INTRODUCTION.....	44
5.2	ANALYSE DE LA BASE DE DONNÉES D'INVENTAIRE À HAUT NIVEAU .....	45
5.2.1	Sexe et âge des travailleurs de la santé au Nouveau-Brunswick .....	45
5.2.2	Compétences linguistiques.....	46
5.2.3	Régions sanitaires .....	47
5.2.4	Secteurs d'emploi .....	48
5.2.5	Statut d'emploi .....	50
5.2.6	Statut professionnel.....	51
5.2.7	Secteurs de la santé.....	51
5.2.8	Domaines de pratique.....	52
5.2.9	Statut d'inscription.....	53
5.2.10	Employés ayant des emplois et professions simultanés.....	53
5.2.11	Équivalents à temps plein (ÉTP).....	54
5.3	ANALYSE DES GROUPES DE PROFESSIONS .....	55
5.3.1	Commentaires, hypothèses et limites du modèle de prévision .....	56
5.4	SCIENCES SOCIALES .....	57
5.4.1	Intervenants et conseillers en toxicomanie.....	57
5.4.2	Psychologues cliniciens.....	58
5.4.3	Psychométriciens.....	60
5.4.4	Travailleurs sociaux.....	61
5.5	PROFESSIONNELS EN RÉADAPTATION.....	67
5.5.1	Audiologistes et orthophonistes.....	68
5.5.2	Ergothérapeutes .....	74

5.5.3	Physiothérapeutes .....	79
5.5.4	Aides en réadaptation .....	84
5.6	GROUPES TECHNIQUES .....	87
5.6.1	Échographistes .....	88
5.6.2	Techniciens en électrocardiographie .....	90
5.6.3	Techniciens en électroencéphalographie .....	92
5.6.4	Techniciens et technologues d'équipement médical .....	94
5.6.5	Technologues et spécialistes de laboratoire médical .....	97
5.6.6	Technologues en radiation médicale et radiothérapeutes (médecine nucléaire, radiologie diagnostique, IRM, radiothérapie et dosimétrie) .....	102
5.6.7	Technologues en inhalothérapie et inhalothérapeutes .....	108
5.7	GROUPES INFIRMIERS .....	111
5.7.1	Infirmières auxiliaires autorisées (IAA) .....	112
5.7.2	Infirmières et infirmiers immatriculés (II) .....	117
5.7.3	Infirmières cliniciennes spécialisées .....	125
5.7.4	Infirmières praticiennes (IP) .....	126
5.8	GROUPES DENTAIRES .....	128
5.9	AUTRES PROFESSIONS .....	129
5.9.1	Ambulanciers, TUM et travailleurs paramédicaux .....	129
5.9.2	Diététistes .....	133
5.9.3	Inspecteurs en hygiène publique .....	134
5.9.4	Dossiers médicaux .....	136
5.9.5	Optométristes .....	139
5.9.6	Pharmaciens .....	141
5.9.7	Aides-pharmaciens et techniciens en pharmacie .....	148
5.9.8	Prothésistes .....	151
5.10	SOMMAIRE DES RÉPERCUSSIONS SUR LES RESSOURCES HUMAINES .....	152
	Profession .....	153
<b>6.</b>	<b>RECOMMANDATIONS .....</b>	<b>155</b>
6.1	PLANIFICATION DES RESSOURCES HUMAINES EN SANTÉ .....	155
6.2	DONNÉES, SOURCES ET GESTION DES DONNÉES .....	158
6.3	OFFRE DE MAIN-D'OEUVRE .....	159
6.4	UTILISATION .....	164
6.5	RECRUTEMENT ET MAINTIEN EN POSTE .....	166
6.6	PRÉVISION DE L'OFFRE ET DE LA DEMANDE .....	168

## Liste des figures

FIGURE 1	POPULATION DU NOUVEAU-BRUNSWICK (2000-2010)
FIGURE 2	RÉPARTITION DES DÉPENSES DU BUDGET PROVINCIAL DES SOINS DE SANTÉ EN 2001-2002

---

FIGURE 3	ÂGE DES TRAVAILLEURS DE LA SANTÉ AU NOUVEAU-BRUNSWICK
FIGURE 4	PROFIL LINGUISTIQUE DES TRAVAILLEURS DES SOINS DE SANTÉ ACTUELS
FIGURE 5	RÉGION SANITAIRE DES EMPLOYÉS
FIGURE 6	RÉPARTITION PAR SECTEUR D'EMPLOI
FIGURE 7	STATUT D'EMPLOI DE LA MAIN-D'ŒUVRE EN SANTÉ DU NOUVEAU-BRUNSWICK
FIGURE 8	EMPLOYÉS PAR SECTEUR DE LA SANTÉ

## Liste des tableaux

TABLEAU 1	CLASSEMENT SALARIAL DU SECTEUR PUBLIC
TABLEAU 2	TRAVAILLEURS SOCIAUX
TABLEAU 3	AUDIOLOGISTES
TABLEAU 4	ORTHOPHONISTES
TABLEAU 5	ERGOTHÉRAPEUTES
TABLEAU 6	PHYSIOTHÉRAPEUTES
TABLEAU 7	TECHNOLOGUES DE LABORATOIRE MÉDICAL
TABLEAU 8	INFIRMIÈRES ET INFIRMIERS AUXILIAIRES AUTORISÉS
TABLEAU 9	ADMISSIBILITÉ DES II À LA RETRAITE
TABLEAU 10	ÉTUDIANTS INSCRITS AUX PROGRAMMES DE II
TABLEAU 11	II AYANT TERMINÉ LE COURS DE RECYCLAGE
TABLEAU 12	COMPÉTENCES LINGUISTIQUES DES II
TABLEAU 13	COMPÉTENCE LINGUISTIQUE DES TRAVAILLEURS PARAMÉDICAUX
TABLEAU 14	PÉNURIE OU SURPLUS DES RESSOURCES HUMAINES EN SANTÉ
TABLEAU 15	LIMITES DES DONNÉES À DES FINS DE PRÉVISION

## ANNEXES

ANNEXE A	COMITÉ DIRECTEUR
ANNEXE B	GROUPES DE PROFESSIONS (SANTÉ ET MIEUX-ÊTRE)
ANNEXE C	ENSEMBLE DE DONNÉES MINIMALES
ANNEXE D	PARTICIPANTS AUX GROUPES DE DISCUSSION ET ENTREVUES DES INTERVENANTS
ANNEXE E	CARTE DES RÉGIONS SANITAIRES DU NOUVEAU-BRUNSWICK
ANNEXE F	ENTENTE GÉNÉRALE DE CONFIDENTIALITÉ (ASSOCIATIONS)
ANNEXE G	ENTENTE GÉNÉRALE DE CONFIDENTIALITÉ (EMPLOYEUR)
ANNEXE H	RÉFÉRENCES (DOCUMENTATION)
ANNEXE I	LISTE DES PRODUITS LIVRABLES

---

# 1. SOMMAIRE

---

Le Nouveau-Brunswick est confronté à une pénurie de l'offre de main-d'œuvre de la santé. Cette situation est le résultat de l'effet cumulatif d'une décennie de modifications apportées depuis le début des années 90 aux politiques nationales et provinciales sur les soins de santé. À la suite de décisions prises afin de réduire la part du produit national brut (PNB) consacrée aux soins de santé, des postes ont été supprimés dans divers groupes de professions et des postes à temps plein ont été transformés en postes occasionnels ou à temps partiel. L'accroissement de la population s'est poursuivi, la population étant de plus en plus vieillissante. La demande de services de soins de santé a donc continué d'augmenter. Ce phénomène a accru les charges de travail des professionnels, a obligé le personnel actuel à travailler davantage d'heures supplémentaires pour maintenir les niveaux de personnel suffisants et a créé une tendance visible vers le remplacement de la main-d'œuvre par un personnel de soutien non réglementé. Les facteurs ont provoqué des frustrations, une insatisfaction au travail et l'épuisement professionnel. Les nouvelles recrues dans la main-d'œuvre de la santé ont seulement obtenu des postes occasionnels ou à temps partiel, et plusieurs ont dû occuper plusieurs emplois. Cette situation a un impact sur la capacité d'attirer des particuliers dans les professions des soins de santé. Plusieurs établissements d'enseignement signalent une incapacité à remplir leurs quotas d'inscription, l'abandon de certains programmes et la réduction de places dans d'autres, ce qui diminue le nombre de diplômés. Entre temps, la main-d'œuvre actuelle dans plusieurs professions a continué de vieillir. Collectivement, ces facteurs ont contribué à une offre inadéquate de plusieurs professions de la santé pour répondre aux besoins futurs des Canadiens en général en matière de soins de santé, et au Nouveau-Brunswick en particulier.

## 1.1 Aperçu

Compte tenu du paysage des soins de santé actuel et des pénuries connues dans l'ensemble de la main-d'œuvre, le ministère de la Santé et du Mieux-être du Nouveau-Brunswick (le ministère) a retenu à contrat les services de Fujitsu Conseil qu'il a chargé d'effectuer une analyse de l'offre et de la demande des ressources humaines en santé (AODRHS) pour un groupe prédéterminé de professions de la santé. Le projet a commencé par une analyse préliminaire et la définition des exigences en mars 2002. L'étude a été effectuée entre mai et octobre 2002, pour toute la gamme des services de santé, y compris les secteurs public et privé.

Cette étude a donné lieu à un inventaire de la main-d'œuvre actuelle au Nouveau-Brunswick et à une analyse générale de vingt-sept professions de la santé. L'offre et la demande relatives à ces professions de la santé sont établies pour une période de planification de cinq ans, prenant fin en 2007. Les pénuries ou les excédents qui peuvent survenir au cours de cette période de planification sont mis en évidence.

Beaucoup de travaux ont été accomplis pendant le court délai prévu pour cette étude. L'étude n'aurait pas pu être aussi exhaustive et aussi approfondie sans l'aide de certaines personnes clés du ministère, du Comité directeur et de représentants des associations professionnelles. L'équipe de Fujitsu Conseil remercie ces personnes de leur soutien et de leur contribution.

Plusieurs mesures précises ont été adoptées au cours des dernières années, ce qui dénote le ferme engagement du gouvernement de relever les défis de la planification des ressources humaines (RH) en santé au Nouveau-Brunswick. Il faudra accélérer le rythme dans ce secteur, tout en accordant la priorité au maintien au Nouveau-Brunswick d'une main-d'œuvre en santé suffisante pour garantir un accès adéquat à une variété de services nécessaires pour répondre aux besoins futurs des gens du Nouveau-Brunswick en matière de soins de santé.

---

## 1.2 Approche

Diverses méthodes de collecte de données primaires et secondaires ont été utilisées au cours de l'étude pour recueillir l'information requise afin de dresser l'inventaire de la main-d'œuvre actuelle en santé et de créer une base de données sur les programmes de formation considérés comme les principales sources de nouveaux effectifs sur le marché. Il n'existe aucune source de données centrales accessible pour alimenter la base de données qui a été créée. Des sources de données multiples et diverses méthodes ont donc été utilisées pour créer un ensemble de données générales.

Les principales sources de données pour l'inventaire de la main-d'œuvre actuelle étaient la base de données sur les ressources humaines (BDRH) et le système d'information sur les ressources humaines (SIRH) du gouvernement, la base de données des fournisseurs de services (BDFS) du ministère de la Santé et du Mieux-être, les bases de données individuelles et les tableurs ou les documents imprimés de données sur les membres des organismes de réglementation et des associations professionnelles. Un questionnaire a été envoyé par la poste à environ 1 200 employeurs du secteur privé. Pour faciliter la réponse, le sondage était aussi accessible sur un site Web.

Diverses mesures ont été prises pour garantir la qualité et assurer l'intégrité des données. Elles comprenaient l'utilisation de questions écrites dans Microsoft Access pour avoir accès aux données, suivi d'une interprétation manuelle afin de déterminer si des mesures correctives étaient nécessaires.

Les données et l'information pour les sources des effectifs ne figuraient pas dans un dépôt central. Elles ont été obtenues au moyen de recherches en ligne sur le site Web d'établissements de formation particuliers, de courriers électroniques et de contacts par téléphone des registraires, doyens et coordonnateurs de programmes pour les divers programmes d'enseignement.

Une base de données sur les ressources humaines en santé a par la suite été établie dans Microsoft Access 2000. Elle comprend deux sous-systèmes : un inventaire des professions de la santé et un inventaire des programmes de formation en santé qui appuient la formation de ces groupes professionnels. Cette base de données peut générer divers rapports fondés sur diverses combinaisons des éléments de l'ensemble des données minimales.

Une analyse approfondie du contexte a été entreprise pour obtenir une image générale des tendances et des enjeux ayant un impact sur le secteur de la santé en général et sur les groupes de professions individuels en particulier, dans le cadre du système de prestation des soins de santé au Nouveau-Brunswick. Diverses méthodes ont été utilisés.

- Les orientations stratégiques, et les changements et ajouts prévus aux programmes de soins de santé ont été indiqués lorsqu'ils étaient disponibles. Le fait que le gouvernement établit présentement le plan provincial des services de santé a constitué une contrainte pour l'étude relativement aux prévisions des exigences futures pour le réseau.
- Les documents, études et rapports commandés actuels qui ont une influence ou un impact sur la planification des ressources humaines en santé au Nouveau-Brunswick, au Canada atlantique ou au Canada ont été examinés.
- Trente entrevues ont été effectuées et six groupes de discussion ont été formés. Un échantillon représentatif de particuliers, treize groupes de professions chargés de la prestation des services et les secteurs de l'enseignement étaient représentés. Ils ont été cernés comme les principaux intervenants pour déterminer les enjeux qui influencent l'offre et la demande de ressources humaines en santé au Nouveau-Brunswick.

- 
- Une analyse du marché du travail a été effectuée. Elle était axée sur les trois principaux secteurs du marché : régions sanitaires du Nouveau-Brunswick, Canada atlantique et secteur privé. Les données et l'information pour appuyer cette analyse ont été recueillies dans le cadre d'une analyse du contexte et par l'examen des taux de salaire de douze professions de la santé dans le secteur public au Canada atlantique.

Un modèle de prévision des ressources humaines en santé a été créé en Microsoft Excel afin d'établir des prévisions basées sur un scénario. Cette approche permet d'intégrer les données, les directives et les détails sur la planification les plus récents. Elle permet aussi de créer différentes combinaisons de ces données selon les changements à la prestation des soins de santé et les développements prévus dans les soins de santé au Nouveau-Brunswick.

Les produits livrables du projet comprenaient une base de données d'inventaire dans Access 2000, des copies électroniques et imprimées du rapport final, des rapports de la base de données, le modèle de prévision des ressources humaines en santé en Microsoft Excel, une analyse du marché du travail et des documents techniques.

### 1.3 Constatations

La présente étude a révélé qu'en général la main-d'œuvre en santé du Nouveau-Brunswick présente les signes habituels d'une pénurie de main-d'œuvre, y compris des nombres accrus de postes vacants dans plusieurs groupes de professions de la santé, des délais plus longs pour pourvoir les postes vacants, une augmentation des heures supplémentaires et une hausse des salaires qui dépasse l'indice du coût de la vie. Ces signes dénotent un marché du travail plus restrictif car les effectifs sont incapables de soutenir la demande accrue.

La main-d'œuvre actuelle est poussée à ses limites, une moyenne de 26 % de la main-d'œuvre en santé dans le secteur public travaillant plus d'un équivalent à temps plein (ETP) ou 1 950 heures par année. Cette situation n'est pas viable et exige la prise d'une action immédiate pour soulager une main-d'œuvre fatiguée et vieillissante.

Les efforts du gouvernement en vue d'établir un plan provincial des services de santé intégré au Nouveau-Brunswick doivent reconnaître ce phénomène dans la planification de la prestation des services. Afin de gérer l'escalade des coûts de la main-d'œuvre, tout en demeurant compétitif et en assurant un accès pertinent aux services, il faut des stratégies portant non seulement sur la répartition des services mais aussi sur la composition adéquate et la bonne utilisation des fournisseurs de soins de santé.

Seulement quatre des vingt groupes, pour lesquels les données étaient suffisantes afin d'appliquer le modèle de prévision, pourraient connaître un surplus de postes d'ici la fin de la période de prévisions, vu que l'offre pour certaines professions oscille entre une faible pénurie et un faible excédent au cours de la période de cinq ans. Le Nouveau-Brunswick peut s'attendre à divers niveaux de pénuries de main-d'œuvre pour la plupart des professions de la santé qui nécessiteront des stratégies de coopération multiples.

D'après le modèle de prévision, le plus grand impact (pourcentage de la main-d'œuvre en général) se fera sentir dans l'offre disponible de techniciens des dossiers médicaux, de pharmaciens, d'orthophonistes, de techniciens en électrocardiographie, de technologues en radiation médicale, de technologues de laboratoire médical, d'ergothérapeutes et de radiothérapeutes, des professions pour lesquelles on prévoit des pénuries allant de 15 à plus de 40 % de leur main-d'œuvre. Le plus grand impact par nombre sera la

---

pénurie des infirmières immatriculées (II) avec un écart prévu de plus de 1 000 infirmières immatriculées d'ici 2007, représentant 15 % de la main-d'œuvre totale.

La tendance vers une formation et une spécialisation universitaires dans plusieurs groupes de professionnels de la santé engendre de nouveaux coûts pour le réseau de soins de santé ainsi que des défis dans la gestion de l'offre de main-d'œuvre disponible. Le Nouveau-Brunswick ne peut pas ignorer cette tendance et continuer d'être compétitif sur le marché du travail. L'impact de praticiens mieux scolarisés dans leur domaine de pratique respectif et la diversité générale des services doivent être examinés au fur et à mesure que le gouvernement adopte des modèles d'exercice de la profession en collaboration. Il faut envisager des nouveaux modèles qui englobent différents travailleurs de soutien et de professionnels, et un investissement dans les technologies habilitantes qui miseront sur les compétences d'un personnel professionnel limité.

### **1.3.1 Recommandations**

La planification des ressources humaines en santé est un projet complexe et difficile, tout comme l'élaboration des directives concernant l'offre, le déploiement, l'utilisation et le déplacement de la main-d'œuvre. Les résultats de la présente étude et les produits livrables du projet ne constituent pas un plan des ressources humaines en santé. Ils fournissent toutefois au ministère de l'information, des données et des outils pour établir un plan solide des ressources humaines en santé qui appuie les diverses composantes du plan provincial des services de santé du gouvernement et qui aide à garantir un effectif stable des ressources humaines en santé au Nouveau-Brunswick.

Il n'y a pas une recommandation unique pour remédier aux pénuries de main-d'œuvre actuelles dans plusieurs professions de la santé et assurer la stabilité de la main-d'œuvre. Une gestion efficace des ressources humaines en santé nécessite des stratégies synergiques multiples. Les défis associés aux pénuries de main-d'œuvre actuelles ne sont pas survenus du jour au lendemain et ils ne seront pas résolus du jour au lendemain. Le gouvernement ne pourra pas à lui seul entreprendre la planification et la gestion efficaces de la main-d'œuvre en santé au Nouveau-Brunswick. Il faudra compter sur la participation active des employeurs, des fournisseurs de soins de santé, des associations professionnelles, des organismes de réglementation, des syndicats et des éducateurs à une démarche collective.

Le présent rapport contient cinquante-huit recommandations présentées sous les six thèmes suivants :

- planification des ressources humaines en santé,
- données, sources et gestion des données,
- offre de main-d'œuvre,
- utilisation,
- recrutement et maintien en poste,
- prévision de l'offre et de la demande.

Ces recommandations forment un ensemble qui vise à trouver une solution générale et qui, avec l'engagement des parties, peut être mis en oeuvre progressivement à court et à moyen terme. Ces recommandations représentent un plan d'action qui nécessitera un investissement considérable à long terme de la part du gouvernement et des autres intervenants en soins de santé. Elles comporteront un investissement de ressources financières et humaines, et de temps ainsi qu'une volonté de la part de toutes les parties de collaborer davantage et même différemment pour mieux assurer une utilisation optimale de toutes les ressources. C'est un bon début, une base dont le ministère et les principaux intervenants

---

peuvent s'inspirer pour établir un cadre de planification des ressources humaines en santé intégré au Nouveau-Brunswick.

---

## 2. DESCRIPTION DU PROJET

---

Le ministère de la Santé et du Mieux-être du Nouveau-Brunswick (le ministère) a retenu à contrat les services de Fujitsu Conseil qu'il a chargé de faire l'analyse de l'offre et de la demande de ressources humaines en santé (AODRH). Le projet comportait deux phases. La première phase de l'étude (mars et avril 2002) comprenait une analyse préliminaire, menant à un rapport détaillé de la méthodologie pour orienter l'étude, qui était la deuxième phase. L'étude proprement dite qui a été effectuée entre mai et octobre 2002 comprenait une analyse générale des ressources humaines en santé choisies (expliquée dans la demande de propositions et définie au cours des réunions du Comité directeur des ressources humaines en santé du Nouveau-Brunswick) employées dans les secteurs public et privé. (Annexe A). Les résultats de l'étude ont pour but d'établir le profil actuel des professions de la santé au Nouveau-Brunswick et de documenter l'orientation stratégique et les décisions pour le système de formation et les employeurs du secteur de la santé. Les produits livrables remis au ministère de la Santé et du Mieux-être comprennent un processus de prévision des besoins en ressources humaines en santé. Une analyse générale semblable des médecins au Nouveau-Brunswick est le dernier aspect de la deuxième phase de l'étude. Elle sera entreprise à la fin de l'automne de 2002.

Conformément aux objectifs du projet, Fujitsu Conseil devait :

- dresser un inventaire des professionnels de la santé des secteurs public et privé (annexe B), y compris une analyse démographique (âge, sexe, capacité linguistique, statut d'emploi, domaine de pratique et statut professionnel) par région, secteur de la santé et secteur d'emploi, selon l'ensemble de données minimales décrit à l'annexe C;
- effectuer une analyse du marché du travail, y compris de la disponibilité des professionnels de la santé compétents et de l'information sur les programmes de formation au Canada atlantique et au Québec, selon l'ensemble de données minimales décrit à l'annexe C;
- effectuer une analyse du contexte afin de déterminer l'impact des tendances actuelles, des projets fédéraux et provinciaux ou des stratégies relatives à l'offre et à la demande de fournisseurs de soins de santé;
- effectuer une recherche et établir les hypothèses devant servir à prévoir la demande de professionnels de la santé;
- prédire, selon l'information fournie, la demande de professionnels de la santé au cours des cinq prochaines années, y compris les taux d'attrition, les changements dans la demande basés sur les prévisions démographiques, les attentes accrues du public, et les tendances et technologies nouvelles;
- déterminer les pénuries ou les surplus de main-d'œuvre pouvant survenir au cours des cinq prochaines années, d'après l'information sur l'offre et la demande susmentionnée;
- déterminer les défis particuliers qui auront un impact sur le recrutement et le maintien en poste des nouveaux professionnels de la santé;
- soumettre des recommandations pour orienter le gouvernement dans la planification rationnelle des ressources humaines en santé.

Le projet comprend les produits livrables suivants :

- base de données d'inventaire en Microsoft Access 2000 avec deux sous-systèmes : inventaire de 27 groupes de professions et inventaire des programmes de formation;

- 
- rapports types, par éléments de données multiples, à partir du sous-système de la base de données de l'inventaire;
  - documentation technique appuyant le développement et l'alimentation de la base de données;
  - document électronique (Microsoft Word 2000), sept copies imprimées reliées et une copie non reliée du rapport final en anglais;
  - modèle de prévision des ressources humaines en santé en Microsoft Excel 97;
  - analyse du marché du travail.

---

## 3. APPROCHE ET MÉTHODOLOGIE

---

### 3.1 Collecte des données

Comme il est indiqué dans les sous-sections suivantes, diverses méthodes de collecte de données primaires et secondaires ont été utilisées au cours de cette étude afin de recueillir l'information requise pour dresser l'inventaire des ressources humaines en santé et documenter la base de données sur les programmes de formation.

#### 3.1.1 Collecte de données primaires

- De nombreuses sources ont été utilisées pour documenter l'ensemble de données minimales pour les groupes de professions visés par l'étude. Dans bien des cas, une seule source de données n'a pas fourni toute l'information souhaitée. On a donc consulté plusieurs sources pour obtenir un ensemble de données générales.
- Base de données des fournisseurs de services (BDFS)/SRIS – Huit fichiers électroniques contenant les données « finales de 2001 » indiquées sur les formulaires d'inscription de 2001 par les membres des associations pour les professions suivantes : travailleurs sociaux, audiologistes, ergothérapeutes, physiothérapeutes, orthophonistes, technologues de laboratoire médical, infirmières immatriculées et infirmières auxiliaires autorisées. Il faut être membre de l'association provinciale pour être autorisé à exercer ces professions au Nouveau-Brunswick.
- BDRH – Fichier électronique contenant des données de la période de paye du 2 mai 2002. Les professions non importées autrement ont été importées à l'aide de la BDRH. Ces données ont aussi été utilisées pour compléter ou confirmer l'information reçue autrement comme les associations.
- SIRH – Fichier électronique contenant des données jusqu'en mars 2002.
- Association des infirmières et infirmiers du Nouveau-Brunswick (AIINB) – Fichier électronique contenant les noms et de l'information sur le statut utilisé pour établir un rapprochement entre les membres décédés ou à la retraite.
- Association des infirmières et infirmiers auxiliaires autorisées du Nouveau-Brunswick – Document imprimé avec liste de doubles possibles lorsque les IAA peuvent être associés à d'autres professions étudiées.
- Maritime Association of Neuroelectrophysiology Technologists (électroencéphalographie) – Le tableur a été complété pour les membres, mais tous les champs n'ont pas été remplis.
- Association des technologues en cardiologie – Document imprimé avec information limitée sur chacun des membres.
- Collège des psychologues du Nouveau-Brunswick – Document en Word comprenant une liste de noms et d'adresses, le statut et la préférence linguistique.
- Association des technologues en radiation médicale – Deux tableurs avec liste des membres, leurs spécialités, statut d'inscription, statut d'emploi, adresse, hôpital, année d'obtention du diplôme, lieu de formation et désignation.
- Association des inhalothérapeutes – Douze tableurs contenant une liste de membres pour divers employeurs; tous les champs n'ont pas été remplis.

- 
- Association des travailleurs paramédicaux – Fichier électronique contenant une liste des membres, avec adresse, date de naissance, employeur et niveau.
  - Association des diététistes – Fichier électronique contenant presque tous les éléments de l'ensemble de données minimales, sauf l'âge qui a été obtenu dans un exercice distinct.
  - Association des optométristes – Fichier électronique contenant une liste des membres, avec date de naissance, langue, sexe, scolarité, employeur, secteur de la santé, et région, secteur d'emploi et statut.
  - Société pharmaceutique – Fichier électronique contenant une liste de noms avec numéros d'immatriculation, dates de naissance et sexe.
  - Association interprofessionnelle des dossiers de santé – Fichier électronique contenant une liste de noms avec adresse, date de naissance, langue, sexe, scolarité, numéro d'immatriculation, statut et nom de l'employeur.
  - Sondage auprès des employeurs privés – Réponses au sondage sur le site Web et questionnaires retournés.

Plusieurs sources de données ont aussi été consultées pour obtenir l'information requise afin de documenter la base de données sur la formation avec les données minimales du marché du travail décrites dans la demande de propositions car il n'existe pas de centre d'information régional ou national. À part les données de 2002 du fichier électronique de la Commission de l'enseignement supérieur des provinces Maritimes, les autres renseignements sur la scolarité proviennent des recherches en ligne sur les établissements d'enseignement particuliers, des courriers électroniques et des contacts par téléphone avec les registraires, doyens ou coordonnateurs des programmes pour divers programmes d'enseignement d'intérêt.

### **3.1.2 Résumés analytiques de la base de données**

Des programmes (scripts) ont été écrits pour télécharger l'information reçue par voie électronique. Les devis techniques de ces scripts se trouvent dans les documents suivants : P490S\_Aud, P490S\_Diet, P490S\_HRDB, P490S\_HRIS, P490S\_MLT, P490S\_OPT, P490S\_OT, P490S\_paramedic, P490S\_PHARM, P490S\_physio, P490S\_RN, P490S\_RNA, P490S\_SLP, P490S\_SW, P490S\_WEB. (Nota : Ces documents ont été écrits avant le changement de nom du groupe professionnel des IAI à IAA.)

Ces documents sont rédigés d'un point de vue technique. Ils expliquent la correspondance de chaque champ aux codes utilisés dans la base de données des ressources humaines en santé et la manière d'alimenter chaque champ dans chaque tableau dans la base de données des ressources humaines en santé avec l'information reçue par voie électronique de diverses sources. Chaque fichier reçu a été importé dans un tableau temporaire dans la base de données des ressources humaines en santé. Ces tableaux temporaires ont alors été utilisés pour alimenter les tableaux des ressources humaines en santé avec les données sur chacune des professions.

Dans certains cas, d'autres renseignements ont été obtenus après la création des 490 devis fonctionnels. Ces champs pourraient donc être interprétés différemment. Parfois, l'information a été reçue après la production des scripts pour alimenter la base de données. Dans de tels cas, les demandes de renseignements ont été écrites pour mettre à jour et corriger les données; parfois, les données ont dû être corrigées à la main. Les scripts et les 490 devis n'ont pas été mis à jour pour refléter le changement car les scripts ne pouvaient pas être produits à nouveau (car les données qui avaient été entrées manuellement ou mises à jour auraient été écrasées).

---

Dans certains cas, des données particulières ont dû être interprétées manuellement lorsque les résultats avaient été importés d'un site Web. La région 0 de la BDFS (région inconnue) a été répartie manuellement à partir de la région sanitaire de l'employeur indiquée sur la fiche de l'employé (plutôt que la région sanitaire de l'employeur dans les tableaux de l'employeur de la BDFS/SRIS). Dans d'autres situations, l'information conflictuelle de sources multiples a dû être résolue manuellement.

Un processus manuel a été utilisé pour extraire les entrées individuelles en double de la base des données. Les doubles peuvent avoir été créés lorsque des sources multiples ont été utilisées afin de fournir l'information pour une seule profession ou lorsque la même personne appartient à plus d'une profession de la santé incluse dans l'étude (par exemple, une IAA peut aussi être un ambulancier).

### **3.1.3 Autres sources de données**

En plus des données reçues des divers ministères du gouvernement et des associations, l'information a été recueillie auprès du secteur privé, au moyen d'un questionnaire envoyé par la poste à environ 1 200 employeurs du secteur privé. Les répondants pouvaient fournir les données sur un site Web, remplir et retourner le questionnaire ou utiliser une version électronique du formulaire. Le personnel chargé de la saisie des données a effectué plusieurs appels de suivi auprès des répondants pour préciser l'information qui avait été retournée ou pour obtenir d'autres renseignements.

Plusieurs mesures ont été prises pendant la garantie de qualité au cours de l'examen des données, dont l'utilisation des requêtes écrites dans Microsoft Access pour accéder aux données, suivie d'une interprétation manuelle afin de déterminer si des mesures correctives étaient requises. Cela comprenait (mais non exclusivement) les mesures suivantes :

- suppression des personnes inscrites en double (qui peuvent avoir été inscrites deux fois dans la base de données lorsque des sources de données multiples ont été utilisées pour documenter une profession; des doubles ont aussi été indiqués lorsqu'une personne était associée à plusieurs professions);
- mise à jour ou ajout d'information de sources secondaires (par exemple âges pour divers groupes obtenus du SIRH ou de la BDRH, âges de diététistes reçus par courrier électronique, statut d'emploi plus détaillé pour certains groupes de la BDFS se trouvant dans la BDRH, etc.);
- vérification que chaque personne a un seul employeur principal (de façon à assurer que chaque personne serait comptée une seule fois sur chaque rapport indiquant le nombre d'employés par opposition au nombre de postes);
- préparation manuelle des tables de correspondance des catégories d'emploi de la BDRH aux groupes de professions à l'étude;
- préparation manuelle des tables de correspondance de la Région 1 à la Région 1/Région SE et Région 1 B;
- nouvelles tables de correspondance de plus de 1 700 postes dans la BDFS aux régions sanitaires de « inconnu » (Inconnu a été précisé dans le tableur de l'employeur; toutefois, les régions sanitaires étaient disponibles pour l'employeur du particulier dans les fichiers d'origine);
- vérification des données par recoupement des champs (p. ex. travailleurs sociaux ayant rempli la section du formulaire réservé à l'employeur même s'ils ne travaillaient pas dans le domaine social);
- suppression de données sur le Web qui avaient été entrées de manière erronée par les utilisateurs (certains employeurs ont fourni de l'information pour des personnes qui ne faisaient pas partie de l'étude et ont effectué un choix arbitraire de groupes de professions pour ces personnes);

- 
- autres champs dans lesquels de l'information utile a parfois été fournie concernant le domaine de pratique; toutefois les champs ont dû être interprétés manuellement car ils n'étaient pas uniformément décrits (p. ex. diététistes sous « titre de poste »);
  - vérification des données à l'aide de sources multiples (p. ex. réponses sur le Web utilisées pour vérifier l'information reçue de diverses associations, utilisation de la même manière de la BDRH, etc.).

### **3.2 Analyse du contexte**

Une analyse générale du contexte a été effectuée pour obtenir une image générale des tendances et des enjeux qui ont un impact sur l'ensemble du secteur des soins de santé et sur les groupes de professions en particulier dans le système de prestation des soins de santé au Nouveau-Brunswick. Puisque le réseau du Nouveau-Brunswick fait partie intégrante d'un plus vaste réseau canadien de soins de santé et qu'il doit être compétitif pour attirer et garder certaines professions de la santé, l'étendue de l'analyse du contexte comprenait les questions ayant trait à l'offre et à la demande de professions de la santé dans le contexte canadien plus large, au besoin, et dans le contexte de la région de l'Atlantique par ailleurs. Les diverses méthodes utilisées pour obtenir cette information sont décrites davantage dans les sections suivantes.

#### **3.2.1 Examen de la documentation**

Un examen général a été effectué de l'ensemble des documents, des études et des rapports commandés qui influencent ou qui ont un impact sur la planification des ressources humaines en santé au Nouveau-Brunswick, au Canada atlantique ou au Canada. Une bibliographie figure à l'annexe B. Des recherches en ligne ont aussi été effectuées pour les sources secondaires de données sur le marché du travail.

#### **3.2.2 Entrevues et groupes de discussion**

Vu le court délai pour effectuer cette étude exhaustive, un processus a été établi pour choisir un échantillon représentatif de personnes et de groupes de professions chargés de la prestation des services et des secteurs d'enseignement qui, selon Fujitsu Conseil et le Comité directeur, étaient les principaux intervenants en mesure de déterminer les nombreux facteurs qui ont un impact sur l'offre et la demande de ressources humaines en santé au Nouveau-Brunswick. Trente entrevues ont par la suite été effectuées. Six groupes de discussion représentant 13 groupes de professions de la santé distincts ont été organisés. Une liste des personnes interviewées et des participants aux groupes de discussion figure à l'annexe D.

De plus, plusieurs appels téléphoniques ont été faits auprès des particuliers de diverses professions dans les secteurs public et privé, des associations professionnelles ou organismes de réglementation et d'autres ministères du gouvernement pour obtenir des précisions et d'autres renseignements dont les consultants avaient besoin.

#### **3.2.3 Analyse du marché du travail**

L'analyse du marché du travail était axée sur trois secteurs du marché :

1. régions sanitaires du Nouveau-Brunswick : facteurs influençant le déplacement intraprovincial de la main-d'œuvre sur le marché du travail, entre les secteurs de santé et les régions sanitaires;

- 
2. canada atlantique : facteurs, comme les différences de salaires et des avantages, les conditions de travail et autres variables ayant un impact sur l'offre et la demande au Nouveau-Brunswick;
  3. secteurs public et privé : description des dynamiques des secteurs public et privé pour les principales professions dans les deux secteurs, comme principal compétiteur pour les ressources humaines en santé.

Deux principales méthodes ont servi à la collecte d'information pour l'analyse du marché du travail :

1. processus d'analyse du contexte décrit aux paragraphes 3.2.1 et 3.2.2 ci-dessus;
2. examen des taux de salaire pour les douze professions du secteur de la santé suivantes dans le secteur public au Canada atlantique : infirmières immatriculées, infirmières auxiliaires autorisées, travailleurs sociaux, physiothérapeutes, ergothérapeutes, orthophonistes, audiologistes, radiothérapeutes, techniciens en sonographie médicale, technologues de laboratoire médical, pharmaciens et techniciens des dossiers médicaux.

Pendant l'examen des taux de salaire, une analyse comparative a permis de classer ces professions des divers systèmes de santé de la région et de déterminer la position concurrentielle du Nouveau-Brunswick dans ces groupes de profession. Les niveaux de salaire du secteur privé ont été inclus, lorsque cela était possible, ce qui a ajouté une autre dimension aux facteurs qui influent sur l'offre et la demande de ressources humaines en santé à court et à moyen terme.

Dans cette analyse comparative, il importait de reconnaître que les milieux de travail du secteur public au Nouveau-Brunswick, en Nouvelle-Écosse, à l'Île-du-Prince-Édouard, et à Terre-Neuve-et-Labrador sont caractérisés par des organisations syndicales différentes qui représentent divers segments de ces catégories de professions dans chaque province. Plusieurs facteurs ont compliqué la comparaison des taux de salaire entre ces provinces.

- Le nombre de syndicats représentant ces professions et l'état actuel de leurs conventions collectives varient entre les provinces.
- Les taux de salaire de chaque profession se situent à l'intérieur d'une gamme de classifications, chaque classification ayant une échelle de salaire dans chaque province.
- Le grand nombre de classifications à l'intérieur de chaque catégorie de professions reflète la mise en oeuvre continue des réformes des soins de santé et la régionalisation de la prestation des soins de santé au Canada atlantique.
- L'approche de « progression par étape » qui influe sur les niveaux de salaire est incluse dans la plupart des conventions collectives dans la région de l'Atlantique et crée un autre niveau de différence salariale.

La plupart des conventions collectives analysées couvrent les **hôpitaux et les établissements de soins de santé** à l'intérieur de chaque province. En Nouvelle-Écosse, la plupart des données salariales ont été obtenues de la Capital District Health Authority. Grâce aux données de cet organisme, l'impact du marché des soins de santé le plus compétitif et le plus grand au Canada atlantique, Halifax, a été entièrement intégré à notre analyse.

Les données concernant les niveaux de salaire et les conditions de travail du secteur privé sont moins facilement accessibles; toutefois, un échantillonnage du marché actuel a été fourni à des fins de comparaison.

---

De plus, l'analyse donne un aperçu de l'échelle des taux de salaire du Nouveau-Brunswick par rapport aux autres provinces de l'Atlantique dans deux grandes catégories de soins de santé : les niveaux de salaire actuellement en vigueur pour débutants et les travailleurs très expérimentés dans leurs systèmes de soins de santé respectifs. Pour la main-d'œuvre d'expérience, il importe de noter que d'autres compétences et études sont souvent requises pour ces types de poste, qui sont moins nombreux que les postes pour débutants.

Afin de faciliter l'interprétation, le premier ou le plus bas niveau de progression de chaque classification de poste pour l'analyse comparative au niveau de débutants est utilisé. Les taux de salaire pour chaque profession sont les taux moyens de chaque échelle de progression respective de la convention collective pour la plus haute classification de cette profession comme une approximation des niveaux de salaire du secteur public des personnes « expérimentées » faisant actuellement partie de la main-d'œuvre en santé.

Il importe de noter que la méthode utilisée ne comportait aucune analyse des définitions d'emploi individuel. Elle était basée uniquement sur les appellations d'emploi précisées dans les diverses conventions collectives. L'analyse ne portait pas sur les postes cadres ou d'autres postes non syndiqués dans les systèmes de soins de santé individuels. Tous les postes et leurs taux respectifs sont indiqués dans les conventions collectives actuellement en vigueur dans les quatre provinces de l'Atlantique.

Il importe aussi de noter que la méthode d'analyse des salaires ne comprenait pas les différentes stratégies de recrutement et de maintien en poste qui peuvent être en vigueur dans quelques provinces, districts de santé régionaux ou régies de la santé au Canada atlantique. Ces stratégies influent grandement sur les niveaux de salaire; toutefois, lorsque l'information était disponible, elle est documentée dans l'analyse des professions pour chaque groupe professionnel au paragraphe 5.3.

L'impact de ces stratégies et des politiques de recrutement ne doit pas être minimisé. L'analyse comparative des salaires fournit un aperçu des taux des salaires actuels dans la région de l'Atlantique. À l'aide d'une recherche secondaire, il faudrait considérer l'ensemble des résultats en tenant compte des différentes activités de recrutement et de maintien en poste actuelles, et de leur influence sur le succès de chaque province à acquérir et à retenir des ressources humaines professionnelles dans ces professions de la santé.

Les résultats cumulatifs de l'analyse du marché du travail sont intégrés aux paragraphes 5.3 à 5.8 des groupes de professions respectifs.

### **3.3 Création d'une base de données**

La base de données sur les ressources humaines en santé comprend deux sous-systèmes : un inventaire des professions de la santé et un inventaire des programmes de formation en santé qui appuient la préparation des groupes professionnels. Les sous-systèmes sont expliqués dans les paragraphes suivants.

#### **3.3.1 Sous-système de l'inventaire de la santé**

Le sous-système de l'inventaire de la santé comprend des tableaux établis au moyen de scripts (fichiers de sources de données importées) et de la saisie manuelle des données. Veuillez vous reporter à l'ensemble de données minimales (annexe C) pour une description complète de ces éléments. Étant donné que toutes les données n'étaient pas disponibles, tous les éléments de l'ensemble des données minimales n'ont pas pu être calculés pour tous les particuliers. L'information n'a pas pu être obtenue pour tous les particuliers travaillant dans les professions à l'étude.

---

Certains renseignements utilisés pour alimenter la base de données proviennent directement des associations ou des employeurs du secteur privé. Beaucoup d'information a été fournie par les particuliers. Leur interprétation des formulaires d'inscription de leur association n'était pas toujours uniforme.

Lorsque les données étaient disponibles, le nom, la capacité et la préférence linguistique du particulier, ainsi que sa date de naissance ont été indiqués. Si la personne était associée à plusieurs professions à l'étude, les détails de chaque profession ont été entrés. Les détails sur la profession comprennent le statut (employé, sans emploi, à la recherche d'un emploi, à la retraite, etc.), la spécialité, le domaine de pratique, le statut d'inscription, le numéro d'inscription, la formation ou les titres de compétences.

L'information concernant l'emploi du particulier a aussi été recueillie. Pour chaque poste occupé par une personne pour laquelle les données ont été reçues, le nom et l'adresse de l'employeur, le secteur de la santé, le secteur d'emploi, le statut d'emploi et le nombre moyen d'heures de travail par semaine ont été entrés.

### **3.3.2 Sous-système de formation**

Ce sous-système comprend des tableaux calculés au moyen de données entrées manuellement, à l'aide de l'information recueillie au cours de l'étude. L'information a été obtenue des collèges communautaires, des écoles privées, de la Commission de l'enseignement supérieur des provinces Maritimes, des registraires et des chefs de département des universités, et des sites Web des universités.

Les détails sur les programmes de formation en santé comprennent le nom du programme et de l'établissement, le niveau de programme, la langue du programme, les conditions d'admission, le nombre d'inscriptions, la durée, les titres de compétence reçus, le nombre de diplômés, le nombre total d'inscriptions, le nombre d'étudiants du Nouveau-Brunswick inscrits et le taux d'attrition.

L'information a été recueillie surtout pour les établissements d'enseignement des Maritimes et du Québec, et pour d'autres écoles choisies au Canada (si le programme n'était pas offert dans les provinces Maritimes ou au Québec).

### **3.3.3 Structure de la base de données**

Microsoft Access 2000 a été utilisé comme l'outil de la base de données des ressources humaines en santé. Les tableaux, requêtes, formulaires et rapports sont tous des éléments du produit final. Deux bases de données physiques existent : RHS et RHS\_nom. La base de données des ressources humaines en santé contient tous les tableaux des sous-systèmes de l'inventaire de santé et de formation, mais ne comprend pas les noms des particuliers. Les noms des particuliers figurent dans un seul tableau dans la base de données RHS\_nom protégé par un mot de passe. Ce tableau pourra être importé dans la base de données sur les ressources humaines en santé si un exercice semblable est entrepris et que les noms sont requis pour déterminer s'il existe des fichiers individuels en double.

La structure de la base des données est expliquée en détail dans un produit technique livrable distinct. Ce produit livrable décrit tous les tableaux et tous les champs utilisés pour représenter l'information sur les aspects de la formation et de l'inventaire de santé de l'étude. Pour une description complète de la structure de la base de données, y compris une liste des tableaux et des domaines, veuillez vous reporter au document « P210 Database Structure ».

---

### 3.3.4 Rapports de la base des données

Tous les rapports qui se trouvent dans la base de données sur les ressources humaines en santé peuvent être produits de manière à afficher l'information pour toutes les professions ou pour une seule profession à la fois. Ils peuvent être établis à l'aide de la liste des professions dressée par le ministère de la Santé et du Mieux-être du Nouveau-Brunswick ou à l'aide des codes de la Classification nationale des professions (CNP) établis par le ministère de la Formation et du Développement de l'emploi du Nouveau-Brunswick. Les rapports par code de la CNP comprennent toutes les professions et ne peuvent pas être produits pour une seule CNP.

Certains renseignements utilisés pour obtenir des réactions au modèle de prévision proviennent des requêtes dans la base de données tandis que d'autres sont extraits des rapports formatés. Pour une liste complète des requêtes et des rapports, veuillez vous reporter aux onglets « Requêtes » et « Rapports » dans la base de données des ressources humaines en santé.

Pour un imprimé des rapports types, consultez le cahier à anneaux sur les rapports.

### 3.4 Conception du modèle de prévision des ressources humaines en santé

La structure de base du modèle de prévision des ressources humaines en santé pour le Nouveau-Brunswick est commune à tous les modèles de prévision de l'offre et de la demande des ressources humaines. Les trois éléments du modèle sont :

1. **offre** = disponibilité des ressources humaines en santé;
2. **demande**=demande de ressources humaines en santé pour le système de prestation des soins de santé;
3. **analyse de l'écart** = interaction entre l'offre et la demande, et l'équilibre ou le déséquilibre qui en découle.

Le modèle a été créé en Microsoft Excel pour son caractère pratique, sa convivialité, et la facilité de manipulation et de mise à jour. Le modèle comprend diverses variables qui sont décrites dans les parties suivantes. Une prévision de l'offre et de la demande pour une période de cinq ans et l'écart (nombre de personnes) entre les deux, par groupe professionnel sera établie pour les groupes de professions pour lesquels il existe suffisamment d'information.

Le modèle de prévision a été conçu pour établir des prévisions à l'aide d'un scénario. Cette approche permet d'intégrer les données, les politiques et les détails de planification les plus récents et surtout différentes combinaisons de ces éléments selon les changements à la prestation des soins de santé et les progrès prévus dans les soins de santé à l'avenir au Nouveau-Brunswick.

Les parties suivantes décrivent les défis inhérents à la modélisation des ressources humaines en santé et définissent les modèles de prévision de l'offre et de la demande utilisés pour toutes les professions en santé (pour lesquelles les données sont disponibles) dans la présente étude.

#### 3.4.1 Composantes du modèle de prévision

La définition suivante du modèle de prévision de l'offre et de la demande s'applique à toutes les professions en santé indiquées à l'annexe B, dont le nombre de travailleurs dans le groupe est suffisant et dont les données sont suffisantes pour servir d'éléments du modèle.

---

### 3.4.1.1 Offre

L'offre du modèle comprend les éléments suivants qui sont par la suite décrits.

$$\begin{array}{c} \text{Nombre actuel} \\ + \\ \text{Augmentations} \\ - \\ \text{Départs} \\ \pm \\ \text{Facteurs de l'offre pondérés} \end{array}$$

#### Nombre actuel

Le nombre actuel de particuliers dans un groupe professionnel est le nombre de ceux qui figurent dans la base de données de l'inventaire des ressources humaines en santé du Nouveau-Brunswick. Il représente les personnes qui travaillent ou qui sont inscrites dans la profession (méthode du dénombrement des effectifs).

#### Augmentations

Selon le groupe professionnel et les données disponibles, les augmentations comprennent un élément ou l'ensemble des éléments suivants :

1. **Entrants** – évalués comme suit :
  - estimation des diplômés des universités, des cours de formation et de recyclage de 2002 à 2007;
  - estimation du pourcentage des particuliers qui demeureront ou qui viendront au Nouveau-Brunswick pour exercer cette profession;
  - estimation de l'âge d'entrée dans la profession des nouveaux venus.
2. La **réserve** (*lorsque les données sont disponibles*) comprend la main-d'œuvre inactive dans une profession qui détient des certificats, une formation, des qualifications, etc., mais qui, pour une raison quelconque, a choisi de ne pas exercer cette profession. La réserve est un aspect important d'un point de vue stratégique car ces travailleurs peuvent avoir besoin d'un incitatif pour réintégrer la main-d'œuvre de cette profession.
3. La **migration nette (migration d'entrée, immigration et migration de sortie)** comprend les particuliers au Nouveau-Brunswick provenant d'autres provinces et pays, ainsi que ceux qui quittent le Nouveau-Brunswick. Selon le rapport de 1998 intitulé *Mobilité interprovinciale au Canada*<sup>1</sup>, la

---

<sup>1</sup> Ross, Finnie, *La mobilité interprovinciale au Canada : Une analyse longitudinale*, Développement des ressources humaines Canada, Direction de la recherche appliquée, septembre 1998.

---

taille et la richesse de la province sont un facteur déterminant de la migration de sortie car, en général, plus les provinces sont grandes et riches, plus les gains nets de population sont élevés. Dans le secteur des soins de santé, il est connu que d'autres instances (y compris à l'échelle internationale) qui offrent des salaires plus élevés ont réussi à attirer des professionnels de la santé du Nouveau-Brunswick et d'autres provinces moins riches. Lorsque cela est possible, les taux de migration par profession sont intégrés au modèle. Si l'information n'est pas disponible, les taux généraux de migration provinciale par groupe d'âge et par sexe sont utilisés comme mesure.

## Départs

Les départs de la main-d'œuvre d'une profession sont attribuables à diverses raisons temporaires ou permanentes.

Temporaire - Inactivation en raison d'une invalidité de courte ou longue durée, de congés de maternité, d'une participation à des programmes de formation, etc.

Permanente - Inactivation attribuable à la retraite\*, au décès, à l'émigration et à la migration de sortie (qui est indiquée sous « Migration nette » dans le modèle). Le décès comme cause d'un départ de la main-d'œuvre est moins fréquent que la retraite. Les tableaux sur les taux de mortalité donnent une estimation du départ de la main-d'œuvre en raison des décès. Cette information provient des tables de survie abrégées de Statistique Canada pour le Nouveau-Brunswick, selon l'âge et le sexe.

Les attritions non attribuables à un décès ou à la retraite peuvent être causés par des choix de mode de vie, une formation continue, des questions de santé, etc.

## Facteurs de l'offre pondérés

D'autres facteurs importants influent sur l'offre des ressources humaines dans une profession, mais ils ne sont pas aussi directement quantifiables que les autres éléments du modèle. Un exemple d'un facteur d'offre pondéré pourrait être les « niveaux élevés de stress et les lourdes charges de travail qui incitent les jeunes infirmières et infirmiers du Nouveau-Brunswick à quitter la profession dans l'année qui suit l'obtention de leur diplôme ». <sup>2</sup>

Le modèle permet de pondérer ces facteurs en fonction d'un impact perçu dans une échelle de 0 à 10 %. Par exemple, l'impact signifiera-t-il que 5 % ou 10 % moins d'infirmières et d'infirmiers viendront ou demeureront au Nouveau-Brunswick? Ces facteurs d'offre ont été indiqués et pondérés pour l'élément du groupe de discussion de l'étude.

## \*Retraites

Il importe de mentionner que les retraites ne sont pas une entrée distincte dans le modèle car les renseignements sont indiqués dans les cohortes d'âge selon laquelle, pour chaque année de la période prévue, les membres d'une profession vieillissent naturellement, passant d'un groupe d'âge au suivant. Ainsi, 50 % des cohortes d'âge de 60 ans + prennent naturellement leurs retraites chaque année ce qui

---

<sup>2</sup> « Young nurses quitting quickly », *Telegraph-Journal*, le vendredi 18 janvier 2002.

---

représente un taux très conservateur. L'âge moyen de la retraite au Canada a tendance à diminuer, étant passé de 65 ans environ au cours des années 70 et au début des années 80, à 61,3 à la fin des années 90.

## Questions relatives à l'offre

Un aspect important de l'offre dont il faut tenir compte est les entrants dans une profession qui détiennent des certificats, une formation et une immatriculation dans plusieurs professions. Une personne qui possède une formation en tant qu'infirmière et travailleuse sociale doit-elle être indiquée comme une main-d'œuvre disponible dans les deux domaines? L'indication des données sur cette personne influence l'équilibre entre l'offre et la demande. Dans le cadre de la présente étude, les deux professions sont inscrites dans la base de données d'inventaire des ressources humaines en santé. Aux fins de l'exercice de prévisions, les particuliers ont été placés dans leur profession principale (celle à laquelle ils consacrent le plus de temps).

### 3.4.1.2 Demande

Le système de soins de santé comporte deux fonctions : intervention et prévention. Ces fonctions contribuent à la demande des services de soins de santé en général et des services de ressources humaines en santé en particulier.<sup>3</sup> Plus la population générale qui utilise le système de services sociaux et de santé est nombreuse, plus la demande de ressources humaines en santé est grande. Puisque l'état de santé se détériore avec l'âge, les personnes âgées sont les principaux utilisateurs du système de soins de santé. La demande de ressources humaines en santé dépend de la structure d'âge de la population (patients potentiels). De même, le mélange de services de soins de santé utilisés par la population varie entre les groupes d'âge. Lorsque l'information est disponible, le modèle comprend la tendance à la croissance de la population âgée. Pour les professions qui offrent des services principalement à ce groupe d'âge, la courbe de croissance de la population est appliquée à la profession. Pour toutes les autres professions, la courbe de croissance de la population totale est utilisée. De même, lorsque des groupes de profession offrent surtout des services aux groupes des enfants (moins de 15 ans), la tendance vers la décroissance de cette population est appliquée.

Il importe, dans le développement d'un modèle de demande de ressources humaines en santé, que les aspects suivants soient compris et intégrés au modèle :

- Lorsqu'il y a lieu, le modèle de demande comprend les ratios de personnel et les ratios de population par fournisseur qui existent actuellement dans le système de soins de santé au Nouveau-Brunswick (*statu quo*). Vu l'absence de niveaux prédéfinis de « pratique optimale » dans la province, le ratio actuel est utilisé comme le ratio visé. Dans les autres cas, un facteur convenable est choisi et intégré.
- Il faut déterminer comment évoluera la demande à l'avenir. Les facteurs liés à ce changement peuvent être nombreux, y compris les progrès technologiques, les changements dans la prestation des soins de santé, les réponses aux changements stratégiques, etc. Ces développements et tendances prévus peuvent avoir un faible ou un grand impact sur la demande de la profession en question. Le Bureau of Labour Statistics des États-Unis est, selon les informations obtenues, un des rares

---

<sup>3</sup> Jaime A. Caceres, *Health Human Resources Model: Projection Tool for Health Policy*, préparé pour la conférence de l'Association canadienne pour la recherche en économie de la santé, mai 2001, Direction de la recherche appliquée et de l'analyse, Santé Canada.

---

organismes qui tiennent compte de ces impacts d'une manière structurée.<sup>4</sup> En général, le Bureau estime que les variables dont l'impact sur la demande d'une profession se situe en moyenne autour de 10 % sont considérés comme des impacts mineurs; les changements de 20 % sont modérés et les changements de 30 % sont considérés comme plus importants. Pour ce modèle, on suppose qu'aucune donnée « qualitative » n'aura un impact de plus de 10 % sur les ressources du groupe. La documentation détaillée accompagne les hypothèses formulées pour déterminer l'impact en pourcentage de ces variables sur la demande de la profession, car ces décisions structurées sont laissées à la discrétion des planificateurs, et non des données historiques quantitatives.

Dans l'équation des ressources humaines en santé, la demande est beaucoup plus complexe, plus variable et moins quantifiable que l'offre. Les variables de la demande incluses dans le modèle sont :

$$\begin{aligned} & \textbf{Nombre actuel = Demande actuelle} \\ & \textit{(statu quo)} \\ & + \\ & \textbf{Postes vacants dans le système} \\ & \textit{(secteurs public et privé)} \\ & + \\ & \textbf{Nouveaux postes prévus} \\ & - \\ & \textbf{Réduction prévue du nombre de postes} \\ & \pm \\ & \textbf{Facteurs de la demande pondérés} \end{aligned}$$

### **Nombre actuel = Demande actuelle**

Le modèle commence par un équilibre avec l'offre actuelle, déterminée dans le modèle d'offre, qui équivaut à la demande actuelle (cela suppose un *statu quo*). On y applique par la suite les facteurs de la demande suivants (+ ou -) à la demande actuelle pour déterminer la demande pour l'année subséquente.

### **Postes vacants**

Les postes vacants du secteur public sont tirés des derniers rapports sur les postes vacants des régions régionales de la santé.

---

<sup>4</sup> Bureau of Labour Statistics, *Handbook of Methods*, chapitre 13.

---

## Nouveaux postes prévus

Les nouveaux postes prévus sont des postes qui seront ajoutés dans le système à la suite de l'évolution de la situation à l'avenir. À titre d'exemple, le gouvernement pourrait donner suite à la proposition actuelle de la Société médicale concernant l'utilisation des infirmières et infirmiers dans les cabinets des médecins comme premier contact pour certains patients.<sup>5</sup> Le dépôt prévu de la nouvelle loi intégrant les infirmières praticiennes à l'ensemble de services au Nouveau-Brunswick est un autre secteur pouvant avoir un impact sur plusieurs secteurs de services.

## Réduction prévue du nombre de postes

La réduction prévue des postes a été incluse dans le modèle au cas où des projets comprennent la fermeture d'établissements, l'abolition de programmes, etc., ce qui pourrait entraîner le déplacement d'un certain nombre de personnes.

## Facteurs de la demande pondérés

Tout comme pour l'offre dans l'équation des ressources humaines en santé, il existe aussi des variables de la demande moins quantifiables mais essentielles :

- structure d'âge de la population,
- état de santé de la population,
- profil d'utilisation de la ressource en santé,
- nouvelles tendances ayant un impact sur les attentes du public en matière de services,
- changements technologiques (peuvent être un complément ou un remplacement des ressources humaines en santé).

Bien qu'il ait été impossible de quantifier certaines variables, nous avons pu déterminer l'orientation de l'impact sur la demande pour une sélection de ces variables et dans certains cas, évaluer l'ampleur de cet impact. Cette capacité est intégrée à la demande du modèle selon la même échelle de 0 à 10 % pour pondérer l'ampleur de l'impact sur la demande, en tenant compte des résultats des groupes de discussion et de l'analyse du contexte.

### 3.4.1.3 Écart entre l'offre et la demande

Dans l'analyse de l'écart, il doit y avoir une interaction entre les modèles d'offre et de demande pour créer l'équilibre ou le déséquilibre. L'analyse de l'écart prévoit les excédents ou les pénuries futurs à l'intérieur de chaque catégorie de professions pour laquelle l'information disponible est suffisante.

En général, l'analyse de l'écart établit la différence entre l'offre prévue de travailleurs et la demande des travailleurs dans la profession, et le caractère immédiat du déséquilibre (dans une période de prévisions de

---

<sup>5</sup> Proposition de la Société médicale du Nouveau-Brunswick à la province mentionnée dans le *Telegraph-Journal*, le 3 avril 2002.

---

cinq ans). Les décideurs peuvent ainsi déterminer s'ils doivent tenir compte de certains aspects, par exemple :

- programmes d'incitatifs pour attirer et maintenir les travailleurs dans certaines professions,
- programmes de bourses et achat de places dans certaines écoles de formation,
- utilisation d'une variété de fournisseurs de services ou d'un remplacement,
- changements aux systèmes de rémunération,
- mise sur pied d'un nouveau programme de formation au Nouveau-Brunswick,
- achat d'autres places dans certains programmes de formation,
- mise sur pied d'un nouveau programme reporté jusqu'à ce que les ressources soient disponibles.

**Il importe de mentionner que les écarts (pénuries ou surplus) sont cumulatifs car ils s'intensifieront au cours de la période prévue de cinq ans, si le *statu quo* prévaut et que rien n'est fait pour redresser l'écart.**

---

## 4. TENDANCES ET ENJEUX RELATIFS À L'OFFRE ET À LA DEMANDE FUTURES

---

D'après certaines indications, le système de soins de santé du Nouveau-Brunswick pourrait ne pas avoir le nombre et la diversité de ressources humaines en santé voulus pour répondre aux besoins futurs des citoyens de la province en matière de santé. Il importe de reconnaître ces signes ainsi que d'autres enjeux, tendances et modes externes qui auront un impact direct et indirect sur la politique des soins de santé et sur l'ensemble du système de prestation des soins de santé au Nouveau-Brunswick, et un impact sur l'offre et la demande actuelles et futures de fournisseurs de soins de santé. On prévoit que la demande des services de soins de santé continuera de dépasser le financement disponible, ce qui mènera à l'établissement de priorités à l'échelle provinciale dans les dépenses relatives à la santé.

Le Nouveau-Brunswick est en fait un microcosme de la réalité nationale et internationale des pénuries croissantes à l'intérieur de plusieurs principaux groupes de professions de la santé. Dans son rapport provisoire de février 2002 intitulé *Préparer l'avenir des soins de santé au Canada*, la Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada (ci-après Commission Romanow) a précisé qu'un groupe pancanadien d'organismes de la santé a soulevé que les ressources humaines en santé représenteront un des principaux défis de recherche au Canada au cours des deux à cinq prochaines années. Des pénuries dans plusieurs groupes de professions, le moral bas attribué aux longues heures de travail dans des conditions très stressantes, les préoccupations concernant l'étendue du champ d'exercice et la tendance vers le « maraudage » des professionnels de la santé rares entre les régions et les provinces ont été cités comme des éléments clés de la solution. Selon l'étude intitulée *Canadians' Thoughts on Their Health Care System: Preserving the Canadian Model Through Innovation*, commandée par la Commission Romanow, il est reconnu que la réduction du personnel et le temps d'attente accru pour des soins figurent parmi les principales préoccupations des Canadiens.

Le climat actuel crée pour les gouvernements au pays un sentiment d'urgence d'entreprendre une planification rationnelle des ressources humaines en santé afin d'assurer un nombre suffisant de professionnels de la santé ayant les compétences nécessaires pour répondre aux besoins futurs des citoyens en matière de santé. Les secteurs de la santé et de l'éducation au Nouveau-Brunswick devraient utiliser les résultats de cette étude pour la planification des besoins futurs en matière de ressources humaines en santé et documenter l'orientation et les décisions par le gouvernement provincial et la région de l'Atlantique concernant le nombre d'inscriptions dans des programmes de formation en santé afin de satisfaire à la demande prévue. L'étude fournira aussi au gouvernement et aux employeurs de l'information sur la prise de décisions ayant trait au recrutement, au maintien en poste et aux projets de formation de la main-d'œuvre.

### 4.1 Besoins de la population en matière de santé

Selon l'Organisation mondiale de la santé, la « santé » est un état complet de mieux-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité. De nombreux facteurs contribuent donc à déterminer la santé, y compris l'éducation, l'emploi et les conditions de travail, le sexe, la culture, le milieu physique, le revenu, le statut social, les réseaux de soutien social, le développement d'enfants en santé, les habitudes de santé personnelles, les aptitudes à l'adaptation, l'hérédité, la génétique et les services de santé disponibles.

---

#### 4.1.1 Déterminants de la santé

Dans un rapport de 1999, Santé Canada<sup>6</sup> compare divers indicateurs de l'état de santé et déterminants entre le Nouveau-Brunswick, et les autres provinces et territoires. Voici une liste de quelques comparaisons.

##### Éléments positifs pour le Nouveau-Brunswick

- Plus faible taux de blessures au travail au Canada
- Deuxième rang pour le plus faible taux de bébés dont le poids à la naissance est inférieur à la norme au Canada
- Faibles taux de mortalité infantile

##### Éléments négatifs pour le Nouveau-Brunswick

- Population de 20 à 64 ans la plus obèse au Canada (42 %)
- Deuxième rang pour le taux le plus élevé de mortalité causée par le cancer chez les femmes au Canada
- Taux de mortalité par cancer du sein le plus élevé au Canada

De plus, comme il est décrit dans le *Plan de prospérité du Nouveau-Brunswick*<sup>7</sup>, il existe des écarts entre le Nouveau-Brunswick et la moyenne nationale en ce qui a trait au revenu par habitant et à l'emploi par population en âge de travailler.

Vu ces déterminants de la santé, les fournisseurs de soins de santé reconnaissent que l'accès à des soins de santé de qualité n'est qu'un des facteurs qui contribuent à la santé des particuliers et des localités où ils demeurent. Il faut un effort concerté et coordonné de tous les fournisseurs pour aborder l'ensemble des facteurs qui ont un impact sur la capacité d'un individu d'être et de demeurer en santé.

La conception et la mise en place efficace d'un modèle stratégique public sain offrent au gouvernement l'occasion d'avoir un impact positif sur la santé des Néo-Brunswickois. Ce modèle peut comprendre des éléments comme un outil d'évaluation de l'impact sur la santé, qui pourrait être utilisé par tous les ministères du gouvernement pour établir des positions stratégiques ou pour prendre des décisions éclairées sur les projets.

---

<sup>6</sup> Santé Canada, *pour un avenir en santé : Deuxième rapport sur la santé de la population canadienne*, 1999.

<sup>7</sup> Gouvernement du Nouveau-Brunswick, *Vers un meilleur avenir : Le plan de prospérité du Nouveau-Brunswick*, 2002-2012.

---

## 4.2 Démographie

Plusieurs facteurs démographiques affectent tous les niveaux de services sociaux et de soins de santé au Nouveau-Brunswick. La démographie provinciale – population, structure par âge, densité, statistiques de l'état civil, etc. – joue un rôle important, en indiquant la demande des services de soins de santé par la population, la répartition de la demande et les types de services requis.

## 4.3 Décroissement de la population<sup>8</sup>

La population du Nouveau-Brunswick diminue. **Après 25 années de croissance, la population de la province a diminué de 1,2 % entre 1996 et 2001, pour atteindre 729 498.** Cette diminution est causée par plusieurs tendances, y compris les faibles taux de fertilité, le nombre réduit de naissances et un taux de mortalité plus élevé en raison du vieillissement de la population.

Le taux d'accroissement démographique du Nouveau-Brunswick (désigné comme « accroissement naturel ») – le nombre de naissances moins le nombre de décès – a diminué de plus de 50 % au cours de la période de cinq ans terminée en 2001. De 1996 à 2001, on a enregistré environ 39 000 naissances vivantes et 32 000 décès dans la province, pour un accroissement naturel de 7 000 personnes comparativement à un accroissement de 16 000 personnes dans la période de cinq ans terminée en 1996.

Lorsque cet accroissement naturel, qui est normalement une principale source de croissance de la population, diminue et que le taux d'immigration et de migration n'est pas plus élevé, la population diminuera naturellement.<sup>9</sup> Vu cet accroissement naturel négatif, la province doit compter sur un taux plus élevé de migration et d'immigration interprovinciales pour maintenir sa population. Toutefois, le Nouveau-Brunswick n'a pas été une des principales destinations des immigrants au Canada. Selon le recensement de 1996, la province a accueilli seulement 0,3 % du nombre total d'immigrants au Canada. De plus, elle connaît une perte nette de migration interprovinciale. D'après les premières estimations qui ne font pas partie du recensement officiel rendu public en mars 2002, le Nouveau-Brunswick perd environ 7 500 personnes par année en faveur d'autres provinces et territoires.<sup>10</sup> En décembre 2002, Statistique Canada publiera d'autres données sur la migration.

## 4.4 Déplacement de population

La dispersion ou la répartition de la population de la province change. La population du Nouveau-Brunswick et des provinces de l'Atlantique suit maintenant la tendance qui se dessine dans le reste du pays depuis quelque temps – la population passe des régions rurales aux régions urbaines.<sup>11</sup>

---

<sup>8</sup> Recensement de 2001 de Statistique Canada.

<sup>9</sup> François Nault, démographe, entrevue sur les résultats du recensement de 2001 de Statistique Canada.

<sup>10</sup> *Ibid.*

<sup>11</sup> Brian Crowley, président du Atlantic Institute for Market Studies.

---

Cette tendance était évidente dans le recensement de 2001. Depuis 1996, Fredericton et Moncton ont enregistré des hausses de population de 2,3 % et 2,9 % respectivement. Si on ajoute la croissance de 19,6 % à Dieppe, la population du territoire de recensement du Grand Moncton a augmenté de 3,7 %. Cette croissance considérable de la population de Dieppe démontre une autre tendance – la suburbanisation du Nouveau-Brunswick. Les données du recensement appuient aussi cette tendance, la population de Fredericton ayant augmenté de 2,3 % et celle de la région du Grand Fredericton, de 3 %.

Saint-Jean a connu le plus grand exode de son noyau urbain avec une réduction de la population de 3,9 % tandis que les zones suburbaines comme Rothesay, Quispamsis et Grand Bay-Westfield ont maintenu leur taux de population ou ont connu une légère hausse.

Dans la région nord de la province, la population a diminué de plus de 1,5 % depuis 1996, la population de Bathurst ayant diminué de 6,4 %, celle de Campbellton de 7,2 % et celle d'Edmundston de 2,8 %.

On prévoit qu'à l'avenir, vu ce déplacement de population, le Nouveau-Brunswick comptera un moins grand nombre de centres ruraux, mais que ceux-ci seront potentiellement plus prospères, ainsi qu'un nombre accru de centres urbains et suburbains.<sup>12</sup>

#### 4.5 **Changement de la structure de la population par âge**

Le changement causé par la transition démographique de la population décrite dans les paragraphes précédents influe non seulement sur le taux de croissance de la population mais il transforme aussi la structure de la population par âge. Cette transition démographique vers une population vieillissante est bien amorcée au Nouveau-Brunswick. Une population vieillissante est caractérisée par une proportion réduite de jeunes et une proportion accrue de personnes âgées.

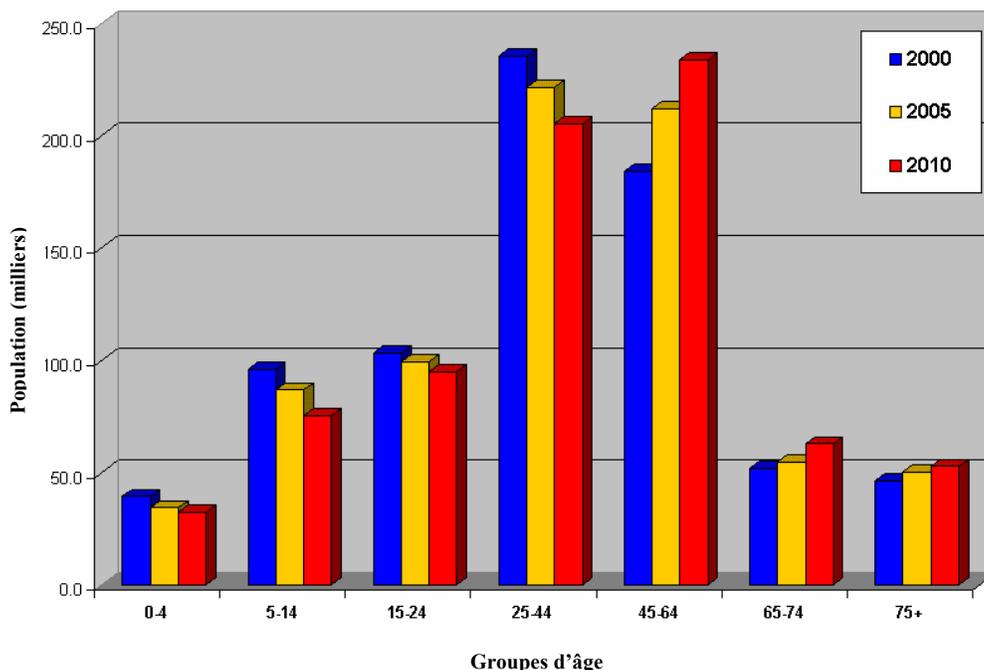
Au cours des trois prochaines décennies, on connaîtra la plus grande transition démographique de l'histoire, avec le vieillissement des baby-boomers. Le taux de la population âgée de 65 ans et plus au Nouveau-Brunswick passera de 13 % aujourd'hui à 18 % en 2015 et à 25 % en 2025. Cette hausse aura un impact considérable sur le système de santé provincial. À mesure que la génération des baby-boomers vieillira, elle aura des attentes plus élevées que la génération actuelle concernant les soins et les services de santé. En plus de la disponibilité des services de santé traditionnels, comme les établissements de soins à long terme et de soins actifs, des pressions accrues seront exercées pour obtenir des services et un soutien accrus de soins à domicile, une intervention précoce, une formation et des stratégies de soutien communautaires.

L'Agence de la statistique du Nouveau-Brunswick, en collaboration avec Statistique Canada, prépare pour la province des prévisions démographiques basées sur les facteurs démographiques courants, la fertilité, la mortalité et les taux de migration. Les prévisions pour la période à l'étude de 2002 à 2007 ne sont pas réparties mais elles seront disponibles pour 2000, 2005, 2010, etc., ce qui convient à la présente analyse car elles révèlent les tendances générales de la croissance de la population et de la structure de la population par âge. La figure 1 indique les prévisions démographiques pour le Nouveau-Brunswick jusqu'à 2010. Elle présente aussi le profil démographique prévu de la province quant à la structure par âge.

---

<sup>12</sup> *Ibid.*

Figure 1 – Population du Nouveau-Brunswick (2000-2010)



D'ici 2010, la population totale devrait demeurer essentiellement stable (augmentation de 0,2 %). Toutefois, certains changements importants sont prévus dans la structure de la population par âge comme le montre clairement le tableau ci-dessus. Le groupe d'âge de 0 à 4 ans devrait diminuer de 17 %, celui de 5 à 14 ans, de 21,5 %, celui de 15 à 24 ans, de 8 %, et celui de 25 à 44 ans, de 13 %. Le groupe d'âge de 45 à 64 ans devrait augmenter de 27 %, celui de 65 à 74 ans, de 21 % et celui de 75 ans, de 14 %.

La main-d'œuvre du système de soins de santé vieillit également, ce qui représente et continuera de représenter certains très grands défis en ressources humaines pour le système au cours de la prochaine décennie ou après. Cette réalité est devenue une des principales préoccupations des gestionnaires des soins de santé et des fournisseurs de services. La main-d'œuvre vieillissante est un des plus grands défis pour les systèmes de prestation des soins de santé, non seulement à l'échelle provinciale mais aussi à l'échelle nationale et internationale.

#### 4.6 Langue

Au cours de la session printanière de 2002, l'Assemblée législative du Nouveau-Brunswick a adopté une nouvelle loi qui est entrée en vigueur le 5 août 2002. La *Loi sur les langues officielles* (projet de loi 64) impose plus de conditions au secteur public pour le respect du caractère bilingue officiel de la province. L'impact de cette loi sera considérable sur le recrutement des professions de la santé dont la

---

main-d'œuvre disponible est réduite. Il faudra effectuer un examen attentif afin de pouvoir respecter l'intention et l'esprit de cette loi pendant une période de pénurie. Une question stratégique relative à l'application de cette loi est la capacité des employeurs à éviter les pénalités pendant les périodes de pénurie de ressources humaines afin de satisfaire aux compétences linguistiques et professionnelles. À mesure que les secteurs et les régions sanitaires établiront leurs plans respectifs, les stratégies de mise en oeuvre devront comprendre des critères de pondération de la pertinence des compétences linguistiques et professionnelles. À titre d'exemple, l'orthophonie est un groupe professionnel dont les compétences professionnelles sont tout aussi importantes que la compétence linguistique du professionnel qui offre le service. Pour un autre groupe professionnel, les compétences professionnelles sont peut-être essentielles dans la mesure où la compétence linguistique existe au sein de l'équipe des soins de santé.

La plupart des fournisseurs de services de soins de santé francophones du Nouveau-Brunswick ont traditionnellement obtenu des ententes interprovinciales avec la province de Québec. Un défi important pour le recrutement d'une réserve suffisante de professionnels de soins de santé francophones du Nouveau-Brunswick est la tendance, dans la province de Québec, d'offrir systématiquement des programmes de formation pour répondre à ses propres normes mais non nécessairement aux normes de compétence nationales. Il y a deux types de problèmes. Le nombre d'étudiants du Nouveau-Brunswick inscrits à certains programmes au Québec a diminué, même si les candidats satisfont aux exigences minimales ou les dépassent. Le programme d'études dans un nombre accru de programmes de santé au Québec ne répond pas aux normes minimales de l'organisme d'accréditation national. Bien qu'il s'agisse d'une stratégie conviviale du Québec, elle compromet l'aptitude des diplômés à répondre aux normes d'accréditation en vue d'un emploi à l'extérieur du Québec. Les programmes de formation des techniciens des dossiers médicaux, des infirmières immatriculées et de plusieurs autres professions techniques font face à ce problème. Cela empêche des groupes de professionnels clés de venir au Nouveau-Brunswick, ce qui a de graves répercussions sur les professions pour lesquelles il n'y a pas de programme de formation au Nouveau-Brunswick qui compte sur le recrutement de l'extérieur de la province. Cette situation crée pour le Nouveau-Brunswick une occasion de développer ses propres programmes provinciaux et de vendre des places dans ces programmes à d'autres provinces qui ont le même dilemme concernant la main-d'œuvre francophone. Il faut aussi que le Nouveau-Brunswick soit compétitif et puisse maintenir en poste ses diplômés.

Les données requises pour prévoir la demande de professionnels de la santé selon la langue n'ont pas été fournies de façon détaillée dans le système. À mesure que le gouvernement adoptera la planification des ressources humaines en santé réalisée sur une base collective, des améliorations devront être apportées au processus de saisie des données.

#### **4.7 Aspects économiques**

##### **4.7.1 Coûts accrus des services**

Les coûts des soins de santé continuent d'augmenter. Si des changements ne sont pas apportés au *statu quo*, il est fort probable que la viabilité du système sera compromise à mesure que la demande de services continue d'augmenter. Même si le Nouveau-Brunswick a bénéficié, au cours des dernières années, d'une croissance économique relativement saine, l'augmentation continue des coûts des soins de santé continue d'être une grande préoccupation, qui est intensifiée par une population vieillissante. Compte tenu de la situation économique actuelle, une croissance économique plus lente se traduirait par une croissance plus lente des recettes du gouvernement. La demande de services publics continue toutefois d'augmenter en particulier pour les soins de santé.

---

Selon le budget de 2002-2003 déposé récemment,<sup>13</sup> les soins de santé (y compris les foyers de soins et les services familiaux et communautaires) représentent environ 34,5 % du budget total du gouvernement provincial, tout comme pour l'exercice financier de 2001-2002. À part les services de foyers de soins, et les services familiaux et communautaires, ce taux est de 21 %. Le montant record de 1,8 milliard de dollars investis dans les soins de santé cette année représente une somme supplémentaire de 80,6 millions de dollars, soit une augmentation de 4,7 % par rapport à l'année précédente.

De 1995-1996 à 2001-2002, le budget des soins de santé a augmenté de 40 %, tandis que le budget total du gouvernement provincial a augmenté de 20 %. Ce rythme ne peut manifestement pas être soutenu, surtout en raison du ralentissement économique actuel. À titre d'exemple, si on suppose que les recettes du gouvernement augmentent de 2 % par année et que le budget des soins de santé continue d'augmenter de 7,8 % par année, d'ici 20 ans, le budget des soins de santé représentera plus de 80 % du budget total du gouvernement provincial.

Le budget des soins de santé continue à gruger une part accrue du budget du Nouveau-Brunswick. La croissance des dépenses en santé d'avril 1999 à 2002-2003 est 2,5 fois plus élevée que le deuxième secteur de croissance des dépenses, l'éducation. Pour le présent exercice financier, les soins de santé représentent jusqu'à 56 % des dépenses additionnelles de programme, suivis de l'éducation à 32 %. Ce rythme budgétaire ne peut pas être maintenu, surtout pendant un ralentissement économique. Pourtant, les dépenses en santé par habitant au Nouveau-Brunswick ne sont pas élevées par rapport aux autres provinces – les dépenses du gouvernement provincial par habitant sont actuellement les moins élevées au Canada.<sup>14</sup>

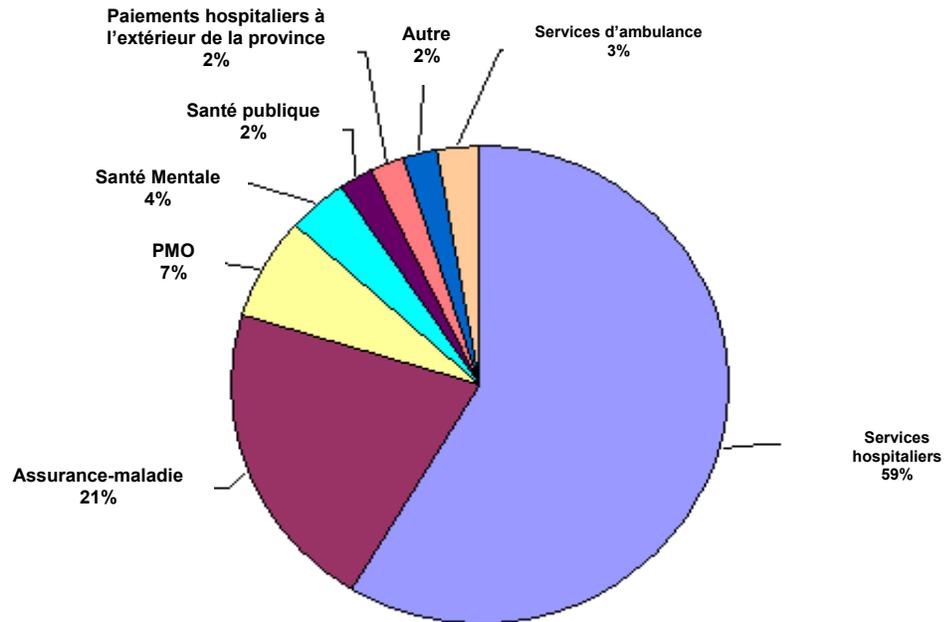
Les dépenses réelles du ministère de la Santé et du Mieux-être du Nouveau-Brunswick pour l'exercice financier 2000-2001 sont de 1,324 millions de dollars. La figure 2 montre la répartition des dépenses du budget des soins de santé en 2001-2002.

---

<sup>13</sup> Budget de 2002-2003, *Choisir la prospérité : Une approche équilibrée*, mars 2002.

<sup>14</sup> Institut canadien d'information sur la santé, 2001.

Figure 2 – Répartition des dépenses du budget provincial des soins de santé en 2001-2002



Les salaires et les avantages sociaux représentent environ 60 % du budget total des soins de santé et de 70 à 75 % dans le réseau hospitalier. Le projet d'évaluation du rendement général du gouvernement du Nouveau-Brunswick, comme il est mentionné dans les parties précédentes, comprend l'évaluation du rendement : dépenses en santé en pourcentage du PIB. Les dépenses totales en soins de santé en pourcentage du PIB comprennent les dépenses en soins de santé de toutes les sources, y compris celles des gouvernements provincial et fédéral, des administrations municipales, des commissions d'indemnisation des travailleurs, des compagnies d'assurance privées et les frais remboursables des consommateurs. Le ratio des dépenses en santé par rapport au PIB indique comment les dépenses en santé utilisent une grande partie de la richesse de la province. De 1997 à 1998, le pourcentage du PIB du Nouveau-Brunswick consacré aux soins de santé demeurait relativement stable à environ 11 %. Cette stabilité présentait un contraste avec la moyenne nationale et les taux de la plupart des autres provinces, qui ont augmenté légèrement au cours de la même période. En 1998, le Nouveau-Brunswick a enregistré le ratio des dépenses en santé le moins élevé par rapport au PIB des quatre provinces de l'Atlantique, mais le taux du Nouveau-Brunswick était encore considérablement plus élevé que la moyenne nationale de 9,3 %.<sup>15</sup>

<sup>15</sup> Indicateurs de rendement généraux du gouvernement du Nouveau-Brunswick, juillet 2001, but 2, page 9.

---

#### **4.7.2 Coûts de la main-d'oeuvre**

Comme il a déjà été mentionné, les salaires et les avantages sociaux sont les principaux facteurs de coûts ou facteurs financiers de l'industrie des soins de santé; ils représentent plus de 72 % du budget des hôpitaux du Nouveau-Brunswick en 2000-2001, et plus de 60 % du budget provincial de la santé en 2000-2001. Cette composante des coûts continuera d'être davantage un facteur des coûts à mesure que la rareté des ressources en soins de santé s'intensifiera et que les salaires serviront d'outil de recrutement et de maintien en poste.

Le recrutement et le maintien en poste de certains groupes professionnels sont un défi pour le Nouveau-Brunswick, vu la compétition interprovinciale intense pour ces ressources humaines rares. Au Canada atlantique, les annonces du gouvernement de Terre-Neuve en 2001 concernant la reclassification de certaines professions de la santé, entraînant des augmentations salariales de 11 à 24 %, sont un exemple du milieu compétitif. Les pharmaciens, les médecins et les infirmières sont des exemples de groupes de professions pour lesquels il existe une grande compétition nationale. Vu la rareté des ressources humaines en santé, le Nouveau-Brunswick doit comprendre sa position concurrentielle pour ces ressources.

Bien que cet aspect ne fasse pas partie de la phase II, des études de marché devraient être effectuées régulièrement, et les rajustements de salaire et les avantages sociaux connexes devraient être examinés attentivement afin que le Nouveau-Brunswick puisse recruter et maintenir en poste plusieurs professions de la santé. Il faudrait peut-être envisager des stratégies de recrutement et des incitatifs comme ceux offerts récemment aux médecins et aux infirmières, afin d'être compétitifs pour ces ressources rares.

Dans ses efforts en vue d'établir un plan provincial des services de santé intégré pour le Nouveau-Brunswick, le gouvernement doit tenir compte de ce phénomène dans la planification de la prestation des services. Afin de gérer le taux d'augmentation des coûts de la main-d'œuvre, tout en demeurant compétitif et en assurant un accès pertinent au service, il faut des stratégies qui abordent non seulement la répartition des services mais aussi la diversité et l'utilisation appropriée des fournisseurs de soins de santé.

#### **4.7.3 Coûts de la formation**

La tendance vers la formation universitaire et la spécialisation dans plusieurs groupes de professions de la santé entraînent de nouveaux coûts pour le système de soins de santé et pour les étudiants eux-mêmes. Le baccalauréat comme critère d'admission aux professions de radiothérapeute et de technologue en radiographie, et pour la gestion de l'information sur la santé sont des exemples de ce phénomène de « diplomanie progressive ». Les technologues de laboratoire médical sont un autre groupe professionnel qui envisage d'exiger le baccalauréat comme critère d'admission à la profession d'ici 2010. De même, plusieurs professions comprennent maintenant des sous-spécialités. À part la pratique médicale, cette tendance est particulièrement évidente dans le domaine de la radiothérapie et de la technologie de la radiation. Afin que le Nouveau-Brunswick puisse attirer de tels professionnels, la masse critique de patients et de clients doit être suffisante pour justifier la création de postes à temps plein. Ce n'est pas toujours le cas, ce qui pose un défi pour le recrutement ainsi que pour le maintien en poste. On reconnaît donc le besoin d'une planification basée sur la population et d'une collaboration régionale afin de fournir l'effectif pour les services de santé provinciaux. Il faut évaluer l'impact des praticiens mieux scolarisés

---

dans leur domaine de pratique respectif et la variété générale de services, à mesure que le gouvernement se dirige vers des modèles de prestation regroupée des services. Ce sont les besoins du patient ou du client qui devraient orienter la planification de la diversité des services ou les modèles de prestation de services.

Vu la croissance de la demande de services, certains établissements d'enseignement augmentent le nombre de places dans leurs programmes. À titre d'exemple, en septembre 2002, 24 places ont été ajoutées à la première année du baccalauréat ès sciences en pharmacie à l'Université Dalhousie (Halifax).

Vu la tendance actuelle d'une pénurie dans certains groupes professionnels, on cherche aussi à créer un personnel de soutien ou au niveau de soutien pour assurer une utilisation maximale des ressources professionnelles rares. Le développement ou la prestation de nouveaux programmes entraînera de nouveaux coûts de formation. Bien que la qualité des services et la protection du public soient les principaux facteurs qui militent en faveur de programmes de formation de niveaux de soutien plus rigoureux, on craint qu'aucune norme n'existe pour orienter le développement et l'évaluation de ces programmes. À cet égard, la Société canadienne de science de laboratoire médical envisage un certificat national d'assistants de laboratoire.<sup>16</sup> La confiance des professionnels de la santé qui délèguent certaines de leurs responsabilités à un travailleur de soutien est plus grande lorsque la formation de ce dernier est conforme à une norme connue.

Le facteur déterminant qui limite la mise sur pied de nouveaux programmes ou l'élargissement des programmes actuels est la disponibilité de la formation clinique. Cela devient un enjeu important et les programmes se font concurrence pour le temps et les locaux de formation clinique adéquats. Cette exigence accrue a aussi un impact considérable sur la productivité du personnel des établissements offrant la formation. Dans bien des cas, le personnel chargé d'un préceptorat ou d'une supervision clinique n'est pas surnuméraire. Il fait partie d'un des groupes professionnels qui connaît une pénurie de main-d'œuvre, par exemple infirmières, pharmaciens, professionnels en réadaptation, etc. Un système centralisé de coordination des placements de formation clinique devrait être envisagé.

#### **4.8 Attentes du public**

Les utilisateurs des services de soins de santé sont de plus en plus renseignés sur leur santé et la disponibilité de divers modes de traitement. La génération vieillissante des baby-boomers est plus avertie et plus exigeante dans ses attentes envers le système de soins de santé. Les baby-boomers s'attendent de participer activement aux décisions concernant leur santé et les soins de santé, y compris où et comment ils pourront y avoir accès, et le niveau de service. La société en général a adopté une orientation du service à la clientèle comme un facteur pouvant faire la différence. Les utilisateurs s'attendent à ce que leur système de soins de santé évolue pour passer d'un système axé sur le fournisseur actuel à un système qui met l'accent sur le client et sur les résultats. Ces attentes exerceront des pressions sur la demande de professionnels de la santé et entraîneront des changements aux modèles actuels de prestation des services. Les utilisateurs devront participer activement à l'établissement d'un système qui répond à leurs besoins tout en étant économiquement viable.

---

<sup>16</sup> Rapport de la Phase I de l'Étude des ressources humaines pour technologues de laboratoire médical et technologue en radiation, le 1<sup>er</sup> août 2001.

---

## 4.9 Questions relatives au système de santé

Les aspects structurels et opérationnels influent sur le besoin et l'utilisation des ressources humaines en santé au Nouveau-Brunswick. Ils sont intégrés à tout modèle de planification en vue d'assurer un effectif stable à l'avenir.

### 4.9.1 Orientations stratégiques

Quelques projets sont actuellement en cours au Nouveau-Brunswick. Collectivement, ils devraient contribuer à l'élaboration d'un nouveau plan provincial des services de santé intégré d'ici janvier 2003. Ces projets comprennent une étude des services de santé mentale et de santé publique, la mise à jour du Plan directeur des services hospitaliers de 1997, un examen du Plan des services de réadaptation provincial et l'élaboration d'une stratégie des soins de santé primaires. À mesure que la planification d'une vision d'un système de santé intégré pour le Nouveau-Brunswick évoluera, la planification des ressources humaines en santé sera plus rationnelle.

Voici quelques projets qui devront être définis davantage afin qu'on puisse mieux cerner les incidences sur les ressources humaines en santé.

### Conseil du premier ministre en matière de qualité de la santé

Le Conseil du premier ministre en matière de qualité de la santé a rendu public son rapport intitulé « *Renouvellement du système de santé* » qui contient des recommandations pouvant avoir des incidences considérables sur la structure actuelle du système et sur le mode de prestation des services. Le premier ministre a annoncé que le gouvernement mettrait en oeuvre quatre recommandations du rapport au cours du présent exercice financier. De ces projets, la mise sur pied des centres de santé communautaires (CSC) dans la province est celui qui pourrait avoir le plus d'effets sur les ressources humaines en santé. On vise à établir deux centres dans la province au cours de l'exercice financier 2002-2003, ces centres étant des éléments d'une plus vaste stratégie des soins de santé primaires. Le gouvernement envisage aussi d'agrandir le réseau des CSC dans la province, dans le cadre de la transition vers un nouveau mode de prestation des soins de santé axé sur les patients. À mesure que la stratégie des soins de santé primaires prendra forme, il faudra déterminer son impact sur le nombre, la répartition et l'utilisation des fournisseurs de soins de santé.

### Stratégie de technologie de l'information

Le Forum des corporations hospitalières sur la technologie de l'information (CHTI) possède un plan stratégique qui explique les orientations et la stratégie partagées dans tout le réseau des anciennes corporations hospitalières régionales. Ce plan devra maintenant inclure l'ensemble des services offerts par les nouvelles régies régionales de la santé (RRS) à mesure que leur mandat et l'étendue du contrôle se précisent. Son impact sur l'accès et l'utilisation de l'information du réseau par les divers intervenants pourrait influencer sur l'endroit et la méthode de déploiement et d'utilisation de certains groupes professionnels. L'investissement du gouvernement dans le développement d'une infrastructure provinciale afin d'appuyer l'adoption d'un portefeuille général d'applications de télésanté sera un élément essentiel de cette stratégie car il peut avoir grandement influencé la demande et l'utilisation efficace de plusieurs professions de la santé.

---

## Utilisation accrue des ressources infirmières

Dans le discours du Trône présenté à la session d'automne 2001 de l'Assemblée législative, le gouvernement a annoncé son engagement à améliorer l'accès aux services de santé primaires grâce à une meilleure utilisation des dispensateurs de soins de santé, en maximisant surtout les cadres des fonctions des II et des IAA dans la prestation des services de première ligne. On reconnaît le temps qu'il faudra investir pour recycler les intervenants du système qui n'utilisent pas les compétences qu'ils ont acquises ou ceux qui doivent atteindre le niveau de compétences des diplômés d'aujourd'hui. Ces changements peuvent avoir un impact considérable sur le réseau. Il faudra quantifier et appliquer ces changements sur une période déterminée au moyen d'une stratégie générale de gestion des changements afin d'obtenir les résultats escomptés.

## Plan d'action sur la prestation des services de lutte contre le cancer

Le gouvernement prend des mesures afin de concevoir et de mettre sur pied un programme de traitement du cancer pour la province dans le but d'assurer un accès raisonnable et équitable à des soins pertinents et efficaces. On procède aux premières étapes de la mise en oeuvre du Plan d'action sur la prestation des services de lutte contre le cancer de 1998 pour les Néo-Brunswickois. Les résultats de la présente analyse de l'offre et de la demande des ressources humaines en santé pourraient aider à documenter l'analyse des répercussions sur les ressources humaines et la planification des ressources humaines requises pour la mise en oeuvre de la stratégie du Nouveau-Brunswick sur le cancer. Deux conseillers en soins aux personnes atteintes de cancer (un anglophone et un francophone) ont été embauchés récemment par le ministère pour appuyer la mise en oeuvre de ce plan d'action.

D'après les statistiques nationales, 70 % des nouveaux cas de cancer et 82 % des décès dus au cancer surviennent chez les personnes de 60 ans et plus. D'ici 2015, le nombre de nouveaux cas (à l'échelle nationale) pourrait être de 70 % supérieur aux chiffres actuels.<sup>17</sup> Il faut donc s'assurer que le nombre de professionnels sera adéquat en soins aux personnes atteintes de cancer. D'après la présente analyse de l'offre et de la demande, la crise mondiale actuelle en oncologie et par rapport à d'autres professionnels pose des défis importants pour le Nouveau-Brunswick en ce qui a trait à la formation, au recrutement et au maintien en poste d'un nombre suffisant de professionnels pour répondre aux besoins actuels de la province, sans mentionner les besoins à l'avenir. Une des cinq priorités décrites dans la Stratégie canadienne de lutte contre le cancer comprend l'élaboration d'une stratégie nationale de la main-d'œuvre en oncologie. Un élément essentiel de cette stratégie comprend l'établissement et la surveillance d'une base de données nationale sur les ressources humaines. Cette base de données vise à définir de façon détaillée les besoins en personnel et les postes vacants par discipline, région géographique, programme ou centre de lutte contre le cancer, entre autres paramètres. Ce projet, qui est bien amorcé, devrait axer les efforts sur une gestion plus efficace de la main-d'œuvre disponible et de la répartition des fournisseurs de soins de santé pour appuyer les besoins de planification opérationnelle de la lutte contre le cancer au Canada.

## Programme de développement du langage

Un programme de développement du langage à l'intention des enfants de cinq ans est mis à l'essai dans deux régions sanitaires du Nouveau-Brunswick, sous l'égide du ministère des Services familiaux et

---

<sup>17</sup> *Stratégie canadienne de lutte contre le cancer*. Janvier 2002.

---

communautaires. Il faut quatorze autres orthophonistes pour les deux régions pilotes, où le programme a commencé au printemps de 2002. En l'absence d'un plan de ressources humaines en santé intégré dans tous les ministères du gouvernement, cette demande accrue a déjà exercé des pressions négatives sur d'autres parties du réseau qui font appel à des orthophonistes. Si ces projets pilotes donnent des résultats positifs, il faudra effectuer une analyse de l'impact qui quantifie les besoins en ressources humaines en santé afin d'appuyer ce programme à l'échelle provinciale, vu les défis actuels rattachés à l'offre dans cette profession.

#### **4.9.2 Nouvelles directives et législation ayant des répercussions sur les ressources humaines en santé**

##### **Régies régionales de la santé**

Une nouvelle loi adoptée en décembre 2001 créait huit nouvelles régies régionales de la santé (RRS) au Nouveau-Brunswick. L'impact de ce changement de structure, du point de vue de la planification des ressources humaines, sera décrit dans le plan opérationnel de trois ans que chaque RRS devra établir et mettre en oeuvre. Ce plan fixera les priorités des services de santé dans leurs régions respectives. Ces plans devront comprendre une analyse des répercussions sur les ressources humaines, surtout pour les professions où l'offre est un enjeu connu.

##### **Législation relative aux langues officielles**

La nouvelle *Loi sur les langues officielles* est entrée en vigueur le 5 août 2002 au Nouveau-Brunswick. Cette loi aura un impact considérable sur la planification et la gestion des ressources humaines en santé au Nouveau-Brunswick. Il incombe à ceux qui offrent des services de soins de santé dans la province de veiller à ce que le public puisse communiquer avec eux et en recevoir les services dans la langue officielle de son choix (article 28 du projet de loi 64). Sous réserve de cette obligation, un hôpital ou un autre établissement de soins de santé peut choisir l'usage d'une seule langue dans ses opérations quotidiennes (article 34 du projet de loi 64). L'aptitude des RRS à respecter leurs obligations en vertu de cette loi sera définie dans les lignes directrices de mise en oeuvre. Pour faciliter le respect de ces obligations, certaines RRS embauchent des coordonnateurs des langues officielles. Afin de planifier les ressources humaines en santé, chaque RRS devra établir les profils linguistiques du personnel des programmes et services particuliers selon les lignes directrices. Une fois finalisée, cette information servira à l'itération des modèles de prévision des ressources humaines en santé et fournira au gouvernement de l'information sur les besoins en matière d'offre pour respecter l'esprit de la *Loi sur les langues officielles*.

##### **Planification de la conception du programme clinique**

Le Groupe de la conception du programme clinique a presque terminé ses travaux sur la définition et la configuration des programmes cliniques pour la province qui sont basés sur un modèle de planification démographique. Le Groupe doit présenter ses recommandations concernant le nombre, le type et la répartition des installations et des programmes cliniques afin d'assurer la qualité et l'efficacité des services de santé dans la province et un accès équitable à ces services. En l'absence de ces travaux, le Plan des services hospitaliers de 1997, qui date de quelques années, demeurera le document de base pour planifier la demande de ressources humaines en santé.

---

## **Loi relative aux infirmières praticiennes**

Les dispositions législatives reconnaissant l'infirmière praticienne (IP) comme une praticienne réglementée ont été déposées à l'Assemblée législative au printemps de 2002. Quinze postes doivent être créés dans le réseau en 2002-2003. Des modifications connexes ont été apportées à d'autres lois pour tenir compte du cadre des fonctions de ce nouveau praticien et pour maximiser l'utilisation des divers fournisseurs de services de soins infirmiers. Le gouvernement et les partenaires élaborent la classification et le déploiement de cette nouvelle catégorie de fournisseurs de soins de santé.

### **4.9.3 Utilisation des ressources**

D'après l'étude rétrospective du Nouveau-Brunswick (janvier 2002), il existe beaucoup de possibilités d'amélioration dans l'utilisation des lits pour soins actifs par rapport aux autres provinces au Canada qui ont effectué une étude semblable.

Les listes d'attente pour les interventions chirurgicales sont de plus en plus longues. De mars 1998 à mars 2001, la liste d'attente pour les interventions chirurgicales au Nouveau-Brunswick a augmenté de plus de 12 %. Suivant la tendance générale actuelle dans les soins de santé, plusieurs personnes sont maintenant traitées à l'extérieur de l'hôpital, les séjours de plus courte durée sont devenus la norme et la nouvelle technologie réduit le besoin de services aux malades hospitalisés. Par exemple, les chirurgies de jour dans les hôpitaux du Nouveau-Brunswick ont augmenté de 20 % entre 1996-1997 et 2000-2001, et par conséquent, la durée du séjour a diminué légèrement (1,3 %) au cours de la même période.

L'impact des changements dans les modes d'utilisation des soins de santé sur les ressources humaines en santé est actuellement difficile à évaluer. Certains rajustements doivent être apportés aux ressources actuelles en fonction des besoins des clients en matière de soins. Les modèles de financement devraient être établis selon les services offerts et non selon leur emplacement. Toutefois, il faut s'orienter vers des modèles d'exercice de la profession en collaboration au Nouveau-Brunswick afin d'assurer un réseau viable. Le rapprochement des champs d'exercice qui chevauchent entre les groupes professionnels est une première étape vers la mise en place d'un nouveau modèle d'exercice. Le gouvernement doit assurer un leadership continu et les professions de la santé doivent participer à la réalisation de ces nouveaux modèles de soins au Nouveau-Brunswick. Certaines modifications ont été apportées à la législation actuelle. D'autres pourraient être requises pour autoriser ou légaliser les changements subséquents au cadre des fonctions entre les groupes de profession et les professions de la santé.

### **4.9.4 Planification des ressources humaines**

Plusieurs mesures précises ont été prises au cours des dernières années, ce qui témoigne de la détermination du gouvernement, de relever les défis de la planification des ressources humaines en santé dans la province.

En octobre 2000, le gouvernement a créé le poste d'agent de recrutement et de maintien des médecins, dont la principale responsabilité était de résoudre les questions liées au recrutement des médecins et à la demande de services de médecins au Nouveau-Brunswick. L'embauche d'un agent de recrutement était une des douze initiatives de la Stratégie de recrutement et de maintien des ressources médicales d'une valeur de 6,8 millions de dollars annoncée en novembre 1999.<sup>18</sup> Au printemps de 2002, le poste est

---

<sup>18</sup> Communiqué en ligne, Communications Nouveau-Brunswick, le 26 octobre 2000.

---

devenu vacant. La nature du poste a changé tout comme le titre qui est devenu conseiller en ressources médicales. Le ministère de la Santé et du Mieux-être fait actuellement du recrutement afin de pourvoir ce poste.

En avril 2001, une Stratégie en matière de ressources infirmières d'une durée de trois ans et d'une valeur de huit millions de dollars a été annoncée, afin d'accroître les ressources disponibles au Nouveau-Brunswick, de maintenir les ressources infirmières dans la province et d'améliorer les prévisions des besoins en ressources infirmières à l'échelle provinciale. Cette stratégie comprend diverses initiatives, depuis le remboursement des frais de scolarité des programmes de recyclage pour les II et les IAA jusqu'à l'élimination des obstacles législatifs qui empêchent les infirmières et les infirmiers d'utiliser pleinement leurs compétences infirmières. Cette stratégie est basée sur les stratégies de recrutement et de maintien en poste recommandées par le Comité consultatif sur la main-d'œuvre infirmière auprès du ministre de la Santé et du Mieux-être, par l'Association des infirmières et infirmiers du Nouveau-Brunswick, par le Syndicat des infirmières et infirmiers du Nouveau-Brunswick et par la Conférence fédérale-provinciale-territoriale des ministres de la Santé.<sup>19</sup>

L'établissement d'un poste de conseillère en main-d'œuvre infirmière faisait partie intégrante de la Stratégie en matière de ressources infirmières. Le poste a été pourvu en novembre 2001 par le ministère de la Santé et du Mieux-être. Un poste équivalent de conseiller en ressources humaines paramédicales connexe a été créé récemment et pourvu. Le ministère prévoit afficher à nouveau le poste de conseiller en gestion de l'information sur la santé très prochainement. Ces ressources compétentes et qualifiées devraient constituer la base de la Section de planification des ressources humaines en santé. De plus, la décision d'entreprendre une analyse de l'offre et de la demande des ressources humaines en santé démontre aussi l'engagement du ministère de la Santé et du Mieux-être envers une planification rationnelle des ressources humaines. Les résultats de la présente analyse fourniront certains outils essentiels et établiront une base solide pour entreprendre une telle planification.

#### **4.10 Questions technologiques**

Le mode de prestation des soins de santé change de plus en plus rapidement en raison de la technologie. Les nouveaux instruments de traitement et de diagnostic ainsi que les technologies de l'information et de communication ont un impact considérable sur le réseau de soins de santé au Nouveau-Brunswick, comme ailleurs dans le monde occidental. La nouvelle technologie peut assurer une prestation plus efficace des services dans bien des cas, mais son application signifie presque toujours plus de temps et d'effort de la part des fournisseurs de soins de santé. Cela est dû en partie aux besoins de s'adapter aux nouveaux processus et aux besoins de formation requis pour soutenir la mise en oeuvre efficace de la nouvelle technologie.

Chaque possibilité technologique devra donc être évaluée et son impact sur les ressources humaines en santé et les résultats sur la santé devra être déterminé. Les coûts de la formation peuvent être très élevés mais ils représentent un investissement essentiel pour maximiser l'utilisation et la productivité efficaces. L'élaboration d'un plan de gestion rigoureuse du changement sera essentielle à l'application des nouvelles technologies et à la réalisation des avantages prévus. La perte de productivité qui accompagne tout changement important devrait aussi être prise en compte dans la planification des ressources humaines et du budget.

---

<sup>19</sup> Communiqué en ligne, Communications Nouveau-Brunswick, le 9 avril 2001.

---

L'impact de la technologie sur le nombre et la diversité de professionnels de la santé requis pour offrir les services est difficile à prévoir. À titre d'exemple, divers éléments exigent une analyse de rentabilité pour vérifier leur impact : tendance vers des systèmes de points de services dans le domaine de la technologie de laboratoire, utilisation de la robotique en pharmacie et utilisation possible de systèmes de télésanté dans les diagnostics et les soins de santé. Des études ou l'adaptation des pratiques optimales d'autres instances permettront de documenter, avec le temps, les répercussions de l'utilisation de ces nouvelles technologies sur les ressources humaines.

L'investissement dans la technologie comporte plusieurs facettes et ne se limite pas aux simples coûts de capital. L'impact de l'introduction de la technologie sur les fournisseurs des soins de santé doit être étudié d'une manière approfondie et réfléchi. Il doit aussi être pris en compte dans le processus de planification budgétaire. Certaines technologies offrent des occasions d'utiliser les ressources rares de fournisseurs, en supposant que la valeur raisonnable des coûts-avantages et des avantages non tangibles a été établie. De même, certaines technologies nouvelles donnent à la province un avantage sur la concurrence et l'aptitude à attirer et à maintenir de nouvelles ressources en santé, et à offrir de meilleurs services aux clients.

Le principe de fonctionnement du ministère de la Santé et du Mieux-être est l'adoption précoce de technologies éprouvées. Certains intervenants du réseau estiment que ce principe n'est pas respecté, ce qui a un effet néfaste sur la capacité d'attirer des médecins et d'autres praticiens dans la province. Les praticiens veulent travailler avec les instruments qu'ils utilisent à l'école. Dans bien des cas, le Nouveau-Brunswick accuse un retard quant à la disponibilité de ces instruments, ce qui a un effet négatif sur le recrutement et le maintien d'un grand nombre de professionnels de la santé.

Il est possible de développer des synergies importantes en créant une infrastructure technologique au Canada atlantique. L'aptitude à partager les technologies entre les provinces de l'Atlantique au moyen d'initiatives comme Infostructure atlantique de la santé devrait avoir un impact positif sur le recrutement et le maintien de certaines professions. De même, les projets du gouvernement fédéral concernant les soins primaires, axés sur la combinaison du modèle de pratique et des instruments de technologie modernes, appuieront le recrutement et l'utilisation accrue de ressources rares.

La réforme des soins primaires et la mise sur pied des centres de santé communautaires comportent d'importants enjeux et possibilités technologiques. Dans un tel milieu, il faut échanger l'information entre les plateformes technologiques. L'utilisation de technologies éprouvées sera un incitatif au recrutement de professionnels de la santé dans ces nouveaux milieux. Il existe aussi une importante occasion d'assurer l'utilisation des professionnels des soins de santé, surtout les spécialistes ou ceux qui sont peu nombreux, par les technologies de télésanté.

#### **4.10.1 Absence de données**

Un des principaux défis que doit relever le ministère de la Santé et du Mieux-être et plusieurs gouvernements provinciaux au pays est l'absence de données fiables et uniformes requises pour la planification des ressources humaines. Le manque de données générales fiables sur la disponibilité actuelle des travailleurs du système de services sociaux et de santé pose un défi important pour la prévision des besoins futurs. Les organismes professionnels et de réglementation recueillent de l'information à divers niveaux pour certaines professions de la santé, mais il n'existe essentiellement aucune donnée de conformité pour les professions de la santé non réglementées. Vu le nombre de fournisseurs de services à temps partiel qui peuvent travailler pour plus d'un employeur, il ne suffit pas d'effectuer un dénombrement à des fins de planification efficace. Il faut une collaboration entre les diverses organisations qui sont des sources potentielles et les utilisateurs de données fiables afin d'établir

---

des éléments de données communes (ensemble de données minimales) et des structures de base de données qui appuient la planification en équipe des ressources humaines en santé.

#### 4.11 Fournisseurs de soins de santé

##### 4.11.1 Démographie des fournisseurs

Le maintien d'un nombre suffisant de fournisseurs de soins de santé sera un défi important au cours des prochaines années car le Nouveau-Brunswick connaît un important changement démographique. La disponibilité des fournisseurs de soins de santé diminue. À mesure que la main-d'œuvre vieillit, le nombre de personnes prenant leur retraite augmente et le nombre de diplômés des programmes de soins de santé diminue. Vu la période relativement longue requise pour former plusieurs professionnels des soins de santé, même l'accroissement du nombre d'inscriptions aujourd'hui ne fournira pas de nouveaux professionnels dans la main-d'œuvre avant que les pénuries se soient réellement fait sentir. La possibilité d'une diminution de la disponibilité des travailleurs des soins de santé par habitant, en raison d'une population vieillissante ayant des besoins accrus en matière de soins de santé, représente un défi de taille. Ce phénomène en Amérique du Nord crée une forte concurrence pour les ressources humaines en santé qui sont limitées.

En général au Canada, il existe une tendance vers la retraite anticipée; l'âge moyen de la retraite pour les hommes au Canada est de 62 ans et pour les femmes, de 60,5 ans.<sup>20</sup> Cette tendance a aussi des répercussions sur la disponibilité des fournisseurs de services de santé au Nouveau-Brunswick. Le taux de gestionnaires et de fournisseurs de soins de santé expérimentés qui prennent leur retraite augmente. Ce sera un problème important pour la stabilité et le maintien du réseau en général. Plusieurs secteurs pourraient éprouver de la difficulté à recruter du personnel formé, qualifié et expérimenté. Une planification réelle de la relève des ressources humaines est un élément nécessaire pour gérer cette réalité.

De plus, une main-d'œuvre plus âgée ne gèrera peut-être pas très bien les exigences des besoins physiques et affectifs d'un plus grand nombre de patients d'une acuité accrue. Le nombre accru de congés de maladie et de cas d'indemnisation des travailleurs, en raison de blessures, de stress et d'épuisement professionnel, sont à prévoir, vu les modèles actuels de dotation en personnel et de prestation des services.

Les nouveaux gestionnaires, et les fournisseurs de services et de soins devront être formés et appuyés pour travailler dans un milieu qui continuera de changer en raison des attentes et des demandes plus élevées du public. La nouvelle main-d'œuvre a des valeurs et des codes d'éthique différents de ceux dans le réseau actuel. La nouvelle génération d'employés a été préparée socialement à s'attendre à une plus grande participation à la prise de décisions. Les programmes de formation préparent les étudiants à travailler en équipe. Les nouveaux professionnels qui entrent dans la main-d'œuvre connaissent bien la technologie et s'attendent à ce que les instruments nécessaires soient disponibles. Le recrutement et le maintien en poste de la main-d'œuvre de demain dépendront du changement du modèle de gestion actuellement en place et de meilleures conditions de travail.

---

<sup>20</sup> Statistique Canada, *L'emploi et le revenu en perspective*, février 2001, vol. 2, n° 2.

---

#### 4.11.2 Pénurie de la main-d'œuvre disponible

Le système canadien des services sociaux et de santé est confronté à d'importantes pénuries de plusieurs fournisseurs de soins de santé. Les projets nationaux comme l'Accord sur le commerce international (ACI), sont un effort pour assurer le libre mouvement des professionnels de la santé entre les frontières provinciales, en harmonisant la formation et les champs d'exercice par des accords de reconnaissance mutuelle (ARM). L'impact de ces initiatives, quant aux obstacles ou aux incitatifs à l'admission à certaines professions, ou aux abandons de ces professions, se fera sentir à long terme plutôt qu'à court terme.

Il n'est pas certain que l'ACI et le libre mouvement des professionnels de la santé aideront le Nouveau-Brunswick. À titre d'exemple, dans les professions dont le taux de traitement au Nouveau-Brunswick est inférieur à celui d'autres provinces, la plupart de la main-d'œuvre est occasionnelle et non permanente, et la charge de travail des travailleurs des soins de santé est de plus en plus lourde.<sup>21</sup>

Il faut comprendre la dynamique relative à la concurrence pour les professionnels de la santé. Le nombre de pharmaciens dans la province peut être suffisant mais ceux-ci ne veulent pas travailler dans les hôpitaux car les conditions de travail (salaires, heures de travail et type de travail) sont plus intéressantes dans les pharmacies du secteur privé.

Du point de vue provincial, il n'y a aucune base de données générale ou facilement accessible sur les ressources humaines pour orienter la planification et la prise de décisions. La collecte des données est difficile en raison de la structure de la santé régionale et de l'absence de systèmes d'information intégrés. Il n'existe pas de mécanisme centralisé uniforme pour recueillir et saisir les données essentielles à la planification et à la prise de décisions.

La tendance vers l'obtention d'un baccalauréat pour plusieurs groupes de professionnels de la santé, qui suivaient auparavant les programmes collégiaux de premier cycle, est un obstacle à l'entrée dans la profession. Cette situation peut influencer sur le nombre de diplômés et le taux de reconstitution des ressources de ces groupes de professions. L'impact de ce phénomène de « diplômanie progressive » devra être quantifié et surveillé, et les politiques de dotation en personnel devront être modifiées en conséquence. La disponibilité de professionnels de la santé qualifiés dans le secteur de l'éducation, ainsi que l'accès aux placements cliniques, vont à l'encontre de la pénurie et posent des défis lorsqu'on tente d'accroître le nombre de places dans les programmes pour produire un plus grand nombre de diplômés.

En vue des pénuries prévues dans certains groupes de professions, une tendance se dessine vers le remplacement de la main-d'œuvre et l'utilisation de travailleurs de soutien non réglementés dans des professions comme les soins infirmiers, la réadaptation et la pharmacie. Les travailleurs de soutien peuvent servir à optimiser l'utilisation des fournisseurs de soins de santé professionnels, mais souvent il n'existe pas de normes relatives à la formation et à l'exercice de la profession pour ces travailleurs non réglementés. Le gouvernement voudra revoir cette situation à fond pour s'assurer que la qualité des soins n'est pas compromise, tout en établissant des cadres de fonctions complémentaires.

---

<sup>21</sup> Entrevue de Marilyn Evans-Born, directrice de la Législation de la santé et de la réglementation des professions, mars 2002.

---

### 4.11.3 Champ d'exercice

Les besoins changeants et les attentes accrues du patient, du client et du public en général, et la pénurie de fournisseurs de soins de santé sont des facteurs qui incitent à examiner attentivement des champs d'exercice qui se recoupent entre les groupes de professionnels de la santé.

Comme il a déjà été mentionné dans la présente analyse, le gouvernement a pris des mesures pour résoudre les questions relatives aux champs d'exercice dans la profession infirmière en annonçant son intention de « supprimer les obstacles législatifs, réglementaires et découlant des politiques qui empêchent les infirmières de mettre pleinement à profit leurs compétences professionnelles, ce qui permettra aussi d'améliorer l'accès économique aux services de santé et de réduire le temps d'attente pour les soins de santé primaires ». <sup>22</sup> Plus précisément, à la session de l'Assemblée législative au printemps 2002, le gouvernement a déposé une loi pour résoudre les obstacles à l'utilisation efficace des infirmières immatriculées, des infirmières auxiliaires autorisées et des infirmières praticiennes. Le ministère de la Santé et du Bien-être a été chargé d'entreprendre un processus de consultation accéléré auprès de l'Association des infirmières et infirmiers du Nouveau-Brunswick (AIINB) et d'autres associations de professionnels des soins de santé afin « d'élaborer des mesures et une législation qui nous permettront de mieux tirer profit des compétences des infirmières, des infirmières auxiliaires autorisées et des infirmières praticiennes dans notre système de soins de santé ». <sup>23</sup> Dans le cas des IAA, les obstacles à la pleine utilisation du champ d'exercice semblent être surtout dans la politique opérationnelle du programme ou de l'établissement. Un plan obligatoire doit être établi pour assurer une utilisation uniforme et constante, y compris le recyclage qui peut être requis pour les personnes travaillant dans le système.

Il faudra créer un processus bien défini afin d'orienter les discussions et les prises de décisions concernant le champ d'exercice. Les besoins du patient ou du client devraient être à la base de toute prise de décisions concernant un nouveau modèle d'exercice de la profession en collaboration, plutôt que sur l'emplacement physique où les soins ou les services sont offerts.

### 4.11.4 Recrutement et maintien en poste

Certaines tendances générales se manifestent actuellement au pays. Le recours au travail occasionnel est un enjeu dans plusieurs professions de la santé. Il a contribué à un certain nombre de défis dans le recrutement et le maintien en poste. Plusieurs employés occasionnels travaillent à temps plein, ce qui crée une réserve insuffisante d'employés occasionnels disponibles. Ce modèle de dotation empêche de couvrir les vacances, et les congés de maternité et de maladie, crée un effectif insuffisant et contribue à l'épuisement professionnel. Les écarts dans les échelles salariales des secteurs public et privé créent aussi de la concurrence et des difficultés pour le recrutement et le maintien en poste dans la province.

Un autre défi important et unique au Nouveau-Brunswick est l'obligation d'offrir des services bilingues. Cette obligation ajoute une autre dimension au défi du recrutement dans tous les secteurs.

Plusieurs professionnels consultés au cours de la présente étude ont indiqué que la politique actuelle du gouvernement est un obstacle important au recrutement de professionnels expérimentés. La question est

---

<sup>22</sup> Notes d'allocution du premier ministre Bernard Lord à l'assemblée générale annuelle de l'Association des infirmières et infirmiers du Nouveau-Brunswick, le 2 mai 2001.

<sup>23</sup> *Ibid.*

---

axée sur l'absence apparente d'une reconnaissance réelle de l'expérience clinique et de l'expertise dans les classifications actuelles et les échelles salariales. À titre d'exemple, un niveau de classification de psychologue clinicien est PC-1. La qualification est l'autorisation d'exercer du Collège des psychologues, quels que soient les diplômes du candidat (maîtrise ou doctorat), et l'expérience et l'expertise requise pour le poste. Si un poste qui devient vacant nécessite un clinicien expérimenté possédant une expertise clinique précise, un employeur ne peut pas être compétitif pour recruter ce niveau d'expérience car le poste est à un niveau de débutant. Les promotions et l'avancement professionnel sont seulement possibles si une personne désire occuper un poste de surveillance ou de gestion. Ce scénario influe sur les rôles de clinicien dans presque tous les groupes de professions des soins de santé.

#### **4.11.5 Éducation**

Les enjeux relatifs à la formation, à l'éducation et au perfectionnement occupent une place importante dans les défis actuels des ressources humaines en santé. Plusieurs décisions stratégiques prises au cours de la dernière décennie, en partie pour réduire la croissance et le coût des soins de santé, n'ont pas tenu compte du facteur de la main-d'œuvre vieillissante. Plusieurs professions des soins de santé font maintenant face à une pénurie de main-d'œuvre à un moment où les besoins et les attentes du public augmentent. Dans le contexte néo-brunswickois, à l'exception des infirmières, plusieurs professionnels techniques et en sciences sociales comptent sur l'accès aux places dans les universités et les établissements d'enseignement à l'extérieur de la province.

De plus, la tendance vers la formation universitaire et la spécialisation dans plusieurs groupes de professions de la santé crée de nouveaux coûts pour le réseau et pour les étudiants. La décision d'exiger un baccalauréat est un aspect qui a un impact important sur les ressources humaines en santé disponibles dans certaines professions. Ce phénomène de « diplômanie progressive » est une stratégie nationale de plusieurs professions visées par la présente étude, y compris les technologues en radiation médicale, les techniciens des dossiers médicaux, les technologues de laboratoire médical et les psychologues. Des taux variables de mise en oeuvre dans l'ensemble du pays ont un impact sur la libre mobilité de la main-d'œuvre entre les provinces et constituent une mesure dissuasive ou un obstacle à l'entrée dans certaines professions. Plusieurs professions comportent aussi des sous-spécialités qui nécessitent des certificats après la formation de base ou un diplôme pour exercer. Une évolution naturelle d'un baccalauréat est un programme de deuxième cycle pour ceux qui désirent poursuivre leur cheminement de carrière.

Un autre aspect tout aussi important de la formation des fournisseurs de soins de santé est une formation professionnelle continue et l'accroissement des compétences afin que les compétences du fournisseur correspondent aux compétences cliniques et aux nouvelles technologies. Les contraintes financières et les pénuries de professionnels de la santé qui touchent plusieurs professions compromettent grandement la formation professionnelle continue discrétionnaire. L'absence d'un soutien financier à la formation continue s'ajoute au manque de personnel substitut. Cette situation a été mentionnée comme un enjeu important par tous les groupes professionnels qui ont participé à la présente étude. Elle a un effet à la fois sur la qualité des soins et sur la satisfaction au travail. Le soutien de la formation professionnelle continue par l'employeur a été cité comme un des trois incitatifs de recrutement et de maintien en poste dans plusieurs études de grands groupes de professions.

#### **4.12 Analyse du marché du travail**

De nombreux facteurs, dont les écarts salariaux, les perspectives d'emploi, les restrictions budgétaires ainsi que les conditions économiques générales et de travail influent sur la compétition pour les ressources humaines. Ces

facteurs et d'autres influencent la mobilité des professionnels de la santé au Nouveau-Brunswick et dans la région de l'Atlantique. L'approche des consultants de Fujitsu concernant ces facteurs a consisté à fournir une estimation empirique de l'impact et de l'influence des facteurs multidimensionnels sur l'offre et la demande de la base des ressources humaines en santé au Nouveau-Brunswick.

Des données salariales comparatives ont été recueillies pour l'échantillon suivant des professions de la santé selon la méthodologie décrite au paragraphe 3.2.3. Elles sont incluses dans l'analyse de ces groupes de professions par sous-section au paragraphe 5.3 : infirmières immatriculées, infirmières auxiliaires autorisées, travailleurs sociaux, physiothérapeutes, ergothérapeutes, orthophonistes, audiologistes, radiothérapeutes, technologues en sonographie, technologues de laboratoire médical, pharmaciens et technicien des dossiers médicaux.

En général, l'analyse de la main-d'œuvre révèle que, pour les travailleurs du secteur des services en établissement, le Nouveau-Brunswick est dans une situation moins compétitive quant aux échelles salariales pour la plupart des professions de l'échantillon, si on tient compte des compétences supérieures et de l'expérience considérable de ces travailleurs. Le Nouveau-Brunswick se situe au premier rang dans une seule catégorie (services sociaux), si on utilise les données sur les travailleurs expérimentés. Il se classe toutefois premier dans quatre catégories (physiothérapeutes, ergothérapeutes, orthophonistes et audiologistes) quant aux nouveaux venus dans le réseau de soins de santé. La signature de deux conventions collectives en août 2002 a eu un impact positif important sur le classement général de la province par rapport aux trois autres provinces de l'Atlantique. Avant la signature de ces ententes, le Nouveau-Brunswick se trouvait au quatrième rang dans la région de l'Atlantique dans six des douze catégories de professions. Il occupe maintenant seulement deux quatrièmes places quant aux travailleurs expérimentés et quatre quatrièmes places dans les catégories pour les nouveaux travailleurs.

Le tableau 1 résume la situation compétitive de la province par rapport aux salaires du secteur public dans les douze catégories de profession.

**Tableau 1 – Classement salarial du secteur public**

<b>Profession</b>	<b>Classement par rapport aux nouveaux venus</b>	<b>Classement par rapport aux travailleurs expérimentés</b>
Infirmière immatriculée	4	2
Infirmière auxiliaire autorisée	4	4
Travailleur social	3	1
Physiothérapeute	1	3
Ergothérapeute	1	3
Orthophoniste	1	2
Audiologiste	1	2
Radiothérapeute	4	3
Technologue en sonographie	3	4
Technologue de laboratoire médical	4	3
Pharmacien	3	2
Technicien des dossiers médicaux	3	2

Les plus récentes conventions collectives de plusieurs catégories de professions ont amélioré le classement du Nouveau-Brunswick parmi les quatre provinces de l'Atlantique. Le Nouveau-Brunswick se classe premier dans quatre catégories quant aux nouveaux venus, mais premier dans seulement une

---

catégorie quant aux travailleurs expérimentés. Toutefois, le rang de la province quant aux travailleurs expérimentés s'est amélioré considérablement, soit deuxième ou troisième dans neuf des onze autres catégories dans la région. Il importe de reconnaître que, si la compétition pour une profession est forte, des négociations sont habituellement entreprises entre l'employé et l'employeur pour des niveaux de salaire de débutant plus élevés comme un des incitatifs offerts par le secteur public. Cela peut réduire quelque peu l'avantage du classement compétitif du Nouveau-Brunswick pour les salaires de débutant pour ces groupes de professions.

Le Nouveau-Brunswick est moins compétitif dans quatre catégories de nouveaux venus, notamment infirmières immatriculées, infirmières auxiliaires autorisées, radiothérapeutes et technologues de laboratoire médical. Vu l'importance stratégique de la profession infirmière dans le réseau de soins de santé et la pénurie prévue de technologues de laboratoire médical, il faudra peut-être mettre davantage l'accent sur ces professions et leur accorder la priorité à moyen et à long terme.

---

## 5. ANALYSE DE LA BASE DE DONNÉES D'INVENTAIRE DES RESSOURCES HUMAINES EN SANTÉ DU NOUVEAU-BRUNSWICK

---

### 5.1 Introduction

Les modifications à la politique des soins de santé à l'échelle nationale et provinciale au début des années 90 ont eu de grandes répercussions sur les nombreuses professions des soins de santé au Canada. Les décisions qui ont réduit la part du PIB consacrée aux soins de santé ont entraîné l'abolition de plusieurs postes dans divers groupes de professions, et ont transformé des postes à temps plein en des postes à temps partiel et occasionnels. Au fil des ans, la croissance de la population est demeurée positive, la démographie étant de plus en plus pondérée vers une population vieillissante, ce qui n'a pas réduit la demande des services de soins de santé. Ce phénomène a augmenté la charge de travail des professionnels, a obligé le personnel actuel à travailler des heures supplémentaires pour maintenir des modes de dotation adéquats et a établi une tendance visible au remplacement de la main-d'œuvre par des travailleurs de soutien non réglementés. Ce milieu de travail a créé des frustrations, une insatisfaction au travail et l'épuisement professionnel. Les nouveaux venus dans la main-d'œuvre en santé occupent des emplois occasionnels ou à temps partiel et plusieurs d'entre eux ont dû accepter des emplois simultanés. Ce milieu a un impact sur la capacité d'attirer des particuliers dans les professions de la santé, ce qui oblige plusieurs établissements d'enseignement à signaler une incapacité à atteindre leurs nombres d'inscription, l'abolition de certains programmes et la réduction de places dans d'autres. Ces facteurs réduisent le nombre de diplômés. Entre temps, la main-d'œuvre de plusieurs professions continue de vieillir. Ensemble, ces facteurs ont contribué à une offre insuffisante dans plusieurs professions de la santé pour répondre aux besoins futurs des Canadiens en matière de soins de santé.

En réponse aux pénuries prévues dans certains groupes de profession et en préparation de celles-ci, il existe en général, au pays, une tendance visible au remplacement de la main-d'œuvre et à l'utilisation de travailleurs de soutien non réglementés dans des professions comme les soins infirmiers, la réadaptation et la pharmacie. Bien que les travailleurs de soutien puissent aider à optimiser l'utilisation des fournisseurs de soins professionnels, il n'y a actuellement aucune norme de formation et d'exercice de la profession pour ces travailleurs non réglementés. Le gouvernement voudra revoir cette situation attentivement afin que la qualité des soins ne soit pas compromise, tout en utilisant des champs d'exercice complémentaires.

Le recrutement et le maintien en poste demeurent une des préoccupations principales pour plusieurs groupes de professions décrits dans les sections suivantes. À l'exception d'une stratégie provinciale de recrutement pour les professions infirmières, aucun autre groupe de professions n'a été ciblé par le gouvernement provincial pour de telles stratégies. Certaines régions régionales de la santé ont toutefois indiqué qu'elles offrent des incitatifs discrétionnaires particuliers, selon le besoin relatif à certains professionnels dont le recrutement est difficile. Ces incitatifs vont de stimulants financiers relativement bas, entre 1 500 \$ et 5 000 \$ pour un nombre accru d'années de service compensatoire, à une aide financière limitée pour le déménagement et l'offre de postes à temps plein avec des heures flexibles.

---

## 5.2 Analyse de la base de données d'inventaire à haut niveau

La base de données d'inventaire des ressources humaines en santé du Nouveau-Brunswick porte sur 27 groupes de professions. Elle contient un aperçu des membres de ces groupes qui travaillent au Nouveau-Brunswick au 31 mars 2001, pour certaines sources de données, et avril et mai 2002 pour les autres. Les particuliers ont été inclus dans la base de données à partir de trois principales sources :

1. Bases de données du gouvernement du Nouveau-Brunswick :
  - Base de données des fournisseurs de services du ministère de la Santé et du Mieux-être – *Données finales de 2001*,
  - SIRH (Système d'information sur les ressources humaines) – *avril 2002*,
  - BDRH (Base de données sur les ressources humaines) – *mai 2002*;
2. Données et base de données d'associations professionnelles et d'organismes de réglementation – *avril-juillet 2002*;
3. Employeurs du secteur privé (au moyen d'un sondage) – *juillet 2002*.

Trois catégories sont visées par l'analyse :

1. Particuliers (avec un emploi et sans emploi);
2. Employés (actifs);
3. Emplois (y compris emplois simultanés).

La base de données d'inventaire des ressources humaines en santé contient **17 474 particuliers**, dont certains occupent un emploi ou deux emplois, ou sont sans emploi. À cet égard, **16 078 employés (actifs)** et **16 677 emplois** figurent dans la base de données d'inventaire (un employé pouvant occuper plus d'un emploi).

Le groupe professionnel le plus nombreux de la base de données est celui des infirmières immatriculées (II), qui représente 47 % du total, soit 8 229 personnes. Le deuxième groupe est celui des infirmières auxiliaires autorisées (IAA) qui représente jusqu'à 15 % du total, soit 2 701 personnes. Le troisième groupe est celui des travailleurs sociaux, comprenant 1 281 personnes, soit 7 % du total.

Les sections suivantes présentent une analyse générale de haut niveau de toutes les ressources humaines en santé au Nouveau-Brunswick (les 27 professions de la santé) pour les champs d'intérêt de données primaires de la présente étude (l'ensemble de données minimales figurant à l'annexe C).

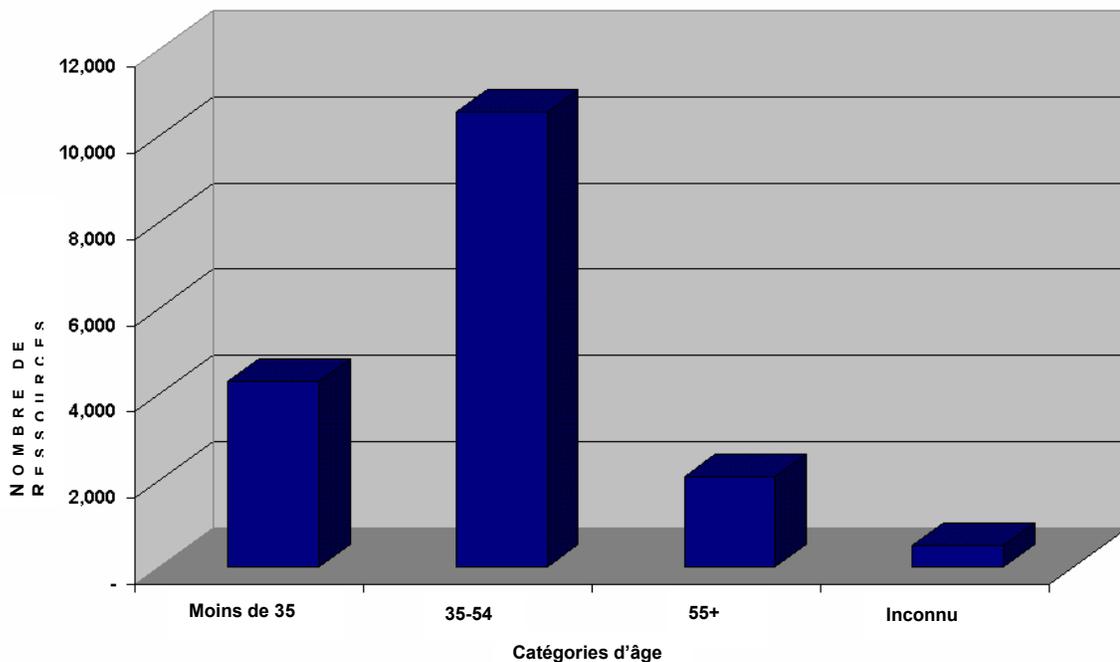
### 5.2.1 Sexe et âge des travailleurs de la santé au Nouveau-Brunswick

La plupart (86 %) des 17 474 personnes figurant dans la base de données d'inventaire sont des femmes. Plusieurs petits groupes de professions sont toutefois à prédominance masculine : techniciens d'équipement médical (96 %), inspecteurs de la santé publique (72 %), ambulanciers, TUM et travailleurs paramédicaux (66 %), et intervenants en toxicomanie (64 %).

L'analyse par catégorie d'âge révèle que la catégorie des moins de 35 ans comprend 4 305 personnes, soit 25 % des personnes figurant dans la base de données. La catégorie des 35 à 54 ans comprend

10 569 personnes ou 60 % des personnes figurant dans la base de données réparties comme suit : 2 774 personnes (16 %) dans la catégorie des 40 à 44 ans, 2 693 personnes (15 %) dans la catégorie des 45 à 49 ans, 2 263 personnes (13 %) dans la catégorie des 50 à 54 ans. La catégorie d'âge des 55 ans et plus comprend 2 091 personnes (12 %). Tous les pourcentages sont calculés en pourcentage du nombre total (17 474 personnes). L'âge de 509 personnes (3 %) dans la base de données est inconnu. Le tableau suivant montre la répartition principale par catégorie d'âge des ressources humaines en santé au Nouveau-Brunswick.

**Figure 3 – Âge des travailleurs de la santé au Nouveau-Brunswick**

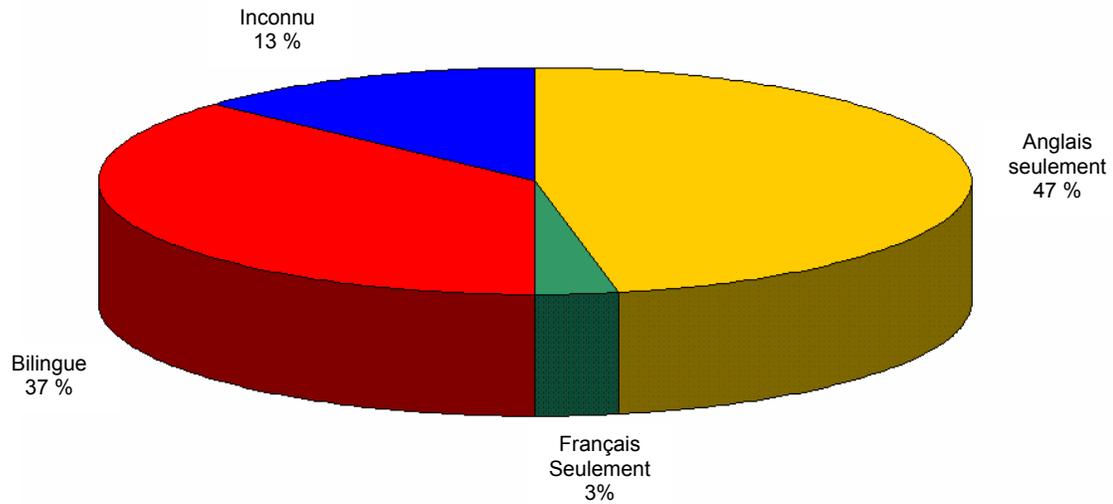


### 5.2.2 Compétences linguistiques

L'information (disponible sur chaque personne) concernant la compétence linguistique est indiquée comme une des langues suivantes : anglais, français, anglais et français, inconnu.

Le profil linguistique de l'inventaire actuel des ressources humaines en santé du Nouveau-Brunswick (17 474 personnes) est comme suit : 8 284 (47 %) ont des compétences linguistiques en anglais seulement, 6 445 (37 %) ont des compétences linguistiques en anglais et en français, 528 (3 %) ont des compétences linguistiques en français seulement et la compétence linguistique de 2 253 personnes (13 %) n'a pas été indiquée. Ce profil linguistique des ressources humaines en santé du Nouveau-Brunswick est représenté à la figure 4.

**Figure 4 – Profil linguistique des travailleurs des soins de santé actuels**



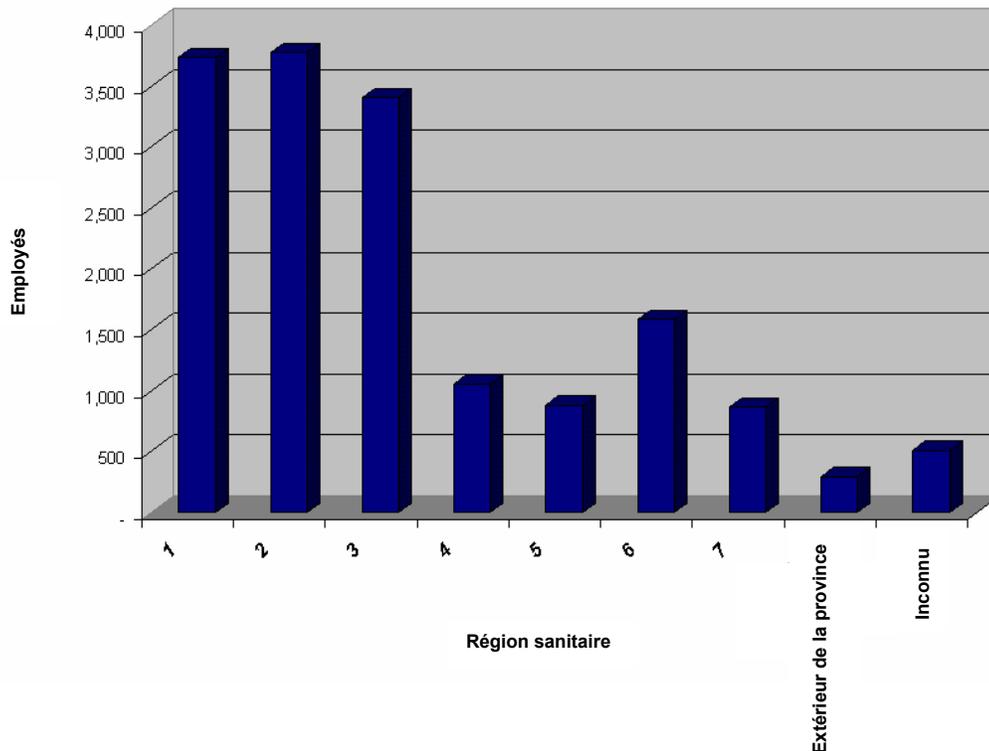
### 5.2.3 Régions sanitaires

Les employés ont été classés selon les régions sanitaires suivantes (régions régionales de la santé) qui sont représentées sur une carte provinciale des régions sanitaires du Nouveau-Brunswick figurant à l'annexe E.

1. Région 1 (ensemble de la région)
2. Région 1B
3. Région 1SE
4. Région 2
5. Région 3
6. Région 4
7. Région 5
8. Région 6
9. Région 7
10. Inconnu
11. Extérieur de la province

L'analyse des régions sanitaires est basée sur les employés (particuliers ayant un emploi). La plupart (3 773 ou 23 %) des 16 078 employés figurant dans la base de données travaillent dans la Région 2, 3 734 (23 %) dans la Région 1 (Beauséjour, Sud-Est, et Région 1 combinée non précisée), 3 405 (21 %) dans la Région 3, 1 585 (10 %) dans la Région 6, 1 055 (7 %) dans la Région 4, 880 (5 %) dans la Région 5 et 866 (5 %) dans la Région 7. La région sanitaire de 511 employés (3 %) inscrits dans la base de données est inconnue et 296 employés (2 %) figurant dans la base de données travaillent à l'extérieur de la province. Le tableau suivant montre la répartition régionale de la main-d'œuvre en santé au Nouveau-Brunswick.

**Figure 5 – Région sanitaire des employés**



La répartition dans la Région 1 est comme suit : 1 401 employés (9 % du total) travaillent dans la Région 1 – Sud-Est, 961 (6 % du total) dans la Région 1 – Beauséjour et la région Sud-Est ou Beauséjour n'est pas précisée pour 1 372 employés (9 %).

#### 5.2.4 Secteurs d'emploi

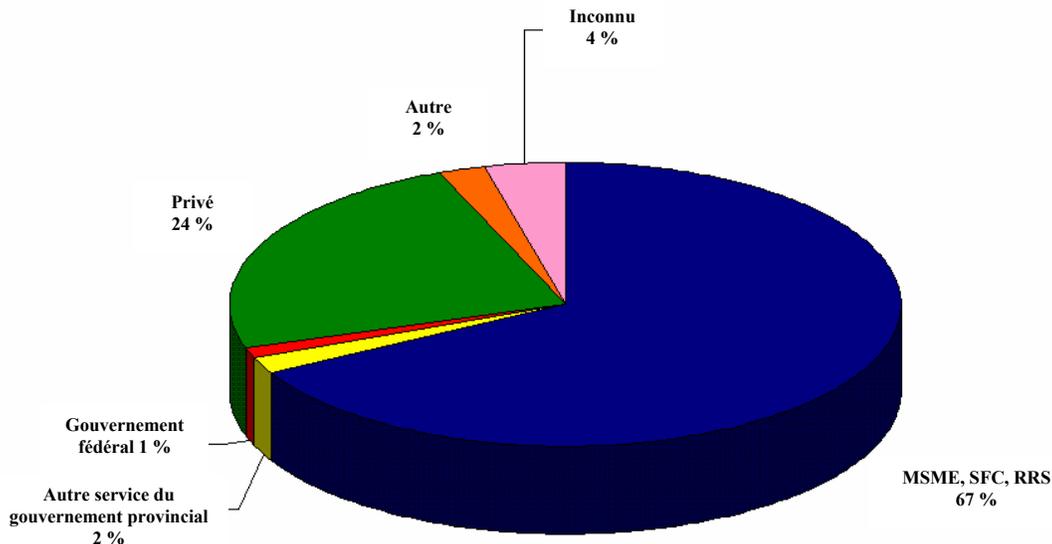
Six secteurs d'emploi ont été déterminés aux fins de la présente analyse :

1. santé et Services communautaires provinciaux (ministère de la Santé et du Mieux-être du Nouveau-Brunswick, Services familiaux et communautaires, et régies régionales de la santé);
2. autre service du gouvernement provincial (autres ministères, sociétés de la Couronne, Commission de la santé, de la sécurité et de l'indemnisation des accidents au travail (CSSIAT), Justice et Services correctionnels provinciaux);

3. gouvernement fédéral;
4. secteur privé;
5. autre (comprend extérieur de la province et du pays);
6. inconnu.

L'analyse par secteur d'emploi est basée sur les employés. Des 16 078 dossiers d'employés dans la base de données, 10 830 (67 %) employés travaillent dans le système de santé et de services communautaires provincial, 3 855 (24 %) dans le secteur privé, 370 (2 %) dans la catégorie « autre », 250 (2 %) dans un autre service du gouvernement provincial et 97 (1 %) pour le gouvernement fédéral. Le secteur d'emploi de 676 employés (4 %) est inconnu. La répartition par secteur d'emploi est indiquée à la figure 6.

**Figure 6 – Répartition par secteur d'emploi**



Les groupes professionnels, surtout dans le secteur privé, (> 50 %) sont : optométristes (100 %), pharmaciens (82 %), infirmières auxiliaires autorisées (53 %) et prothésistes (100 %).

Les professionnels dans la base de données d'inventaire qui sont employés dans les secteurs public et privé sont : intervenants en toxicomanie, ambulanciers, TUM et travailleurs paramédicaux, technologues de laboratoire médical, inhalothérapeutes, infirmières auxiliaires autorisées (IAA), infirmières immatriculées (II), travailleurs sociaux, physiothérapeutes, orthophonistes, audiologistes, ergothérapeutes, pharmaciens, aides-pharmaciens, psychologues, psychométriciens, diététistes et prothésistes.

---

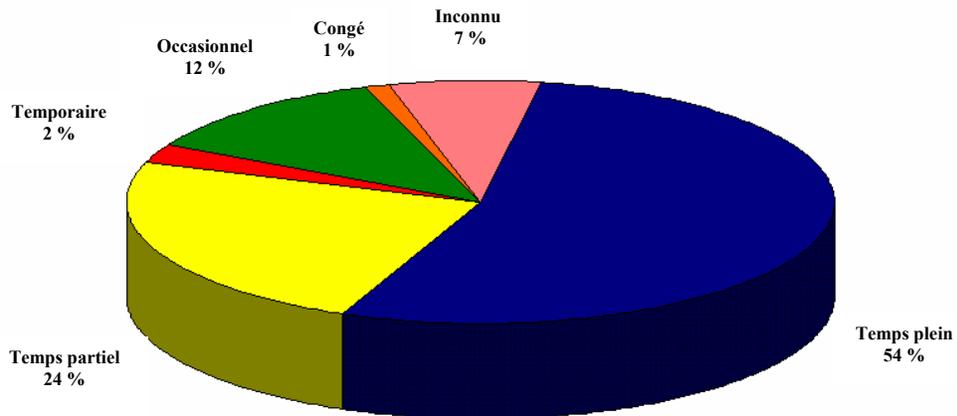
### 5.2.5 Statut d'emploi

La base de données contient six catégories pour le statut d'emploi :

1. permanent à temps plein,
2. permanent à temps partiel,
3. permanent temporaire,
4. occasionnel,
5. congé (justifié),
6. inconnu.

Le champ du statut d'emploi est basé sur les fiches d'emploi (postes) dans la base de données d'inventaire et non sur les employés (particuliers). À cet égard, des 16 677 emplois dans la base de données d'inventaire, 8 924 (54 %) sont des postes permanents à temps plein, 3 930 (24 %) sont des postes permanents à temps partiel, 2 057 (12 %) sont des postes occasionnels, 1 152 (7 %) sont des postes dont le statut est inconnu, 427 (2,5 %) sont des postes permanents temporaires et 167 (1 %) sont des postes de personnes en congé. Le statut d'emploi de la main-d'œuvre en santé du Nouveau-Brunswick est représentée à la figure 7.

**Figure 7 – Statut d'emploi de la main-d'œuvre en santé du Nouveau-Brunswick**



---

### 5.2.6 Statut professionnel

Pour mieux définir le statut d'emploi, un champ désigné « statut professionnel » est analysé pour fournir plus de détails sur les personnes sans emploi ou occupant un emploi à l'extérieur de leur profession. Cette analyse est basée sur les particuliers inscrits dans la base de données. À cette fin, 12 types de statut professionnel sont indiqués pour lesquels de l'information est disponible :

1. exerce la profession;
2. occupe un emploi à l'extérieur de la profession et cherche un emploi dans la profession;
3. occupe un emploi à l'extérieur de la profession et ne cherche pas un emploi dans la profession;
4. occupe un emploi à l'extérieur de la profession et on ne sait pas s'il cherche un emploi;
5. est sans emploi et cherche un emploi dans la profession;
6. est sans emploi et ne cherche pas un emploi;
7. est sans emploi et son statut est inconnu;
8. cherche un emploi à l'extérieur de la profession;
9. est retraité;
10. est étudiant;
11. son statut est inconnu;
12. cherche un cours de recyclage et un emploi dans la profession (IAA seulement).

L'analyse par statut professionnel révèle que la plupart (15 022 ou 86 %) des 17 474 personnes figurant dans la base de données occupent un emploi dans leur profession. Le statut professionnel de 1 438 personnes (8 %) est inconnu et, pour les autres personnes figurant dans la base de données, il est comme suit : 294 (1 %) sont sans emplois et cherchent un emploi dans leur profession, 254 (1 %) sont sans emploi et ne cherchent pas un emploi, 134 (1 %) ont pris leur retraite et 81 occupent un emploi à l'extérieur de leur profession.

### 5.2.7 Secteurs de la santé

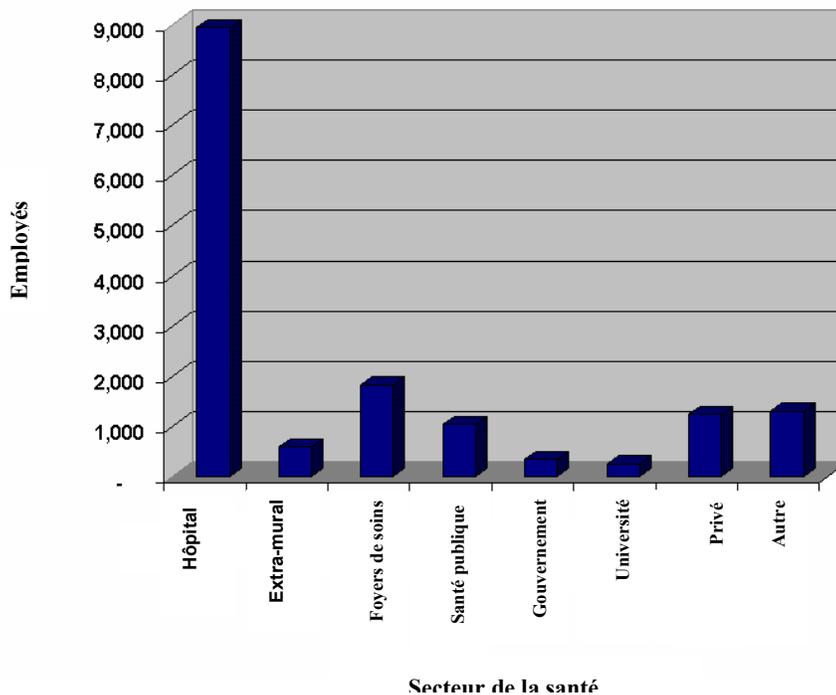
Aux fins de la présente analyse, douze secteurs de la santé ont été établis comme suit :

1. hôpital,
2. extra-mural,
3. foyer de soins,
4. foyer de soins spéciaux,
5. cabinet de médecin,
6. centre de santé communautaire,
7. services de santé mentale,
8. services de santé publique,

9. gouvernement,
10. université,
11. secteur privé,
12. autre.

L'analyse par secteur de la santé est basée sur les 16 078 employés. De ce nombre, la plupart (8 936 ou 56 %) travaillent dans les hôpitaux, 1 829 (11 %) dans les foyers de soins, 1 235 (8 %) dans le secteur privé, 1 290 (8 %) dans un domaine de la catégorie « Autre », 1 034 (6 %) dans les services de santé publique, 584 (4 %) à l'Extra-mural, 336 (2 %) pour le gouvernement proprement dit et 246 (2 %) dans un milieu universitaire. Les autres, en faible nombre, travaillent dans les cabinets de médecin, les foyers de soins spéciaux, les services de santé mentale et les centres de santé communautaires.

**Figure 8 – Employés par secteur de la santé**



### 5.2.8 Domaines de pratique

Aux fins de la présente analyse, cinq domaines de pratique ont été établis pour les personnes ayant un emploi :

1. clinique,
2. éducation,

- 
3. gestion,
  4. recherche,
  5. autre.

Comme prévu, la plupart (83 %) des personnes figurant dans la base de données d'inventaire travaillent dans un domaine de pratique clinique, 11 % sont dans la catégorie « Autre » (qui peut comprendre un emploi en consultation, ventes, etc.), 4 % sont en gestion, 2 % travaillent dans le secteur de l'éducation et les autres (30 personnes) sont dans le domaine de la recherche.

### **5.2.9 Statut d'inscription**

Le statut d'inscription désigne les particuliers qui sont membres d'une organisation professionnelle. Cela comprend l'adhésion volontaire et l'adhésion obligatoire comme préalable à l'exercice de la profession au Nouveau-Brunswick. Cinq types de statut d'inscription sont indiqués dans la base de données pour lesquels de l'information était disponible :

1. actif,
2. inactif,
3. temporaire,
4. retraité,
5. inconnu.

Environ 16 051 (92 %) des 17 474 personnes figurant dans la base de données d'inventaire sont membres de l'organisation professionnelle régissant leur profession ou une profession étroitement connexe à laquelle elles sont admissibles. Du nombre total figurant dans la base de données, 15 131 (87 %) ont un statut actif auprès de leur organisme, 753 (4 %) sont inactifs, 130 (1 %) ont pris leur retraite et 38 personnes ont un statut d'inscription temporaire.

Le statut d'inscription de 1 423 personnes (8 %) est inconnu, ce qui signifie souvent que ces personnes exercent une profession non représentée par une association, un organisme d'accréditation, une société, etc. C'est le cas des intervenants en toxicomanie, des techniciens d'équipement médical, des aides-pharmaciens, des techniciens en pharmacie, des aides en réadaptation et des psychométriciens.

Un statut d'inscription inconnu peut aussi signifier que l'organisme représentatif n'a pas pu fournir d'information pour remplir ce champ.

### **5.2.10 Employés ayant des emplois et professions simultanés**

La base de données d'inventaire a été conçue pour indiquer les professions et les emplois simultanés à l'intérieur d'une profession, et les emplois simultanés dans une profession pour chaque personne. L'analyse du nombre d'emplois occupés par chaque employé est toutefois limitée en raison du processus actuel de collecte des données. À titre d'exemple, le nombre d'employés et d'emplois sont les mêmes pour les infirmières immatriculées car l'Association des infirmières et infirmiers du Nouveau-Brunswick indique seulement un emploi par membre, donc un emploi secondaire n'est pas indiqué dans la base de données d'inventaire.

---

La base de données peut inclure le nombre actuel de personnes qui ont plus d'un emploi. Toutefois, vu l'information incomplète disponible, on ne peut pas se fier aux résultats d'une analyse des emplois simultanés par personne. C'est une contrainte par rapport à l'analyse. Pour la saisie des données à l'avenir, il est recommandé que plus d'un emploi soit indiqué pour un membre.

### **5.2.11 Équivalents à temps plein (ÉTP)**

Le secteur public utilise une méthode d'équivalents à temps plein (ÉTP) pour déterminer les besoins en personnel, un ÉTP étant 1 950 heures de travail par année. Actuellement, les données sur les heures de travail rémunérées sont entrées dans la BDRH pour le secteur public. La méthode des ÉTP a été appliquée à ces données pour appuyer l'analyse des professions actuelles dans le secteur public.

La BDRH était une source de données dont la qualité et l'intégrité des données étaient fiables. Elle contenait aussi des données sur la plus grande partie des groupes de professions visés par la présente analyse (24 groupes). L'autre source de données possibles pour l'analyse des ÉTP est la BDFS; toutefois, la principale contrainte à l'utilisation de ces données est que les heures travaillées sont indiquées par les particuliers, ce qui ne fournit pas aux consultants un niveau équivalent de fiabilité. Ces données sont seulement disponibles pour huit groupes de professions. À l'avenir, ces données devront être harmonisées avec les données de l'employeur sur les heures travaillées afin d'assurer une représentation uniforme des heures travaillées et donc des ÉTP dans tous les groupes de professions.

Compte tenu de la disponibilité et des contraintes des données susmentionnées, la partie du secteur public de la main-d'œuvre dans les groupes suivants est analysée selon les ÉTP.

1. intervenant en toxicomanie,
2. ambulancier, TUM et travailleur paramédical,
3. audiologiste,
4. infirmière clinicienne spécialisée,
5. échographiste,
6. diététiste,
7. dosimétriste,
8. technicien en électrocardiographie,
9. technicien en électroencéphalographie,
10. technicien et administrateur des dossiers médicaux,
11. infirmière auxiliaire autorisée,
12. technicien d'équipement médical,
13. technologue de laboratoire médical,
14. Technologue en radiation médicale et radiothérapeute,
15. ergothérapeute,
16. pharmacien,
17. aide-pharmacien et technicien en pharmacie,
18. physiothérapeute,

- 
19. psychométricien,
  20. infirmière immatriculée,
  21. aide en réadaptation,
  22. technicien en inhalothérapie et inhalothérapeute,
  23. travailleur social,
  24. orthophoniste.

La prochaine section porte sur les résultats de cette analyse par groupe professionnel, selon les regroupements de ÉTP suivants : de 0 à 0,25; de 0,26 à 0,50; de 0,51 à 0,75; de 0,76 à 1; >1.

### 5.3 Analyse des groupes de professions

Cette section présente une analyse générale et détaillée des groupes de professions. Lorsque l'information est disponible, les champs présentés sommairement sont analysés par groupe professionnel. Les sous-sections (grands groupes de professions) sont organisées selon l'annexe B.

Les éléments de l'analyse ci-dessous seront indiqués selon la profession lorsque l'information est disponible. Ensemble, ces informations permettent de mieux comprendre les enjeux propres aux professions et particuliers au Nouveau-Brunswick.

- Survol des tendances et enjeux les plus récents et pertinents propres à la profession déterminés au moyen d'une analyse du contexte comprenant un examen général de la documentation, des rapports et des études commandées, ainsi qu'au moyen de sondages, d'entrevues et de groupes de discussion.
- Identification des sources d'offre de main-d'œuvre les plus probables des programmes de formation au Canada et au Canada atlantique.
- Analyse comparative des salaires effectuée pour douze professions de la santé qui précise la position compétitive relative du Nouveau-Brunswick au Canada atlantique pour ces groupes de professions.
- Analyse particulière des professions de la main-d'œuvre actuelle par âge, sexe, capacité linguistique, formation, région sanitaire, secteur d'emploi, domaine de pratique, statut d'emploi et statut professionnel.
- Résultats du modèle de prévision de l'offre et de la demande décrivant les pénuries et les surplus dans la profession sur une période de cinq ans (approche générale décrite davantage au paragraphe 5.3.1).

Les groupes de professions qui ne seront pas analysés par rapport à l'information démographique sont ceux dont le nombre de particuliers est bas au point où la divulgation de l'information démographique ne respecterait pas la vie privée des particuliers de ce groupe. Ces cas seront soulignés pour les groupes particuliers en question.

Deux principaux facteurs ont été pris en compte dans l'analyse de l'âge pour l'examen de l'impact de l'offre et de la demande des ressources humaines en santé. Le premier facteur est l'âge de la retraite, une attention particulière devant être accordée à la zone de retraite de 55 ans et plus à des fins de planification des ressources humaines. Le deuxième facteur a trait à l'impact d'une main-d'œuvre à prédominance féminine, les femmes en âge de procréer (moins de 40 ans) figurant surtout dans la planification des ressources humaines. Une nouvelle loi appuyant un congé de maternité maximal d'un an a aussi un impact sur le processus de planification. Souvent, les pères partageront la responsabilité parentale et

---

exerceront leur droit de prendre des congés de paternité. La présente analyse ne porte pas sur les conséquences des congés de paternité sur l'offre et la demande car ces congés sont difficiles à quantifier.

### **5.3.1 Commentaires, hypothèses et limites du modèle de prévision**

Les prochaines sections du rapport portent sur les pénuries et les surplus qui pourraient survenir au cours des cinq prochaines années dans vingt groupes de professions de la santé, d'après les résultats de l'analyse de l'offre et de la demande, et le modèle de prévision. Ce sont les groupes pour lesquels l'offre ou la demande, ou les deux, étaient considérées comme un enjeu en septembre 2002, pour lesquels le nombre de travailleurs est suffisant dans la profession et pour lesquels il existe assez de données pour documenter le modèle. Le Nouveau-Brunswick peut maintenant s'inspirer de ce bon point de départ car la base de données est enrichie d'autres informations sur d'autres groupes de professions. Les défis particuliers qui influenceront sur le recrutement et le maintien en poste des nouveaux professionnels de la santé sont décrits sous la profession en question.

Toutes les prévisions pour les groupes de professions contiennent les statistiques suivantes :

#### **Offre**

- Offre actuelle pour la profession par groupe d'âge (selon le rapport 025 de la base de données).
- Nouveaux venus dans la profession, selon le nombre, les diplômés et les taux d'attrition fournis par les établissements d'enseignement.
- Taux de migration actuels propres à l'âge et au sexe pour le Nouveau-Brunswick.
- Attrition de la main-d'œuvre non attribuable à la retraite ou à un décès (congé de maternité, choix de mode de vie, formation continue) basée sur les approximations utilisées dans l'analyse de l'offre et de la demande des ressources humaines en santé de l'Île-du-Prince-Édouard (approximation = 2,5 % de tous les groupes des sciences infirmières, sciences sociales et connexes aux soins infirmiers, 2 % pour les services de réadaptation et les professions en pharmacie, et 1 % pour toutes les autres professions techniques qui ne sont pas des professions de première ligne).
- Taux de mortalité actuels propres à l'âge et au sexe pour le Nouveau-Brunswick.
- Estimations de retraite prudentes.

#### **Demande**

Vu que ces chiffres ne reflètent pas toujours les besoins immédiats ou actuels, et compte tenu de la nature dynamique de l'embauche et des postes à pourvoir, l'information suivante sur la demande immédiate est intégrée au modèle.

- Données sur les postes à pourvoir dans le secteur public, nouveaux postes prévus et réduction prévue des postes par groupe de professions (sur la période de prévision de cinq ans) fournie par les directeurs et directrices des ressources humaines des régies régionales de la santé, et par les Directions des ressources humaines des ministères de la Santé et du Mieux-être, et des Services familiaux et communautaires (juillet 2002).
- Affichage de postes du secteur privé par groupe de professions (août 2002).

---

Le modèle de prévision comporte une contrainte reconnue. En l'absence d'un plan provincial des services de santé, aucune information n'est disponible pour documenter la demande additionnelle à l'avenir de nouveaux programmes, de changements aux programmes, etc.

Il importe de noter que les pénuries et les surplus reflètent la réalité d'aujourd'hui, qu'ils sont cumulatifs au cours de la période de prévision et qu'ils ne comprennent pas les mesures prises pour remédier aux pénuries et aux surplus prévus.

## **5.4 Sciences sociales**

### **5.4.1 Intervenants et conseillers en toxicomanie**

Surtout classés comme des préposés en toxicomanie, les intervenants en toxicomanie travaillent dans les sept centres de désintoxication de la province.

La formation requise pour cette profession est un diplôme d'études secondaires suivi d'une formation en cours d'emploi ou sur place. En raison des demandes de la population cliente, les nouveaux postes affichés exigent au moins six mois d'expérience clinique, ce qui restreint le nombre de candidats admissibles. Ceux qui ont un diplôme de préposé aux soins ou d'infirmière auxiliaire autorisée sont embauchés dans ces postes, dont le salaire ne correspond pas nécessairement à ce niveau de travailleur.

Les conseillers en toxicomanie sont surtout des travailleurs sociaux cliniciens qui offrent des services aux clients ayant une dépendance aux produits chimiques, dans un milieu communautaire ou un service de consultation externe. Des infirmières immatriculées travaillent aussi à ce titre.

### **Analyse des données**

La base de données d'inventaire comprend 53 intervenants en toxicomanie, qui exercent tous la profession, occupant 54 postes d'intervenant en toxicomanie. Il n'existe aucune association professionnelle au Nouveau-Brunswick pour cette main-d'œuvre.

La plupart (34 ou 64 %) des 53 intervenants en toxicomanie sont des hommes. L'analyse par catégorie d'âge révèle que l'âge moyen des intervenants en toxicomanie inscrits dans la base de données est de 46 ans. Au cours de la période de prévision de cinq ans, la moitié de cette main-d'œuvre fera partie de la zone d'admissibilité à la retraite (55+). En fait, 30 % d'entre eux en font déjà partie.

Quarante-neuf (91 %) des 53 intervenants en toxicomanie travaillent dans un milieu hospitalier du réseau provincial des services communautaires et de santé, trois dans le secteur privé, un pour le gouvernement fédéral et un pour un autre service du gouvernement provincial.

L'analyse des régions sanitaires révèle que la plupart (15 ou 28 %) des intervenants en toxicomanie travaillent dans la Région 2, 8 (15 %) dans la Région 4, 7 (13 %) dans chacune des Régions 5 et 6, 6 (11 %) dans la région 1SE, et les 5 et 4 autres dans les Régions 3 et 7 respectivement. Cinquante-deux (98 %) des intervenants en toxicomanie travaillent dans un domaine de pratique clinique, et l'autre a indiqué « autre » comme champ d'exercice.

L'analyse de la méthode de travail de cette main-d'œuvre révèle que 34 (63 %) des 54 postes sont des postes permanents à temps plein, 9 (17 %) sont des postes permanents à temps partiel, 9 (17 %) sont des emplois occasionnels et 1 (2 %) est un poste permanent temporaire. Le statut d'emploi de 1 (2 %) est

---

inconnu. De plus, pour 91 % des travailleurs du secteur public, l'analyse des ÉTP révèle que la plupart d'entre eux (41 %) travaillent de 0,76 à 1 ÉTP. Un pourcentage élevé (39 %) travaillent toutefois >1 ÉTP, tandis que 16 % travaillent moins de 0,5 ÉTP et 4 %, entre 0,51 et 0,75 ÉTP.

La compétence linguistique de 44 (83 %) des intervenants en toxicomanie est inconnue. L'analyse linguistique de cette main-d'œuvre n'est donc pas possible.

### **Analyse de l'écart**

**L'analyse de l'écart officielle n'est pas possible pour ce groupe en raison du manque d'information sur l'offre de « nouveaux venus » à partir des programmes de formation car les intervenants en toxicomanie sont formés en cours d'emploi et ils possèdent une formation et des antécédents différents. Toutefois, si on tient compte seulement de la démographie de ce groupe et non des autres demandes de services d'intervenants en toxicomanie au cours de la période de prévision, on peut prévoir une pénurie pouvant atteindre 20 travailleurs d'ici 2007.**

En résumé, les intervenants en toxicomanie sont surtout des hommes (64 %), l'âge moyen étant de 46 ans, et occupent surtout des postes permanents à temps plein ou permanents à temps partiel (80 %), dont un pourcentage élevé (39 %) travaillent plus d'un ÉTP. Ils travaillent presque uniquement en milieu hospitalier. Vu la formation en cours d'emploi et la nature de « sur demande » d'intervenants en toxicomanie, il faudra vraisemblablement ajouter à cette main-d'œuvre jusqu'à 20 travailleurs d'ici 2007 en raison de la démographie de la main-d'œuvre (décès, retraites et attrition de 2,5 % de la main-d'œuvre en général). Il importe de reconnaître que la main-d'œuvre des IAA peut être une source pour cette profession. Vu la stabilité relative de la main-d'œuvre des IAA au cours des cinq prochaines années, il est possible de satisfaire aux besoins en matière de ressources humaines pour pourvoir les postes d'intervenants en toxicomanie. Il existe toutefois un facteur de risque. Actuellement, le salaire de cette classification n'est pas compétitif avec celui des IAA.

## **5.4.2 Psychologues cliniciens**

### **Tendances et enjeux**

Actuellement, au Nouveau-Brunswick, pour obtenir l'autorisation d'exercer la profession de psychologue clinicien, il faut posséder une maîtrise en psychologie suivie de quatre années d'expérience supervisée ou un doctorat suivi d'une année d'expérience supervisée, après avoir réussi un examen oral et écrit. Le Collège des psychologues du Nouveau-Brunswick a indiqué qu'une nouvelle méthode d'autorisation d'exercer sera appliquée éventuellement. L'employé potentiel devra être un candidat au doctorat. On prévoit que des clauses de droits acquis seront appliquées aux psychologues déjà en poste lorsque les exigences accrues seront mises en oeuvre. De même, la norme de réussite à l'examen passera de 65 % à 70 %. Ce changement proposé dans les critères de formation au doctorat pour entrer dans cette profession pourrait avoir un impact sur l'offre.

### **Source des effectifs**

Les programmes de formation des psychologues cliniciens au niveau de la maîtrise et du doctorat sont offerts au Nouveau-Brunswick par les campus de Saint-Jean et de Fredericton de l'Université du Nouveau-Brunswick et par l'Université de Moncton. L'Université Dalhousie en Nouvelle-Écosse est

---

aussi une source de formation importante pour cette profession; elle offre des programmes de maîtrise et de doctorat dans cette discipline. En général, le programme d'études de deuxième cycle et d'études supérieures des psychologues est de plus en plus intégré, avec aucune sortie après une maîtrise, seulement à l'achèvement du programme complet menant à un doctorat. Plusieurs de ces programmes sont d'une durée de cinq ans en moyenne.

Actuellement, 21 résidents du Nouveau-Brunswick sont inscrits au programme de maîtrise ou de doctorat de l'UNB, sur un total de 35. L'Université de Moncton compte 37 étudiants du Nouveau-Brunswick parmi les 49 inscrits au programme de maîtrise en psychologie, dont certains diplômés s'inscriront au nouveau doctorat en psychologie de l'Université offert depuis 2000. Actuellement, les quatre étudiants inscrits au programme de doctorat sont tous résidents du Nouveau-Brunswick.

### **Analyse des données**

La base de données d'inventaire comprend 279 psychologues, dont on ne connaît pas le pourcentage qui ont un emploi (particuliers occupant un emploi) en raison de la disponibilité limitée de l'information sur l'emploi pour ce groupe. Une analyse ayant trait à l'emploi n'est donc pas possible pour le moment.

Le statut d'inscription de 279 psychologues est comme suit : 256 (92 %) sont actifs, 2 (1 %) sont inactifs, et le statut de 21 (8 %) est inconnu.

L'analyse démographique par âge révèle que l'âge de 155 (56 %) psychologues inscrits dans la base de données est inconnu. L'âge moyen des autres psychologues (124 ou 44 %) est de 46 ans.

L'analyse par sexe révèle que 147 psychologues sont des femmes (53 %). Toutefois, en raison du pourcentage élevé de psychologues dont l'âge est inconnu dans la base de données d'inventaire, il n'est pas possible de déterminer le nombre de femmes psychologues de moins de 40 ans, qui sont en âge de procréer.

L'étude de la compétence linguistique révèle que 114 (41 %) psychologues ont des compétences linguistiques en anglais seulement, 89 (32 %) ont des compétences linguistiques en anglais et en français, et 25 (9 %) ont des compétences linguistiques en français seulement. La compétence linguistique de 51 (18 %) psychologues est inconnue.

L'analyse du secteur d'emploi révèle que 79 (64 %) des 123 psychologues travaillent pour le gouvernement provincial, qui comprend le ministère de la Santé et du Mieux-être, les Services familiaux et communautaires, et les régies régionales de la santé, 26 (21 %) travaillent dans le secteur privé et 15 (12 %) dans un autre service du gouvernement provincial. Deux (2 %) ont indiqué la catégorie « autre », et 1 (1 %) travaille au gouvernement fédéral.

L'analyse des régions sanitaires révèle que la plupart (29 ou 24 %) des 123 psychologues travaillent dans la Région 3, 26 (21 %) dans la Région 1 (6 dans la Région 1SE, 6 dans la Région 1B, 14 dans la Région 1 non précisée), 21 (17 %) dans la Région 2, 7 % dans chacune des Régions 4 et 5, et 3 % dans chacune des Régions 6 et 7. Pour 19 psychologues (15 %), la région est inconnue. Les trois autres (2 %) travaillent à l'extérieur de la province.

L'analyse par secteur de la santé révèle que 42 (33 %) des 129 postes de psychologue sont dans le secteur gouvernemental, 35 (27 %) dans le secteur hospitalier, 29 (22 %) dans le secteur privé, 8 (6 %) dans les services de santé mentale, 7 (5 %) dans chacun des secteurs « autre » et universitaire, et 1 (1 %) dans le secteur des services de santé publique. D'un point de vue plus détaillé, la plupart (67 %) des

---

psychologues travaillent dans un domaine de pratique clinique, 30 (25 %) ayant indiqué « autre » comme leur champ d'exercice, 6 (5 %) sont en gestion et les quatre autres (3 %) sont dans le domaine de l'éducation.

L'analyse par statut d'emploi révèle que la plupart (91 ou 71 %) des 129 postes de psychologue sont des postes permanents à temps plein, 19 (15 %) sont des postes permanents à temps partiel et 3 (2 %) sont des postes occasionnels. Les autres postes sont répartis également entre des postes permanents temporaires, des congés inconnus et des statuts inconnus.

Le statut professionnel de 154 (55 %) des 279 psychologues inscrits dans la base de données d'inventaire est inconnu.

En résumé, un peu plus de la moitié des psychologues inscrits dans la base de données sont des femmes, l'âge moyen étant de 46 ans (basé sur 44 % du total) et 36 % des professionnels de ce groupe sont bilingues. La plupart (64 %) de cette main-d'œuvre travaille dans le secteur public sur une base permanente à temps plein ou permanente à temps partiel (86 %). Les sources locales de l'offre en français et en anglais sont les deux universités du Nouveau-Brunswick. La perspective pour ce groupe professionnel ne peut pas être déterminée en ce moment en raison de l'information démographique non disponible qui limite l'aptitude à établir des prévisions.

### **5.4.3 Psychométriciens**

#### **Source des effectifs**

Une formation en psychologie est requise pour cette profession et plusieurs psychométriciens suivent un cheminement de carrière pour obtenir une licence les autorisant à exercer comme psychologue.

#### **Analyse des données**

La base des données d'inventaire comprend 21 psychométriciens qui occupent 22 emplois.

L'analyse démographique par âge révèle que l'âge moyen des psychométriciens est de 37 ans. La plupart (12 ou 57 %) des psychométriciens sont dans la catégorie d'âge des 25 à 40 ans. Six (29 %) psychométriciens sont âgés entre 40 et 50 ans, et 3 (14 %) ont plus de 50 ans. Il n'y a actuellement aucun psychométricien dans la zone d'admissibilité à la retraite (55+) et seulement 3 (14 %) en feront partie au cours de la période de prévision de cinq ans. C'est un facteur positif pour la stabilité de la main-d'œuvre.

L'analyse par sexe révèle que 17 (81 %) des psychométriciens sont des femmes et que 11 (52 %) d'entre elles ont moins de 40 ans et sont considérées comme en âge de procréer. Même si le pourcentage (3 %) de départs à la retraite possibles au cours de la période de cinq ans est faible, il importe de tenir compte du potentiel élevé pour pourvoir des postes sur une base temporaire en raison des congés de maternité.

L'étude de la compétence linguistique des psychométriciens révèle que la compétence linguistique de la plupart des psychométriciens est inconnue (12 ou 57 %), 6 (29 %) ont des compétences linguistiques en anglais seulement, 2 (10 %) ont des compétences linguistiques en anglais et en français, et un (5 %) a des compétences linguistiques en français seulement. Une répartition pour la région sanitaire révèle que les psychométriciens ayant des compétences linguistiques en anglais et en français se trouvent tous dans la Région 4.

---

Quinze (68 %) des 22 psychométriciens travaillent pour le gouvernement provincial, qui comprend le ministère de la Santé et du Mieux-être, les Services familiaux et communautaires, et les régies régionales de la santé, 4 (18 %) dans le secteur privé et 3 (14 %) dans un autre service du gouvernement provincial.

L'analyse des régions sanitaires révèle que la plupart (6 ou 28 %) des 22 postes de psychométricien sont dans la Région 1 (3 dans la Région 1SE et 3 dans la Région 1B), 5 (23 %) dans la Région 5, 4 (18 %) dans la Région 3 et deux (9 %) dans chacune des Régions 2, 4 et 6. La région sanitaire d'un psychométricien est inconnue.

L'analyse par secteur de la santé révèle que 12 (55 %) des 22 psychométriciens travaillent dans le secteur hospitalier, 4 (18 %) dans le secteur privé, 2 (9 %) chacun pour le gouvernement, dans les services de santé mentale et dans le secteur universitaire. D'un point de vue plus détaillé, 12 psychométriciens (57 %) ont indiqué leur champ d'exercice comme autre ou inconnu, 8 (38 %) sont dans un domaine de pratique clinique et 1 (5 %) est dans le secteur de l'éducation.

L'analyse par statut d'emploi révèle que la plupart (15 ou 68 %) des 22 postes de psychométricien sont des postes permanents à temps plein, 3 (14 %) sont des postes permanents à temps partiel et 3 (14 %) sont des postes occasionnels. L'analyse des ÉTP révèle que 50 % de la main-d'œuvre du secteur public travaille entre 0,76 et 1 ÉTP, 25 % travaille >1 ÉTP et 25 % travaille <0,75 ÉTP.

Le statut professionnel est établi en fonction des 21 personnes qui sont psychométriciennes. Celles-ci exercent toutes leur profession.

En résumé, la main-d'œuvre de psychométriciens est relativement jeune, l'âge moyen étant de 37 ans, et à prédominance féminine (81 %), travaillant pour le gouvernement provincial (68 %), dans le secteur hospitalier (55 %), et dans le secteur privé (20 %). Cette main-d'œuvre occupe surtout des postes permanents à temps plein ou permanents à temps partiel (82 %), 25 % travaillant >1 ÉTP.

#### **5.4.4 Travailleurs sociaux**

##### **Tendances et enjeux**

Au cours de la prochaine décennie, plusieurs changements démographiques et environnementaux importants auront un impact sur la demande de services sociaux à l'échelle nationale. Dans son rapport publié en avril 2001 et intitulé « *Le travail social au Canada : une profession essentielle* », le Comité directeur de l'étude du secteur social précise ce qui suit aux pages 220 et 221 :

- On prévoit, au cours des dix prochaines années, un ralentissement de la croissance démographique qui, en soi, laisse présager une croissance moins élevée de l'emploi dans le domaine de la prestation de services sociaux.
- Les services à l'enfance et à la jeunesse représentent une grande partie de la prestation actuelle de services sociaux. On prévoit d'importants changements dans la structure par âge de la population, notamment une diminution de la proportion d'enfants et de jeunes. Au premier abord, ce changement sous-entend également une certaine diminution de la demande de programmes sociaux pour les enfants.
- Cependant, de nombreux problèmes économiques et sociaux liés à la dépendance aux services sociaux ne diminuent pas, mais augmentent plutôt graduellement dans bien des familles. Les jeunes

---

familles ont perdu du terrain en ce qui a trait au revenu d'emploi. La pauvreté demeure une préoccupation importante pour beaucoup de personnes et de groupes au sein de la société. La structure familiale est toujours en pleine transformation : les unions sont moins durables et les familles monoparentales se font plus nombreuses. Bien que la croissance démographique générale connaisse un ralentissement, ces tendances devraient continuer d'intensifier les besoins en matière de programmes sociaux.

- Le nombre de personnes âgées de 65 ans et plus, et tout particulièrement de 75 ans et plus, augmentera considérablement au cours des prochaines décennies, (...) ce qui créera de nouveaux besoins en matière de services sociaux.

Le rapport du Nouveau-Brunswick intitulé *Les enfants priment tout*<sup>24</sup> qui a été rendu public en janvier 2000, à la suite d'un vaste processus de consultation et de collaboration, propose une refonte du système de bien-être de l'enfance au Nouveau-Brunswick. Collectivement, les recommandations reflètent le besoin d'apporter de nombreux changements à la méthode utilisée et le besoin d'accroître le bassin de main-d'œuvre des travailleurs sociaux dans la province. En s'appuyant sur les méthodes pratiques et opérationnelles utilisées au moment de l'étude, on a recommandé de nouveaux postes de travailleurs sociaux pour redresser les résultats du rapport.

Depuis la publication du rapport, le ministère des Services familiaux et communautaires qui emploie un grand nombre de travailleurs sociaux, a indiqué que des modifications ont été effectuées ou sont sur le point de l'être, afin d'améliorer ou de rationaliser les processus opérationnels et l'utilisation des ressources. De plus, 45 nouveaux postes de travailleurs sociaux ont été créés dans le domaine des services à l'enfance.

Selon les travailleurs sociaux qui oeuvrent dans le système, les charges de travail non réalistes demeurent un des principaux éléments dissuasifs ayant trait à la satisfaction au travail et au maintien des effectifs, surtout dans le domaine des services à l'enfance. Dans une étude commandée récemment par la Ligue pour le bien-être de l'enfance du Canada, les complexités du recrutement et du maintien des effectifs à l'échelle nationale pour pourvoir les postes vacants dans le domaine des services de bien-être de l'enfance sont examinées. L'extrait suivant reflète le cercle vicieux qui existe pour plusieurs professions de la santé et résume le sentiment exprimé par les travailleurs sociaux qui ont participé à un groupe de discussion pour cette étude des ressources humaines en santé :

*« Un paradoxe fondamental est le lien qui existe entre le recrutement et le maintien des effectifs. Si le taux de maintien est faible, il faut un taux de recrutement élevé. Toutefois, les facteurs qui contribuent à un faible taux de maintien ne favorisent pas un recrutement efficace. Il en résulte une capacité réduite de remplacer le personnel qui part par de nouvelles recrues compétentes dans un délai raisonnable. L'écart dans l'embauche accroît davantage le stress dans le milieu de travail car le personnel qui reste doit assumer la charge de travail du personnel qui part, ce qui, en retour, contribue à une surcharge de travail et à la perte d'autres membres du personnel. »*

L'étude précitée de 2001 de l'ACTS, *« Le travail social au Canada : Une profession essentielle »*, indique que les programmes de formation en service social ne correspondent pas à la demande croissante

---

<sup>24</sup> *Les enfants priment tout : Étude et refonte globales des services en matière de bien-être à l'enfance*, ministère de la Santé et des Services communautaires du Nouveau-Brunswick, janvier 2000.

---

de domaines de spécialité auxquels font face les nouveaux diplômés. Le maintien de ce type de programme de formation comme une forme de perfectionnement professionnel de base pose une situation problématique car les nouveaux diplômés sont immédiatement dirigés vers des domaines de spécialité, l'accès à la formation continue est difficile et le perfectionnement professionnel est souvent traité comme une dépense discrétionnaire. Il s'agit d'un élément dissuasif pour le maintien d'une main-d'œuvre hautement qualifiée et dévouée.

Afin de remédier à cette situation, le ministère des Services familiaux et communautaires du Nouveau-Brunswick a injecté un million de dollars (par année) pour accroître les compétences des surveillants et des travailleurs sociaux de première ligne. Cela équivaut à environ douze jours par année par travailleur social. Ce projet visait au départ les travailleurs du domaine de la protection de l'enfance et devait être ensuite adopté pour d'autres secteurs de programme.

Selon le groupe de discussion formé de travailleurs sociaux aux fins de la présente étude, les faibles salaires et le nombre élevé de cas sont le principal défi dans cette profession. La méthode actuelle pour l'évaluation de la charge de travail a été remise en question car il faut accorder une attention pertinente à la complexité accrue des cas individuels.

Voici d'autres préoccupations de la profession qui ont été soulevées dans le groupe de discussion :

- tendance vers le remplacement de la main-d'œuvre lorsque les emplois qui sont perçus comme nécessitant les connaissances et l'ensemble des compétences d'un travailleur social sont annoncés et pourvus par d'autres professions à un taux de traitement inférieur;
- déplacement des travailleurs sociaux des points de service direct au client vers des tâches plus administratives;
- grande utilisation de contrat de travail prolongé par opposition à des possibilités d'emploi à temps plein;
- attribution au secteur privé des programmes sociaux nécessitant les compétences et les connaissances des travailleurs sociaux.

En examinant la compétitivité du Nouveau-Brunswick au Canada atlantique quant aux salaires des travailleurs sociaux professionnels oeuvrant dans le milieu hospitalier, il semble que le Nouveau-Brunswick vient au troisième rang au Canada atlantique pour les recrues dans la profession et premier pour les travailleurs sociaux expérimentés. Il importe de mentionner que l'écart salarial des classifications de travailleurs sociaux expérimentés oeuvrant dans ce secteur est faible au Canada atlantique. Les salaires des travailleurs sociaux oeuvrant dans le secteur communautaire n'ont pas été comparés en raison des variabilités dans les classifications entre les provinces.

### **Source des effectifs**

Deux programmes de formation sont offerts dans la province pour cette profession. L'Université St. Thomas offre le baccalauréat en service social en anglais au Nouveau-Brunswick, auquel on peut s'inscrire de deux manières. Un programme de baccalauréat de quatre ans est offert pour lequel on accepte chaque année 25 étudiants à temps plein et un ou deux étudiants à temps partiel, qui ont terminé deux années du programme des arts suivies de deux années d'études du baccalauréat en service social. Vingt étudiants par année sont aussi acceptés dans un programme d'études supérieures de treize mois, conçu pour les étudiants qui possèdent déjà un diplôme de premier cycle. En septembre 2002, 80 étudiants étaient inscrits à tous les programmes. Le taux d'attrition de ces programmes est négligeable. L'Université de Moncton offre le seul baccalauréat en service social en français dans la

---

province. Le programme peut être suivi en deux ou trois ans selon les diplômes de premier cycle de l'étudiant au moment de son admission. Le nombre d'inscriptions en première année à ce programme est de 50 étudiants. Actuellement, 102 des 108 étudiants inscrits au programme en septembre 2002 sont des résidents du Nouveau-Brunswick.

La Maritime School of Social Work de l'Université Dalhousie, en Nouvelle-Écosse, offre aussi un baccalauréat en service social de deux ans pour les étudiants qui possède déjà un diplôme de premier cycle. Les étudiants qui ont accumulé 30 heures-crédit de formation universitaire peuvent présenter une demande d'inscription au programme de trois ans. Pour les étudiants qui ont un diplôme de premier cycle, le baccalauréat en service social peut être obtenu par la formation à distance, le programme d'études normales étant de trois ans. Le nombre total d'inscriptions à ce programme est de 80 étudiants et le programme est complet pour septembre 2002, six étudiants du Nouveau-Brunswick ayant été acceptés en première année. Actuellement, 134 étudiants sont inscrits dans les autres années du programme, dont cinq du Nouveau-Brunswick. Le taux d'attrition pour ce programme est minime. Il est de 3 %. L'Université Dalhousie offre aussi une maîtrise en service social de onze mois pour les titulaires d'un baccalauréat en service social qui possèdent deux années d'expérience en travail social.

### **Analyse des données**

La base de données d'inventaire comprend 1 281 travailleurs sociaux dont 1 123 occupent 1 233 emplois (un employé peut occuper plusieurs emplois). Des travailleurs sociaux inscrits dans la base de données d'inventaire, 1 185 (93 %) sont membres actifs du Conseil d'immatriculation des travailleurs sociaux du Nouveau-Brunswick, 49 (4 %) sont membres inactifs, 30 (2 %) ont pris leur retraite et 17 (1 %) ont un statut de membre temporaire.

L'analyse démographique par âge révèle que l'âge moyen des travailleurs sociaux est de 42 ans. La plupart (561 ou 44 %) des travailleurs sociaux se trouvent dans la catégorie d'âge des moins de 40 ans, 352 (27 %) dans la catégorie d'âge des 40 à 50 ans et 360 (28 %) dans la catégorie d'âge des 50+. Actuellement, 13 % se trouvent dans la zone d'admissibilité à la retraite (55+) et 199 (16 %) en feront partie au cours de la période de prévision de cinq ans.

L'analyse par sexe révèle que 1 000 des travailleurs sociaux sont des femmes (78 %) et que 492 d'entre elles (38 % de la main-d'œuvre) ont moins de 40 ans et sont en âge de procréer. Cette statistique est importante dans la planification des effectifs, vu que les employées ont la possibilité de prendre un congé de maternité d'un an et vu les difficultés que cela comporte pour pourvoir les postes temporaires.

L'étude de la compétence linguistique révèle que la plupart (721 ou 56 %) des travailleurs sociaux ont des compétences linguistiques en anglais et en français, 514 (40 %) ont des compétences linguistiques en anglais seulement et 46 (4 %) ont des compétences linguistiques en français seulement. Le tableau ci-dessous fournit une analyse de la compétence linguistique par région des travailleurs sociaux à l'intérieur de la profession. Les chiffres entre parenthèses indiquent le pourcentage de tous les travailleurs sociaux dans la région sanitaire dont la compétence linguistique est précisée.

**Tableau 2 – Travailleurs sociaux**

<b>Travailleurs sociaux</b>	<b>Anglais</b>	<b>Français</b>	<b>Anglais et français</b>	<b>Total de la région dans la profession</b>
Région 1	33 (15 %)		189 (85 %)	222
Région 2	187 (87 %)		29 (13 %)	216
Région 3	187 (72 %)		74 (28 %)	261
Région 4		10 (10 %)	88 (90 %)	98
Région 5		3 (4 %)	69 (96 %)	72
Région 6	1 (<1 %)	28 (17 %)	140 (83 %)	169
Région 7	32 (43 %)		43 (57 %)	75
Région inconnue	5 (50 %)		5 (50 %)	10
<b>Total des TS</b>	<b>445 (40 %)</b>	<b>41 (4 %)</b>	<b>637 (57 %)</b>	<b>1 123</b>

La répartition des secteurs d'emploi des 1 123 employés est comme suit : 871 (78 %) travaillent pour le gouvernement provincial, 105 (9 %) travaillent dans le secteur privé, 95 (8 %) ont indiqué « autre » comme secteur d'emploi, 26 (2 %) travaillent dans un autre service du gouvernement provincial et 24 (2 %) travaillent pour le gouvernement fédéral. Le secteur d'emploi de deux employés est inconnu.

L'analyse des régions sanitaires révèle que la plupart (261 ou 23 %) des 1 123 travailleurs sociaux travaillent dans la Région 3, 222 (20 %) dans la Région 1 (23 % dans la Région 1SE, 11 dans la Région 1B et 188 dans la Région 1 inconnue), 219 (19 %) dans la Région 2, 169 (15 %) dans la Région 6, 98 (9 %) dans la Région 4, 75 (7 %) dans la Région 7 et 72 (6 %) dans la Région 5. La région sanitaire de 10 (1 %) travailleurs sociaux est inconnue.

L'analyse par secteur de la santé révèle que 738 (66 %) des 1 123 travailleurs sociaux sont dans un secteur « autre » (qui comprend le milieu communautaire), 159 (14 %) dans le secteur hospitalier, 95 (8 %) dans le secteur de la santé mentale, environ 4 % dans les secteurs universitaires, privés et gouvernementaux, et les 9 autres (1 %) dans des foyers de soins spéciaux. D'un point de vue plus détaillé, 915 (81 %) des travailleurs sociaux travaillent dans un domaine de pratique clinique, 153 (13 %) sont en gestion, 55 (5 %) ont indiqué « autre » comme champ d'exercice et 13 (1 %) sont dans le domaine de l'éducation.

L'analyse par statut d'emploi révèle que la plupart (864 ou 70 %) des 1 233 postes de travailleurs sociaux sont des postes permanents à temps plein, 130 (11 %) sont des postes permanents à temps partiel, 125 (10 %) sont des postes permanents temporaires et 108 (9 %) sont des postes occasionnels. Une analyse approfondie des ÉTP de cette main-d'œuvre révèle que la plupart (60 %) des travailleurs sociaux travaillent entre 0,76 et 1 ÉTP, et qu'un taux relativement élevé (30 %) travaillent >1 ÉTP.

Le statut professionnel est établi en fonction des 1 281 personnes qui sont des travailleurs sociaux. De ce nombre, 1 122 (88 %) exercent leur profession, 44 (3 %) sont sans emplois et ne cherchent pas un emploi dans leur profession, 36 (3 %) ont un emploi à l'extérieur de leur profession et cherchent un emploi dans leur profession, 36 (3 %) sont sans emplois et cherchent un emploi dans leur profession et 18 (1 %)

---

travaillent à l'extérieur de leur profession et ne cherchent pas un emploi dans leur profession. Le statut professionnel de 24 (2 %) travailleurs sociaux est inconnu.

### **Analyse de l'écart**

Le modèle de prévision prévoit, au cours de la période à l'étude, une pénurie de travailleurs sociaux qui passera progressivement de 70 en 2002 à 130 en 2007. Ces prévisions sont basées sur l'hypothèse suivante :

- Recrutement de 67 ou 68 diplômés en travail social par année, collectivement de l'Université St. Thomas, de l'Université Dalhousie et de l'Université de Moncton.

De plus, un groupe de discussion composé de travailleurs sociaux a identifié les facteurs de l'offre et de la demande suivants qui sont perçus comme ayant un impact sur les ressources humaines dans cette profession au cours de la période de prévision de cinq ans :

- les faibles salaires au Nouveau-Brunswick incitent les étudiants à aller travailler ailleurs (impact négatif sur l'offre);
- d'autres professions accomplissent des tâches en travail social – l'absence d'une reconnaissance professionnelle a un effet négatif sur l'offre (recrutement et maintien en poste);
- le fait que ce travail a tendance à s'éloigner du counseling en première ligne a un impact négatif sur l'offre;
- les nouveaux mécanismes de prestation des services basés sur la technologie ne concordent pas avec les attentes des praticiens de la profession et ont un impact négatif sur l'offre;
- l'écart qui se creuse entre les riches et les pauvres signifie une demande accrue de services;
- la demande accrue de services par les personnes âgées a un impact positif sur la demande.

En résumé, la main-d'œuvre des travailleurs sociaux est à prédominance féminine (78 %), l'âge moyen étant de 42 ans, comprend un pourcentage élevé de membres bilingues (57 %) et occupe surtout des postes permanents à temps plein ou à temps partiel (>80 %) en particulier dans un milieu communautaire. Un taux relativement élevé de cette main-d'œuvre (30 %) travaille plus d'un ÉTP. Les sources locales des effectifs dans les deux langues officielles sont les deux universités du Nouveau-Brunswick. Ce groupe professionnel connaît actuellement une pénurie. Les facteurs négatifs ayant un impact sur l'offre (recrutement et maintien en poste), les retraites prévues et le taux d'attrition de la main-d'œuvre, ainsi que l'état constant de la demande prévue contribueront à accroître progressivement l'ampleur de cette pénurie au cours des cinq prochaines années. Cette situation pourrait toutefois être atténuée par des projets comme des améliorations continues aux conditions de travail de la main-d'œuvre, l'appui de connaissances et de compétences en travail social professionnel par un personnel de soutien et l'examen de la situation concurrentielle du Nouveau-Brunswick dans le recrutement et le maintien de cette main-d'œuvre.

---

## 5.5 Professionnels en réadaptation

Le Plan provincial des services de réadaptation a été rendu public en 1994. Selon les professionnels en réadaptation, des recommandations de ce rapport n'ont pas encore été mises en oeuvre, ce qui a un impact négatif sur la prestation des services dans la province.

L'orientation générale de ce plan de réadaptation est la mise en place d'un système de prestation des services de réadaptation régionalisés et coordonnés. Selon les professionnels en réadaptation qui ont participé à la présente étude, la capacité d'auto-aiguillage du client à l'intérieur de ce nouveau système de prestation a créé des problèmes relatifs à la demande pour toutes les professions en réadaptation. Une évaluation des stratégies choisies dans ce rapport a été soumise en octobre 2000.<sup>25</sup> Les recommandations comprenaient le besoin d'initier des travailleurs de soutien en réadaptation et le besoin d'un modèle d'attribution des ressources de manière scientifique pour répondre aux besoins en matière de services de la population ciblée au Nouveau-Brunswick, en tenant compte des exigences des services uniques de chacune des professions en réadaptation. Le rôle du travailleur de soutien n'a pas été précisé et il n'y a pas eu de consensus concernant le programme de formation, ce qui reporte la capacité d'utiliser les professions en réadaptation dont la main-d'œuvre est limitée. Cette situation a pour effet de prolonger la durée des services de réadaptation et de retarder la réduction du nombre de cas actuel et de la liste d'attente.

Quant aux besoins d'améliorer les méthodes d'attribution des deniers publics aux services de réadaptation, un document de travail intitulé *Rehabilitation Resources : Funding Allocation Project*, a été par la suite préparé en mars 2002. Ce document décrit les enjeux, les options et les recommandations sur les méthodes d'attribution des ressources pour les professions en réadaptation.<sup>26</sup> Les auteurs de ce rapport ont estimé que les données sur les ÉTP cliniques sont plus sensibles et adaptables que les données des relevés des effectifs pour la prestation des services réels au public à des fins d'attribution des ressources et de planification des ressources humaines en santé. Bien que certains arguments valables appuient l'orientation adoptée par le Nouveau-Brunswick, il est reconnu que l'absence de données uniformes et complètes, et les limites à l'obtention d'autres fonds constituent de graves contraintes à l'adoption d'une approche en fonction des besoins à la planification des effectifs en santé et à l'attribution des ressources en ce moment. Actuellement, le gouvernement n'a pris aucune mesure particulière pour donner suite aux recommandations contenues dans ce rapport. À mesure que le ministère adopte des plans visant à établir une section de la planification des ressources humaines en santé dotée des compétences et de l'infrastructure d'information requises, le niveau de complexité de la planification des ressources et des effectifs en santé deviendra évident et les recommandations de ce rapport devront être prises en compte.

---

<sup>25</sup> *Mise en oeuvre et évaluation de certaines mesures énoncées dans le Plan des services de réadaptation du Nouveau-Brunswick*, octobre 2000.

<sup>26</sup> *Rehabilitation Resources: Funding Allocation Project. Discussion Paper: Issues, Options and Recommendations*, Management Dimensions, mars 2002.

---

## 5.5.1 Audiologistes et orthophonistes

### Tendances et enjeux

Le point le plus préoccupant exprimé par un groupe de discussion composé de ces professionnels est le maintien de la main-d'œuvre actuelle dans le secteur public, en raison de divers facteurs, dont le stress élevé et la faible satisfaction au travail, et la perception par la profession de salaires non compétitifs. Un système de gestion particulier non disciplinaire est considéré comme un élément qui peut aggraver ce phénomène, car les membres de la profession estiment que l'accent est mis davantage sur la gestion de la liste d'attente que sur la prise de décisions axée sur le client de manière professionnelle et la qualité des résultats pour la santé du client.

La perception par la profession que les salaires ne sont pas compétitifs peut, dans certains cas, être liée au système de classifications actuel, qui ne prévoit pas de grandes possibilités d'avancement pour les cliniciens, selon les échelles de salaire actuelles. Le Nouveau-Brunswick se classait auparavant au troisième ou au quatrième rang au Canada atlantique quant au profil des salaires des travailleurs d'expérience et des débutants. Avec les conventions collectives signées récemment, le Nouveau-Brunswick est maintenant la province la plus compétitive dans la région de l'Atlantique pour les débutants et deuxième pour les orthophonistes et audiologistes expérimentés en milieu hospitalier.

Selon les membres de cette profession, l'examen du système de classifications est essentiel dans toute stratégie visant à accroître le maintien du personnel expérimenté, afin d'offrir des incitatifs de recrutement et de maintien novateurs comme des augmentations salariales dépassant le plafond actuel de six ans, la reconnaissance des diplômes de spécialité et des possibilités d'avancement professionnel.

Le niveau d'insatisfaction actuel exprimé par un groupe de discussion représentant cette main-d'œuvre entraîne une migration vers les programmes du secteur public nouvellement établis, qui sont perçus comme offrant une meilleure qualité de vie professionnelle et une plus grande autonomie professionnelle. La dotation en personnel d'un programme se fait donc aux dépens d'un autre, ce qui, collectivement, crée une pénurie de main-d'œuvre disponible dans l'ensemble du système. Par exemple, les projets pilotes mis sur pied récemment dans le cadre du Programme de développement du langage dans les régions sanitaires 2 et 6 ont créé un exode de huit orthophonistes du Programme extra-mural.

### Source des effectifs

Les programmes de formation pour ces professions ne sont pas offerts localement. Les programmes les plus rapprochés sont dispensés par l'Université Dalhousie, l'Université de Montréal et l'Université d'Ottawa. Habituellement, le nombre d'inscriptions pour le programme de l'Université Dalhousie, soit de 200 à 300 candidats par année, dépasse les 30 places disponibles. Normalement, 22 places sont destinées aux étudiants en orthophonie et huit aux étudiants en audiologie. En septembre 2002, l'Université Dalhousie comptait 23 étudiants inscrits au programme d'audiologie (huit en première et en troisième années, et sept en deuxième année) dont quatre étudiants du Nouveau-Brunswick. Le programme d'orthophonie à l'Université Dalhousie comprend 65 étudiants (22 en première année, 23 en deuxième année et 20 en troisième année) dont 16 du Nouveau-Brunswick (huit en première année, deux en deuxième année et six en troisième année).

L'Université de Montréal offre deux places à contrat pour les étudiants francophones du Nouveau-Brunswick dans ses programmes d'orthophonie et d'audiologie. Un des quatre étudiants inscrits en audiologie est du Nouveau-Brunswick. Deux des 37 étudiants inscrits en orthophonie sont du Nouveau-Brunswick.

---

L'Université d'Ottawa offre un programme en français qui peut accueillir 13 étudiants en audiologie par année. Actuellement, 14 étudiants sont inscrits au programme (neuf en première année et cinq en deuxième année) dont trois étudiants du Nouveau-Brunswick. L'Université offre aussi 34 places en orthophonie, qui sont actuellement pourvues par 34 étudiants (16 en première année et 18 en deuxième année) dont neuf étudiants du Nouveau-Brunswick.

L'Université Laval offre un programme d'orthophonie avec 25 places. Un des 46 étudiants actuellement inscrits au programme est du Nouveau-Brunswick. Des discussions sont en cours pour que deux places de ce programme soient réservées à des étudiants du Nouveau-Brunswick.

### **Analyse des données - Audiologistes**

La base de données d'inventaire comprend 41 audiologistes dont 39 occupent 48 emplois (un employé peut occuper plusieurs emplois). Le statut d'inscription des 41 audiologistes est comme suit : 40 (98 %) sont actifs et 1 (2 %) a le statut de membre temporaire. La base de données d'inventaire ne contient aucune mention d'audiologistes inactifs ou à la retraite.

L'analyse démographique par âge révèle que l'âge moyen des audiologistes est de 37 ans. Une analyse par catégorie d'âge révèle que la plupart (25 ou 61 %) des audiologistes sont dans la catégorie d'âge des 25 à 40 ans, 12 (30 %) dans la catégorie d'âge des 40 à 50 ans et 4 (9 %) ont plus de 50 ans. Seulement un (2 %) audiologiste a plus de 55 ans et trois (7 %) feront partie de cette catégorie au cours de la période de prévision de cinq ans. D'après la base de données d'inventaire, quatre audiologistes pourraient prendre leur retraite au cours des prochaines années, ce qui représente 9 % de l'effectif des audiologistes.

L'analyse par sexe révèle que 27 (66 %) audiologistes sont des femmes et que 19 (71 %) d'entre elles ont moins de 40 ans et sont considérées comme en âge de procréer. Cette statistique est importante dans la planification des effectifs, vu que les employées ont la possibilité de prendre un congé de maternité d'un an et vu les difficultés que cela comporte pour pourvoir les postes temporaires.

L'étude de la compétence linguistique révèle que la plupart (22 ou 54 %) des audiologistes ont des compétences linguistiques en anglais et en français, et 19 (46 %) ont des compétences en anglais seulement. La base de données d'inventaire n'indique pas que des audiologistes ont des compétences linguistiques en français seulement. Le tableau ci-dessous sur la répartition par région sanitaire présente une analyse des compétences linguistiques par région des audiologistes. Les chiffres entre parenthèses indiquent le pourcentage de tous les audiologistes dans la région sanitaire dont la compétence linguistique est précisée.

**Tableau 3 – Audiologistes**

<b>Audiologistes</b>	<b>Anglais</b>	<b>Anglais et français</b>	<b>Total de la région dans la profession</b>
Région 1	5 (45 %)	6 (55 %)	11
Région 2	8 (89 %)	1 (11)	9
Région 3	2 (40 %)	3 (60 %)	5
Région 4		3	3
Région 5		2	2
Région 6		5	5
Région 7	1 (50 %)	1 (50 %)	2
Région inconnue	1 (100 %)		1
Extérieur de la province		1 (100 %)	1
<b>Total des audiologistes</b>	<b>17 (44 %)</b>	<b>22 (56 %)</b>	<b>39</b>

La plupart (27 ou 69 %) des 39 audiologistes travaillent pour le gouvernement provincial, qui comprend le ministère de la Santé et du Mieux-être, les Services familiaux et communautaires, et les régions régionales de la santé, et 11 (28 %) travaillent dans le secteur privé.

L'analyse des régions sanitaires révèle que la plupart (11 ou 28 %) des 39 audiologistes travaillent dans la Région 1 (trois dans la Région 1SE, quatre dans la Région 1B et quatre dans la Région 1 inconnue), 9 (23 %) dans la Région 2, 5 (13 %) dans chacune des Régions 3 et 6, 3 (8 %) dans la Région 4 et 2 (5 %) dans les Régions 5 et 7. La région sanitaire d'un audiologiste (3 %) est inconnue.

L'analyse par secteur de la santé révèle que 33 (69 %) des 48 postes d'audiologistes sont dans le secteur hospitalier et 14 (29 %) dans le secteur privé. D'un point de vue plus détaillé, 95 % des 48 postes d'audiologistes sont dans le domaine de pratique clinique et 2 % sont en gestion. Le champ d'exercice de 2 % est inconnu.

La plupart (27 ou 56 %) des 48 postes d'audiologistes sont des postes permanents à temps plein, 14 (29 %) sont des postes permanents à temps partiel, 1 (2 %) est un poste occasionnel et 2 (4 %) sont des postes temporaires. Quatre (8 %) audiologistes sont en congé. L'analyse des ÉTP révèle que la plupart (58 %) des audiologistes du secteur public travaillent entre 0,76 et 1 ÉTP, 17 % travaillent >1 ÉTP et 13 % travaillent <0,25 ÉTP. Comme prévu, lorsqu'on inclut les audiologistes qui travaillent dans le secteur privé, la proportion des audiologistes travaillant entre 0,76 et 1 ÉTP et >1 ÉTP augmente à 69 % et 23 % respectivement, tandis que la proportion de ceux qui travaillent <0,25 diminue à 0 %.

La plupart (39 ou 95 %) des audiologistes dans la base de données d'inventaire exercent leur profession, une personne (2 %) a indiqué être sans emploi et chercher un emploi en audiologie, et une personne (2 %) a indiqué qu'elle travaille à l'extérieur de la profession d'audiologiste. On ne sait pas si cette personne cherche un emploi dans sa profession.

---

## Analyse de l'écart

**On prévoit une pénurie d'audiologistes au cours de la période de prévision de cinq ans, se situant entre quatre et cinq.**

En plus des données statistiques générales du modèle, cette estimation est basée sur l'information suivante :

- Recrutement d'un ou de deux étudiants chaque année de chacune des écoles de formation : Université Dalhousie, Université d'Ottawa et Université de Montréal.

De plus, un groupe de discussion composé de membres de cette profession a cerné certains facteurs relatifs à l'offre et à la demande qui auront un impact sur les ressources humaines au cours de la période à l'étude :

- la qualité de la vie professionnelle a un impact négatif sur l'offre (recrutement et maintien en poste);
- les programmes de prévention en réadaptation jugés nécessaires dans les hôpitaux ont un impact positif sur la demande des services d'audiologie;
- le Plan de réadaptation précise que la prévention primaire communautaire est nécessaire, ce qui aurait un impact positif sur la demande;
- l'âge des nourrissons admissibles au Programme de dépistage auditif chez les nourrissons a été réduit, ce qui a un impact positif sur la demande des services.

En résumé, la main-d'œuvre en audiologie est à prédominance féminine (66 %), l'âge moyen étant de 37 ans, comprend un pourcentage élevé de membres bilingues (54 %) et occupe surtout des postes permanents à temps plein ou permanents à temps partiel (>85 %), en particulier dans le milieu hospitalier (69 %). Environ 23 % de la main-d'œuvre travaille plus d'un ÉTP. Les sources des effectifs sont des universités anglaises et françaises à l'extérieur du Nouveau-Brunswick, des places étant réservées à contrat à l'Université de Montréal. Ce groupe professionnel connaîtra une faible pénurie au cours des cinq prochaines années, selon une estimation modeste de la demande, vu le manque d'information sur l'étendue de la mise en oeuvre des recommandations du Plan des services de réadaptation, et sur l'ampleur des nouveaux programmes qui peuvent être inclus dans un nouveau plan provincial des services de santé. Vu la démographie de ce groupe, le caractère des pénuries varie probablement davantage en raison d'une probabilité plus élevée de congés à court terme qui créent des difficultés pour le recrutement.

## Analyse des données - Orthophonistes

La base de données d'inventaire comprend 148 orthophonistes dont 135 occupent 151 emplois (un employé peut occuper plusieurs emplois). Le statut d'inscription des 148 orthophonistes est comme suit : 136 (92 %) sont actifs, 9 (6 %) sont inactifs et 2 (1 %) ont le statut de membre temporaire. Le statut d'un orthophoniste (1 %) inscrit dans la base de données d'inventaire est inconnu. La base de données d'inventaire ne contient aucune mention d'orthophonistes à la retraite.

L'analyse démographique par âge révèle que l'âge moyen des orthophonistes est de 39 ans. L'analyse par catégorie d'âge révèle que la plupart (87 ou 59 %) des orthophonistes se trouvent dans la catégorie d'âge des 25 à 40 ans, 48 (32 %) dans la catégorie des 40 à 50 ans et 5 (3 %) dans la catégorie des 50 à 54 ans.

Huit orthophonistes ont plus de 55 ans et se trouvent donc dans la zone d'admissibilité à la retraite. La base de données d'inventaire indique que 13 orthophonistes pourraient prendre leur retraite au cours des cinq prochaines années, ce qui représente 8 % de la main-d'œuvre en orthophonie.

L'analyse par sexe révèle que 136 orthophonistes sont des femmes (92 %) et que 85 (57 %) d'entre elles ont moins de 40 ans et sont considérées comme en âge de procréer. Cette statistique est importante dans la planification des effectifs, vu que les employées ont la possibilité de prendre un congé de maternité d'un an et vu les difficultés que cela comporte pour pourvoir les postes temporaires.

L'étude de la compétence linguistique révèle que la plupart (93 ou 63 %) des orthophonistes ont des compétences linguistiques en anglais, 40 (27 %) ont des compétences linguistiques en anglais et en français, et 15 (10 %) ont des compétences linguistiques en français seulement. Le tableau 4 fournit une analyse de la compétence linguistique par région des orthophonistes à l'intérieur de la profession. Les chiffres entre parenthèses indiquent le pourcentage de tous les orthophonistes dans la région sanitaire dont la compétence linguistique est précisée.

**Tableau 4 - Orthophonistes**

<b>Orthophonistes</b>	<b>Anglais</b>	<b>Français</b>	<b>Anglais et français</b>	<b>Total de la région dans la profession</b>
Région 1	13 (43 %)	2 (7 %)	15 (50 %)	30
Région 2	32 (94 %)		2 (6 %)	34
Région 3	27 (73 %)		10 (27 %)	37
Région 4		2 (29 %)	5 (71 %)	7
Région 5	3 (50 %)	1 (17 %)	2 (33 %)	6
Région 6		7 (70 %)	3 (30 %)	10
Région 7	5 (71 %)		2 (29 %)	7
Région inconnue		1 (100 %)		1
Extérieur de la province	2 (67 %)	1 (33 %)		3
<b>Total des orthophonistes</b>	<b>82 (61 %)</b>	<b>14 (10 %)</b>	<b>39 (29 %)</b>	<b>135</b>

La plupart (121 ou 90 %) des 135 orthophonistes travaillent pour le gouvernement provincial, 9 (7 %) dans le secteur privé, 3 (2 %) dans un autre service du gouvernement provincial et 2 (1 %) ont indiqué « autre » comme leur champ d'exercice.

L'analyse des régions sanitaires révèle que la plupart (37 ou 27 %) des 135 orthophonistes travaillent dans la Région 3, 34 (25 %) dans la Région 2, 30 (22 %) dans la Région 1 (21 dans la Région 1SE, 8 dans la Région 1B et 1 dans la Région 1 inconnue), 10 (7 %) dans la Région 6, 7 (5 %) dans chacune des Régions 4 et 7, et 6 (4 %) dans la Région 5. Trois (2 %) orthophonistes travaillent à l'extérieur de la province. La région sanitaire d'un orthophoniste (1 %) est inconnue.

---

L'analyse par secteur de la santé révèle que 70 (46 %) des 151 postes d'orthophonie sont dans le secteur hospitalier, 53 (35 %) dans le Programme extra-mural, 21 (14 %) dans le secteur privé, 3 (2 %) dans le secteur « autre » et 1 (1 %) chacun dans le secteur universitaire, dans un centre de santé communautaire, au gouvernement et dans les services de santé publique. D'un point de vue plus détaillé, 124 (89 %) des 139 orthophonistes travaillent dans un domaine de pratique clinique, 9 (6 %) sont en gestion et 2 (1 %) sont dans le domaine de l'éducation. Quatre (3 %) ont indiqué « autre » comme leur champ d'exercice.

La plupart (88 ou 58 %) des 151 postes d'orthophonie sont des postes permanents à temps plein, 41 (27 %) sont des postes permanents à temps partiel, 7 (5 %) sont des postes occasionnels et 8 (5 %) sont des postes permanents temporaires. Sept (5 %) personnes sont en congé. L'analyse des ÉTP révèle que la plupart (70 %) des orthophonistes travaillent entre 0,76 et 1 ÉTP, et 15 % travaillent <0,76 ÉTP.

La plupart (136 ou 92 %) des orthophonistes inscrits dans la base de données d'inventaire exercent leur profession, une personne (1 %) a indiqué être sans emploi et chercher un emploi dans la profession, 2 (1 %) travaillent à l'extérieur de la profession et ne cherchent pas de travail dans la profession, un (1 %) a indiqué être à la retraite, le statut d'un (1 %) orthophoniste est inconnu et 3 (2 %) ont indiqué travailler à l'extérieur de la profession (on ne sait pas si ces personnes cherchent du travail dans la profession).

### **Analyse de l'écart**

**On prévoit une pénurie d'orthophonistes au cours de la période de prévision de cinq ans. La pénurie actuelle se situe autour de 25 orthophonistes. Elle diminue à moins de 20 en 2003, pour augmenter à nouveau à un niveau record d'un peu plus de 60 en 2004 avant de diminuer progressivement à moins de 50 d'ici 2007.**

Ces chiffres sont dérivés de l'information disponible sur les aspects suivants :

- recrutement d'un à trois diplômés de l'Université de Montréal et de l'Université Laval combinés et recrutement de 25 % des diplômés de l'Université Dalhousie et de l'Université d'Ottawa, ce qui représente de quatre à six diplômés par année de chaque université;
- reconnaissance de la croissance négative de la population de moins de 15 ans au cours de la période de prévision de cinq ans;
- mise sur pied par le gouvernement provincial du Programme de développement du langage en 2004, qui a fait augmenter la demande d'environ 45 orthophonistes.

De plus, les professionnels de ce groupe ont cerné les facteurs de l'offre et de la demande suivants comme ayant un impact sur les ressources humaines au cours de la période de prévision de cinq ans :

- le faible taux de maintien en poste en raison de la qualité de vie professionnelle a un impact négatif sur l'offre;
- la demande accrue des services de réadaptation dans les écoles a un impact positif sur la demande;
- les programmes de prévention jugés nécessaires dans les hôpitaux ont un impact positif sur la demande de services d'orthophonistes.

---

En résumé, la main-d'œuvre en orthophonie est à prédominance féminine (92 %), l'âge moyen étant de 39 ans, comprend un taux modeste de membres bilingues (27 %) et occupe surtout des postes permanents à temps plein ou permanents à temps partiel (>85 %), en particulier dans le secteur hospitalier et le Programme extra-mural (81 %). Les sources des effectifs sont les universités françaises et anglaises à l'extérieur du Nouveau-Brunswick et des places réservées à contrat à l'Université de Montréal. Ce groupe professionnel connaît actuellement une pénurie dont l'ampleur fluctuera au cours de la période de prévision de cinq ans. Vu la démographie de ce groupe, le caractère des pénuries varie probablement davantage en raison d'une probabilité plus élevée de congés à court terme qui créent des difficultés importantes pour le recrutement. L'absence d'information sur l'étendue de la mise en oeuvre des recommandations du Plan des services de réadaptation et l'étendue des nouveaux programmes dans un nouveau plan provincial des services de santé a un impact sur ces prévisions. L'analyse des ÉTP révèle que la plupart (70 %) des orthophonistes travaillent entre 0,76 et 1 ÉTP, 15 % travaillent >1 ÉTP et 15 % travaillent <0,76 ÉTP.

## 5.5.2 Ergothérapeutes

### Tendances et enjeux

Les ergothérapeutes offrent des services à toutes les catégories d'âge dans tous les services de soins de santé, soit les soins actifs et les soins à long terme, les secteurs de l'éducation et de la santé communautaire en plus de l'industrie privée. Les possibilités de carrière des ergothérapeutes continuent de se développer dans les secteurs non traditionnels. Le nombre d'ergothérapeutes travaillant à temps plein dans le secteur privé a augmenté; toutefois l'assurance privée pour les services d'ergothérapeutes n'est pas facilement accessible, ce qui peut limiter la croissance dans ce domaine à l'avenir.

Les professionnels de ce groupe mentionnent que de plus en plus d'ergothérapeutes optent pour un travail à temps partiel et que les congés sont plus courants, surtout les congés de maternité dans ce groupe à prédominance féminine, d'où la difficulté à répondre aux besoins du système de soins de santé traditionnel. Cette difficulté est accrue par le fait que le nombre moyen d'heures travaillées dans le secteur public a diminué malgré une augmentation d'environ 27 % du nombre d'ergothérapeutes dans la province depuis 1996.<sup>27</sup> La durée de travail dans la profession est aussi un autre facteur qui a un impact négatif sur l'offre.

Quant à la demande de cette profession de soins de santé, les données du recensement de 1991 de Statistique Canada révèlent que, bien que 15,5 % de la population canadienne soit classée comme ayant un handicap diagnostique, le taux est de 17,7 % au Nouveau-Brunswick, soit un des taux d'invalidité les plus élevés au Canada. De plus le Nouveau-Brunswick compte moins d'ergothérapeutes par 100 000 habitants (27,2) que la moyenne nationale (30,9). Le Manitoba, qui a un des plus hauts ratios d'ergothérapeutes par 100 000 habitants, à 36,8 %, a augmenté récemment de 66 % le nombre de places dans le programme de formation provincial à l'Université du Manitoba.<sup>28</sup>

---

<sup>27</sup> Mémoire de l'Association des ergothérapeutes du Nouveau-Brunswick présenté dans le cadre de l'Étude de l'offre et de la demande des ressources humaines en santé, le 28 juin 2002.

<sup>28</sup> Mémoire de l'Association des ergothérapeutes du Nouveau-Brunswick présenté dans le cadre de l'Étude de l'offre et de la demande des ressources humaines en santé, le 28 juin 2002.

---

La province n'offre actuellement aucun programme d'incitatifs pour le recrutement et le maintien en poste des ergothérapeutes. Toutefois, certaines régies de la santé peuvent fournir des incitatifs discrétionnaires. Comparativement à leurs contreparties au Canada atlantique, les ergothérapeutes débutants du Nouveau-Brunswick sont les mieux rémunérés tandis que les thérapeutes expérimentés viennent au troisième rang.

### **Source des effectifs**

Le Nouveau-Brunswick n'offre pas un programme de formation de base pour ce groupe professionnel. Des programmes sont offerts dans douze universités au Canada. Trois universités réservent des places pour les étudiants du Nouveau-Brunswick. L'Université Dalhousie en Nouvelle-Écosse offre un programme en anglais dont neuf des 48 places pour la première année du programme sont réservées à des étudiants du Nouveau-Brunswick. Depuis septembre 2002, le programme est complet, les étudiants du Nouveau-Brunswick occupant 23 des 27 places réservées possibles. L'Université Laval offre un programme en français dont trois places sur 65 sont réservées à des étudiants du Nouveau-Brunswick. En septembre 2002, cinq étudiants du Nouveau-Brunswick étaient inscrits au programme de 183 places, deux en première année et en deuxième année, et un en troisième année. L'Université de Montréal désigne deux places sur un total de 100 pour les étudiants francophones du Nouveau-Brunswick. En septembre 2002, quatre étudiants du Nouveau-Brunswick faisaient partie des 278 inscrits au programme; deux en première année, aucun en deuxième année et deux en troisième année.

Les 14 places réservées pour des étudiants du Nouveau-Brunswick sont demeurées stables au cours des six dernières années.

En moyenne, au cours des sept dernières années, on constate une réduction se situant entre 30 et 75 % du nombre de candidats qualifiés dans les programmes d'ergothérapie au Canada. L'Université Dalhousie a signalé une légère augmentation constante du nombre de diplômés entre 1995 et 2000. Le nombre de diplômés de l'Université Laval et de l'Université de Montréal a diminué au cours de la même période.<sup>29</sup> Bien que ces universités aient indiqué une diminution du nombre de candidats qualifiés pour ces programmes, l'inscription réelle est complète aux trois universités ci-dessus.

Le stage clinique est un volet important de ce programme appliqué menant à un diplôme. Au cours des quatre dernières années, le nombre de placements offert dans la province à des étudiants par des ergothérapeutes du Nouveau-Brunswick est passé de 83 à 50. Cette situation semble être aggravée par divers facteurs, dont les congés de maternité non remplacés et les postes vacants non pourvus, ce qui crée une pénurie de main-d'œuvre en milieu de travail et une charge de travail lourde. Cette situation a incité plusieurs gestionnaires à ne pas accepter d'étudiants. Cette situation accentue aussi les pénuries de main-d'œuvre prévues et elle compromet les possibilités de formation des étudiants du Nouveau-Brunswick qui veulent revenir faire leur stage clinique. Elle transmet aussi un message négatif concernant le recrutement.

Les thérapeutes qui obtiennent un baccalauréat et qui réussissent l'examen d'accréditation national peuvent devenir membres de l'Association canadienne des ergothérapeutes et peuvent adhérer à

---

<sup>29</sup> *La formation, l'offre et la répartition des ergothérapeutes au Canada*, publication de l'ACE, le 22 novembre 2001.

---

l'Association des ergothérapeutes du Nouveau-Brunswick (AENB). À compter de 2008, l'Association canadienne des ergothérapeutes accordera seulement l'accréditation universitaire aux diplômés des programmes qui mènent à une maîtrise en ergothérapie, soit le diplôme requis pour exercer la profession. L'AENB appuie cette orientation de la formation supérieure de ses praticiens. Les États-Unis ont adopté un critère semblable car une maîtrise sera exigée pour exercer la profession d'ici 2006.

Selon les praticiens qui ont participé au groupe de discussion pour la présente étude, il ne semble pas exister une approche uniforme efficace pour préparer la relève dans les professions en réadaptation, ce qui contribue aux postes vacants à long terme dans ce groupe de professions.

### **Analyse des données**

La base de données d'inventaire comprend 216 ergothérapeutes dont 94 % sont membres de l'Association des ergothérapeutes du Nouveau-Brunswick. On compte 212 employés et 234 postes en ergothérapie.

L'analyse démographique par âge révèle que l'âge moyen des ergothérapeutes est de 35 ans.

La plupart (163 ou 75 %) des ergothérapeutes sont dans la catégorie d'âge des 25 à 40 ans, 42 (19 %) dans la catégorie d'âge des 40 à 50 ans et 11 (5 %) dans la catégorie d'âge des 50 ans +. Ce groupe est relativement jeune. Seulement 7 (3 %) ergothérapeutes se trouvent actuellement dans la zone d'admissibilité à la retraite et quatre en feront partie au cours des cinq prochaines années. Ainsi, 11 ergothérapeutes ou 5 % pourraient prendre leur retraite au cours des cinq prochaines années.

L'analyse par sexe révèle que 206 des 216 ergothérapeutes sont des femmes (95 %) et que 155 d'entre elles (72 % de la main-d'oeuvre) ont moins de 40 ans et sont considérées comme en âge de procréer. Vu la prédominance des jeunes femmes dans cette profession, le potentiel de congés de maternité doit être pris en compte dans la planification des effectifs.

L'étude de la compétence linguistique révèle que la plupart (127 ou 59 %) des ergothérapeutes ont des compétences linguistiques en anglais et en français, 87 (40 %) ont des compétences linguistiques en anglais seulement et 2 (1 %) ont des compétences linguistiques en français seulement. Le tableau 5 fournit une analyse de la compétence linguistique par région des ergothérapeutes à l'intérieur de la profession. Les chiffres entre parenthèses indiquent le pourcentage de tous les ergothérapeutes dans la région sanitaire dont la compétence linguistique est précisée.

**Tableau 5 – Ergothérapeutes**

<b>Ergothérapeutes</b>	<b>Anglais</b>	<b>Français</b>	<b>Anglais et français</b>	<b>Total de la région dans la profession</b>
Région 1	12 (24 %)		39 (76 %)	51
Région 2	36 (63 %)		21 (37 %)	57
Région 3	33 (65 %)		18 (35 %)	51
Région 4		2 (18 %)	11 (82 %)	13
Région 5			13 (100 %)	13
Région 6			16 (100 %)	16
Région 7	3 (30 %)		7 (70 %)	10
Région inconnue	1 (100 %)			1
<b>Total des ergothérapeutes</b>	<b>85 (40 %)</b>	<b>2 (1 %)</b>	<b>125 (59 %)</b>	<b>212</b>

Des 212 ergothérapeutes, 159 (75 %) travaillent pour le gouvernement provincial, qui comprend le ministère de la Santé et du Mieux-être, les Services familiaux et communautaires, et les régies régionales de la santé, 27 (13 %) dans un autre service du gouvernement provincial, 24 (11 %) dans le secteur privé et deux (1 %) dans un secteur « autre ».

L'analyse des régions sanitaires révèle que la plupart 57 (27 %) des ergothérapeutes travaillent dans la Région 2, 51 (24 %) dans la Région 1 (27 dans la Région 1SE, 14 dans la Région 1B et 10 dans la Région 1 inconnue), 51 (24 %) dans la Région 3, 16 (8 %) dans la Région 6 et 5 (6 %) dans chacune des Régions 4, 5 et 7.

L'analyse par secteur de la santé révèle que 108 (46 %) des 234 postes d'ergothérapie sont dans le secteur hospitalier, 56 (24 %) dans le Programme extra-mural, 33 (14 %) dans le secteur privé, 25 (11 %) au sein du gouvernement, 4 (2 %) dans chacun des secteurs de la santé publique et de la santé mentale, 3 dans le secteur « autre » et 1 dans le secteur universitaire. Tous les ergothérapeutes inscrits dans la base de données d'inventaire travaillent dans un domaine de pratique « clinique ».

L'analyse par statut d'emploi révèle que la plupart (153 ou 65 %) des 234 postes d'ergothérapie sont des postes permanents à temps plein, 49 (21 %) sont des postes permanents à temps partiel et 31 (13 %) sont des postes permanents temporaires. L'analyse des ÉTP de cette profession révèle que la plupart (64 %) des ergothérapeutes travaillent entre 0,76 et 1 ÉTP, près de 20 % travaillent >1 ÉTP et 7 % chacun travaillent entre 0,26 et 0,50 ÉTP, et entre 0,51 et 0,75 ÉTP, tandis que seulement 3 % travaillent <0,25 ÉTP.

Le statut professionnel est établi en fonction des 216 ergothérapeutes. De ce nombre, 212 (98 %) exercent leur profession. Le statut professionnel de quatre ergothérapeutes est inconnu.

---

## Analyse de l'écart

**Le modèle de prévision prévoit actuellement une pénurie d'environ 25 ergothérapeutes, qui s'aggravera progressivement au cours de la période de prévision de cinq ans pour représenter un manque de plus de 40 ergothérapeutes d'ici 2007.**

Ces estimations sont basées sur l'hypothèse suivante :

- recrutement, au cours de la période de prévision, de 10 à 12 nouveaux diplômés par année des trois établissements d'enseignement (Université Dalhousie, Université de Montréal et Université Laval).

De plus, au cours de la séance du groupe de discussion en réadaptation qui comprenait des ergothérapeutes, les facteurs relatifs à l'offre et à la demande suivants ont été cernés comme ayant un impact sur les ressources humaines au cours de la période à l'étude :

- le faible taux de maintien en poste dû à la qualité de vie professionnelle a un impact négatif sur l'offre;
- le nombre de placements cliniques pour les étudiants a diminué en raison des charges de travail des mentors, ce qui a un impact négatif sur l'offre, surtout le recrutement;
- l'absence d'un encadrement professionnel et d'une gestion particulière non disciplinaire a un impact négatif sur l'offre, surtout le maintien en poste;
- les programmes de prévention ont été jugés nécessaires dans le secteur hospitalier, ce qui représente un impact positif sur la demande des services d'ergothérapie;
- le Plan provincial des services de réadaptation qui encourage l'auto-aiguillage équivaut à une hausse de la demande de service;
- les attentes élevées d'une population vieillissante qui veut demeurer active plus longtemps se traduisent par une demande accrue de services d'ergothérapie.

En résumé, la main-d'œuvre en ergothérapie est à prédominance féminine (95 %), l'âge moyen étant de 35 ans, comprend un taux élevé de membres bilingues (59 %) et occupe surtout des postes permanents à temps plein ou permanents à temps partiel (>86 %), en particulier dans le secteur hospitalier et le Programme extra-mural (70 %). Vingt pour cent de cette main-d'œuvre travaille plus d'un ÉTP. Les sources des effectifs sont les universités anglaises et françaises à l'extérieur du Nouveau-Brunswick, et les 14 places réservées à contrat pour des étudiants du Nouveau-Brunswick à l'Université Dalhousie, l'Université de Montréal et l'Université Laval. Ce groupe professionnel connaît actuellement une pénurie qui s'aggravera progressivement au cours de la période de prévision de cinq ans. Vu la démographie de ce groupe, le caractère des pénuries varie davantage en raison d'une probabilité plus élevée de congés à court terme qui créent des difficultés importantes pour le recrutement.

---

### 5.5.3 Physiothérapeutes

#### Tendances et enjeux

Selon un mémoire soumis au ministre de la Santé par l'Association des physiothérapeutes du Nouveau-Brunswick<sup>30</sup>, les physiothérapeutes exercent leur profession comme généralistes et spécialistes dans certains milieux cliniques, et dans les secteurs public et privé qui nécessitent de l'expérience et des compétences à un niveau plus avancé.

Les physiothérapeutes qui ont participé à un groupe de discussion pour la présente étude ont indiqué que l'accent mis sur la prestation des services en milieu hospitalier à la population nécessitant des soins actifs a compromis l'accès aux services de physiothérapie externes publics. Le modèle de prestation des services du secteur public (hôpitaux) est encore considéré comme un système « réactif » plutôt que comme un système qui favorise la prévention des maladies, le mieux-être et une responsabilité accrue pour sa propre santé. Cette situation est attribuable en grande partie aux demandes accrues de services et aux charges de travail excessives. L'étendue et la gamme des besoins des patients augmentent et continueront d'augmenter en raison d'une population vieillissante et d'une tendance vers des services de soins actifs ambulatoires et communautaires. Les physiothérapeutes indiquent que les médecins de famille ne dirigent plus leurs patients vers leurs services en raison de l'accent mis sur les patients hospitalisés qui ont besoin de soins actifs. Les personnes âgées, les enfants et les personnes ayant des problèmes de santé chroniques peuvent ainsi être désavantagés quant à l'accès aux services de physiothérapie financés par les deniers publics. Les personnes qui peuvent payer ou qui sont couvertes par une tierce partie ont accès aux services du secteur privé dans un délai plus court. Cela suppose donc qu'un pourcentage de la population n'est pas servie ou est mal servie.

Un écart semble se creuser entre la demande des services de physiothérapie et l'offre de physiothérapeutes, ce qui entraîne des pénuries dans certaines régions. La population vieillissante devrait aggraver cette situation. L'impact des congés de maternité d'une main-d'œuvre surtout féminine sur le taux de postes vacants est un des facteurs qui contribue à cette situation. Les RRS ont indiqué très peu d'incitatifs au recrutement mais celles qui ont un incitatif offrent habituellement une aide minimale au déménagement (jusqu'à 1 500 \$) et des primes de signature d'une entente de services compensatoires allant de 1 000 \$ pour une année à 5 000 \$ pour cinq ans.

Les physiothérapeutes travaillant dans le système de soins de santé public reçoivent en général des taux de salaire comparables dans les quatre provinces de l'Atlantique. C'est au Nouveau-Brunswick que le salaire des débutants est le plus élevé aux provinces de l'Atlantique et le Nouveau-Brunswick se classe troisième dans la catégorie des physiothérapeutes expérimentés. C'est une amélioration de la position concurrentielle car, dans les deux catégories, le Nouveau-Brunswick se classait quatrième avant la nouvelle convention collective.

Les professionnels de ce groupe ont soulevé la question du maintien des effectifs dans le secteur public. Plusieurs physiothérapeutes quittent après avoir acquis quatre à cinq ans d'expérience pour occuper un poste dans le secteur privé en raison de l'insatisfaction des conditions de travail et du manque de postes à temps plein. L'absence d'un soutien financier pour le remplacement du personnel a créé ce qui est souvent perçu comme des charges de travail intolérables. L'impact sur les patients comprend les congés

---

<sup>30</sup> *Public Sector Physiotherapy Services*, Association des physiothérapeutes du Nouveau-Brunswick, septembre 2000.

---

sans réception de services de physiothérapie à l'hôpital, des périodes d'attente de plus en plus longues pour les services de physiothérapie externes ou de l'Extra-mural, le risque d'un rétablissement compromis ou de séjours prolongés à l'hôpital en attendant des services de physiothérapie. Les répercussions des résultats pour la santé, à la suite de congés précoces sans services de physiothérapie communautaires adéquats, doivent être prises en compte dans l'établissement d'un modèle durable des services de physiothérapie au Nouveau-Brunswick.

L'aptitude des établissements à offrir une formation clinique aux étudiants en physiothérapie est aussi affectée par la pénurie de physiothérapeutes et la structure d'emploi selon laquelle plusieurs physiothérapeutes occupent des postes à temps partiel, des postes temporaires ou des postes à contrat. L'inclusion des étudiants dans une organisation comporte de grands avantages mutuels, depuis des améliorations de la productivité générale, l'échange de connaissances et la satisfaction accrue au travail à la probabilité accrue de la réussite dans le recrutement des nouveaux diplômés.

Une tendance à la spécialisation en fonction de populations cibles ajoute une autre dimension aux défis de recrutement dans le secteur public, tout comme la tendance vers un pourcentage accru de services de physiothérapie privés. La proportion actuelle de praticiens dans les secteurs public et privé au Nouveau-Brunswick représente environ 50 %. Les professionnels de ce groupe ont proposé que le gouvernement étudie de nouveaux modèles d'exercice de la profession comme confier la charge de travail ambulatoire du secteur public aux physiothérapeutes du secteur privé et utiliser des modèles de partenariat public et privé pour fournir une couverture à contrat au secteur public ou des modèles de remplacement permanents pour fournir une couverture suffisante et continue.

### **Source des effectifs**

Les physiothérapeutes qui entrent maintenant dans la profession possèdent un baccalauréat obtenu dans un des 13 programmes offerts au Canada. Plusieurs étudiants qui s'inscrivent au baccalauréat en physiothérapie ont déjà suivi d'autres cours universitaires ou achevé des études de premier cycle. Il n'y a aucun programme menant au diplôme au Nouveau-Brunswick. Le gouvernement possède toutefois une entente avec l'Université Dalhousie qui lui réserve 15 places chaque année (des 48 disponibles) dans son programme de quatre ans, qui comprend une année en sciences ou en arts et trois années d'études professionnelles. Le Nouveau-Brunswick a des établissements dans toutes les régions sanitaires qui participent activement à la composante de formation clinique du programme. Le nombre d'inscriptions au programme de l'Université Dalhousie dépasse le nombre de places disponibles; il est de neuf candidats pour chaque place disponible. Actuellement, 44 étudiants du Nouveau-Brunswick sont inscrits dans les quatre années. L'Université Laval désigne cinq des 70 places pour des étudiants du Nouveau-Brunswick. Actuellement, 17 étudiants du Nouveau-Brunswick sont inscrits au programme. L'Université de Montréal offre aussi quatre places aux étudiants du Nouveau-Brunswick. L'Association nationale des physiothérapeutes précise qu'une maîtrise en physiothérapie sera requise pour exercer la profession d'ici 2010. La profession a proposé d'appliquer ce critère de manière progressive afin de réduire l'impact de la transition sur l'offre de praticiens.

Les physiothérapeutes doivent détenir une licence du Collège des physiothérapeutes du Nouveau-Brunswick pour exercer dans la province.

### **Analyse des données**

La base de données d'inventaire comprend 417 physiothérapeutes, dont 408 occupent 454 emplois (un employé peut occuper plusieurs emplois).

---

Le statut d'inscription des 417 physiothérapeutes est comme suit : 388 (93 %) sont actifs et 29 (7 %) sont inactifs. (Parmi les physiothérapeutes inactifs, on suppose que 15 ont pris leur retraite car ils ont plus de 55 ans.)

L'analyse démographique par âge révèle que l'âge moyen des physiothérapeutes est de 37 ans. La plupart (260 ou 62 %) des physiothérapeutes sont dans la catégorie d'âge des 25 à 40 ans, 106 (25 %) sont dans la catégorie d'âge des 40 à 50 ans et 41 (10 %) ont plus de 50 ans. Actuellement, 20 (5 %) physiothérapeutes se trouvent dans la zone d'admissibilité à la retraite (55+) et 21 (5 %) en feront partie au cours de la période de prévision de cinq ans. Au total, 41 (10 %) physiothérapeutes pourraient prendre leur retraite au cours des cinq prochaines années.

L'analyse par sexe révèle que 351 physiothérapeutes sont des femmes (84 %) et que 224 (54 %) d'entre elles ont moins de 40 ans et sont considérées comme en âge de procréer. Cette statistique est importante dans la planification des effectifs, vu que les employées ont la possibilité de prendre un congé de maternité d'un an et vu les difficultés que cela comporte pour pourvoir les postes temporaires.

L'étude de la compétence linguistique révèle que près de la moitié (214 ou 51 %) des physiothérapeutes ont des compétences linguistiques en anglais seulement, 200 (48 %) ont des compétences linguistiques en anglais et en français, et 3 (1 %) ont des compétences linguistiques en français seulement. Le tableau 6 fournit une analyse de la compétence linguistique par région des physiothérapeutes dans la profession. Les chiffres entre parenthèses indiquent le pourcentage de tous les physiothérapeutes dans la région sanitaire dont la compétence linguistique est précisée.

**Tableau 6 – Physiothérapeutes**

<b>Physiothérapeutes</b>	<b>Anglais</b>	<b>Français</b>	<b>Anglais et français</b>	<b>Total de la région dans la profession</b>
Région 1	33 (38 %)		54 (62 %)	87
Région 2	79 (76 %)		25 (24 %)	104
Région 3	71 (72 %)		27 (28 %)	98
Région 4		3 (9 %)	20 (91 %)	22
Région 5			19 (100 %)	19
Région 6	4 (9 %)	1 (2 %)	38 (88 %)	43
Région 7	9 (64 %)		5 (36 %)	14
Région inconnue	7 (58 %)		5 (42 %)	12
Extérieur de la province	7 (78 %)		2 (22 %)	9
<b>Total des physiothérapeutes</b>	<b>210 (51 %)</b>	<b>4 (1 %)</b>	<b>195 (48 %)</b>	<b>409</b>

Des 408 physiothérapeutes, 205 (50 %) travaillent pour le gouvernement provincial, qui comprend le ministère de la Santé et du Mieux-être, les Services familiaux et communautaires, et les régies régionales de la santé, 156 (38 %) travaillent dans le secteur privé, 24 (6 %) travaillent dans un autre service du gouvernement provincial et 23 (6 %) travaillent dans un secteur « autre », qui comprend des postes à l'extérieur de la province.

L'analyse des régions sanitaires révèle que le plus haut pourcentage (104 ou 25 %) des 408 physiothérapeutes sont dans la Région 2, 87 (21 %) dans la Région 1 (34 dans la Région 1SE, 15 dans la Région 1B et 38 dans la Région 1 inconnue), 98 (24 %) dans la Région 3, 43 (11 %) dans la Région 6, 22 (5 %) dans la Région 4, 19 (5 %) dans la Région 5 et 14 (3 %) dans la Région 7. La région sanitaire de 12 (3 %) physiothérapeutes est inconnue. Neuf (2 %) physiothérapeutes travaillent à l'extérieur de la province.

L'analyse par secteur de la santé révèle que 207 (46 %) des 454 postes de physiothérapeutes sont dans le secteur privé, 196 (43 %) dans le secteur hospitalier, 22 (5 %) dans le Programme extra-mural, et 29 (6 %) sont répartis entre le secteur universitaire, les centres de santé communautaires, le gouvernement, les foyers de soins, les services de santé publique, les foyers de soins spéciaux et autres. D'un point de vue détaillé, la plupart (382 ou 93 %) des 408 physiothérapeutes travaillent dans un domaine de pratique clinique, 19 (5 %) sont en gestion et 8 (2 %) sont dans le secteur de la formation et autres.

L'analyse par statut d'emploi révèle que la plupart (281 ou 62 %) des 454 postes en physiothérapie sont des postes permanents à temps plein, 131 (29 %) sont des postes permanents à temps partiel, 19 (4 %) sont des postes permanents temporaires, 11 (2 %) sont des postes permanents dont le statut à temps plein ou à temps partiel est inconnu, 7 (2 %) sont des postes d'employés en congé et 5 (1 %) sont des postes occasionnels.

L'analyse de la méthode de travail de cette main-d'œuvre révèle que la plupart (64 %) des physiothérapeutes du secteur public travaillent entre 0,76 et 1 ÉTP, 15 % travaillent >1 ÉTP, 12 %

---

travaillent entre 0,51 et 0,75 ÉTP, 6 % travaillent entre 0,26 et 0,50 ÉTP, et 3 % travaillent <0,25 ÉTP. Si les physiothérapeutes du secteur privé sont inclus, la proportion du nombre total de physiothérapeutes qui travaillent 1 ÉTP et >1 ÉTP change considérablement. Le pourcentage de ceux qui travaillent >1 ÉTP augmente à 30 % et le pourcentage de ceux qui travaillent entre 0,76 et 1 ÉTP chute à 53 %. Cela démontre à quel point cette main-d'œuvre est utilisée au maximum de ses capacités en raison surtout de la demande et de la charge de travail des secteurs public et privé. Cette situation n'est ni souhaitable ni viable.

Le statut professionnel est établi en fonction des 417 physiothérapeutes dont 408 (98 %) exercent leur profession, quatre (1 %) ont indiqué être sans emploi et chercher un travail en physiothérapie et un travaille à l'extérieur de la profession mais cherche un emploi dans la profession. Le statut professionnel des quatre autres (1 %) est inconnu.

### **Analyse de l'écart**

**On prévoit une pénurie de physiothérapeutes au cours de la période de prévision de cinq ans. La pénurie commence à un peu plus de 40 physiothérapeutes en 2002 et s'aggrave progressivement pour atteindre une pénurie de plus de 60 physiothérapeutes d'ici 2007.**

Ces estimations sont basées sur l'hypothèse suivante :

- Des quatre places du Nouveau-Brunswick à l'Université de Montréal et des cinq places à l'Université Laval, on estime que 90 % des diplômés du Nouveau-Brunswick reviennent travailler dans la province. On suppose aussi que des 15 places à contrat à l'Université Dalhousie pour les étudiants du Nouveau-Brunswick, la plupart des étudiants reviennent travailler au Nouveau-Brunswick.

En plus des données ci-dessus, les représentants de la profession ont indiqué d'autres facteurs relatifs à l'offre et à la demande qui auront un impact sur leurs ressources humaines au cours de la période de prévision de cinq ans :

- la qualité de vie professionnelle réduite a un impact négatif sur l'offre (recrutement et maintien en poste);
- le Plan provincial des services de réadaptation précise que les programmes de réadaptation préventive dans les hôpitaux sont nécessaires, ce qui a un impact positif sur la demande;
- le Plan provincial des services de réadaptation encourage aussi l'autoaiguillage accru, ce qui a un impact positif sur la demande des services de physiothérapie;
- les attentes élevées de la population vieillissante qui veut demeurer plus longtemps active a un impact positif sur la demande.

En résumé, la main-d'œuvre en physiothérapie est à prédominance féminine (84 %), l'âge moyen étant de 37 ans, comprend un pourcentage moyen de membres bilingues (48 %) et occupe surtout des postes permanents à temps plein ou permanents à temps partiel (91 %), répartis également entre les secteurs public (hôpital et Extra-mural) et privé. Les sources des effectifs sont des universités anglophones et francophones à l'extérieur du Nouveau-Brunswick, 24 places à contrat au total étant réservées aux étudiants du Nouveau-Brunswick à l'Université Dalhousie, l'Université de Montréal et l'Université Laval. Ce groupe professionnel connaît actuellement une pénurie qui s'aggravera lentement au cours de la période de prévision de cinq ans et qui pourrait s'intensifier si les physiothérapeutes qui quittent la main-d'œuvre travaillent >1 ÉTP, ce qui est le cas pour 15 % (secteur public) et 30 % (secteurs public et privé) de la main-d'œuvre. Le taux élevé de cette main-d'œuvre travaillant dans le secteur privé (50 %)

---

pourrait augmenter et accroître les problèmes de dotation en personnel du secteur public, si des améliorations ne sont pas apportées à la gestion de la charge de travail et aux incitatifs de maintien en poste. Vu la démographie de ce groupe, le caractère des pénuries varie probablement davantage en raison d'une probabilité plus élevée de congés à court terme, qui créent des difficultés importantes pour le recrutement.

#### **5.5.4 Aides en réadaptation**

##### **Tendances et enjeux**

La pénurie de professionnels en réadaptation décrite aux paragraphes 5.2.1 à 5.2.3 ci-dessus, a été le moteur ayant déclenché les discussions au sein du gouvernement en vue de la création d'une nouvelle catégorie de travailleurs de la santé désignés personnel de soutien en réadaptation. L'ajout de personnel de soutien au modèle de services de réadaptation pourrait grandement accroître l'accès du public aux services de réadaptation. Il n'existe pas de programme de formation. Aucune norme relative à l'exercice de la profession n'a été établie pour ce groupe professionnel au Nouveau-Brunswick. En général, les personnes qui exercent cette fonction sont formées en cours d'emploi.

Le Centre de réadaptation Stan Cassidy, le centre de réadaptation tertiaire de la province, utilise deux modèles de personnel de soutien à la réadaptation depuis quelques années. Ces personnes possèdent une formation comme préposé aux soins ou IAA et elles sont formées en cours d'emploi comme un aide en réadaptation générale qui offre un soutien en physiothérapie, ergothérapie, orthophonie et ludothérapie. Il existe aussi des postes de personnel de soutien à la réadaptation, d'aide en ergothérapie et d'aide en physiothérapie. Ce personnel de soutien, quoique moins nombreux, travaille aussi dans le secteur hospitalier.

Les ergothérapeutes ont indiqué que plusieurs travailleurs de soutien dans cette profession ont un diplôme de IAA ou de préposé aux soins et reçoivent une formation en cours d'emploi. D'après les réponses au sondage auprès des membres effectué par l'AENB, il n'y a aucune uniformité dans le type de travail effectué par le personnel de soutien en ergothérapie. Les tâches vont d'un soutien technique et administratif aux interventions auprès du client, sous la surveillance d'un ergothérapeute professionnel. Les contrats syndicaux ont été cités par cette profession comme une contrainte qui nuit à l'embauche du personnel de soutien le mieux qualifié, vu la tendance d'accorder les postes aux membres d'un syndicat ayant le plus d'ancienneté. De plus, après une formation coûteuse en cours d'emploi, ces personnes peuvent parfois être « supplantées » par un membre syndiqué ayant plus d'ancienneté.

En juillet 2002, un profil des compétences de deux catégories de personnel de soutien en physiothérapie a été rendu public par l'Alliance canadienne des organismes de réglementation de la physiothérapie et l'Association canadienne de physiothérapie. Selon les professionnels de ce groupe « c'est dans la polyvalence (entre physiothérapeutes et personnel de soutien en physiothérapie) qu'un travailleur de soutien en physiothérapie est compétent. Ainsi le contexte du travail, la délégation et la supervision

---

pertinentes, en plus des connaissances, des compétences et des attitudes requises sont nécessaires et interreliés à la compétence du travailleur de soutien en physiothérapie ». <sup>31</sup>

Cette catégorie de travailleurs est aussi recherchée à l'extérieur du secteur des services hospitaliers. Les fournisseurs primaires des services de réadaptation sont actuellement accessibles aux résidents des foyers de soins du Nouveau-Brunswick par aiguillage au programme provincial des Services de réadaptation qui relève du Programme extra-mural. Dans certaines régions, une pénurie de professionnels en réadaptation (physiothérapeutes et ergothérapeutes en particulier) a réduit les services accessibles à certains foyers de soins. Actuellement, les foyers de soins ne comptent pas de personnel de soutien en réadaptation.

D'après une étude effectuée en 2001 par DMR Consulting Inc. (maintenant Fujitsu Conseil) pour les Services de foyers de soins de la Division de famille et des services communautaires <sup>32</sup>, en moyenne, 17 % des résidents des foyers de soins ont été évalués par un professionnel en réadaptation du Programme extra-mural et ont reçu un plan de soins officiel. La mise en oeuvre de ce plan de soins exige, en moyenne, 2,7 heures par résident par semaine. Seulement 4 % des foyers de soins ayant répondu au sondage ont indiqué qu'ils pouvaient mettre en oeuvre ces plans de réadaptation. La plupart des foyers ont exprimé des préoccupations concernant la compétence des préposés aux résidents et des IAA dans l'application de ces plans de réadaptation de manière autonome. Tous les foyers ont indiqué qu'ils n'avaient pas suffisamment de personnel pour répondre aux demandes accrues de cette fonction. Afin que le système de foyers de soins puisse satisfaire ce besoin de ressources, l'étude recommandait que 70 travailleurs de soutien en réadaptation soient formés pour assumer ce rôle. Les détails sur l'étendue de la formation restent à déterminer.

### **Source des effectifs**

En 1999-2000, les ministères de la Santé et du Mieux-être, et de la Formation et du Développement de l'emploi ont entamé des discussions avec les professionnels en réadaptation, une étude du marché du travail a été effectuée et un programme de formation des travailleurs de soutien en réadaptation générale a été établi. Depuis, vu les changements dans la clientèle qui se présente pour recevoir des traitements, certains membres de la profession en réadaptation estiment qu'un travailleur ayant une formation générale serait moins utile qu'une personne ayant une formation spécifique en réadaptation.

En l'absence de la quantification par le ministère de la demande de ce niveau de praticien et des exigences de l'ensemble des compétences pour diverses populations clientes de l'ensemble des soins de santé, il est difficile d'établir un programme d'études ou de déterminer le nombre devant être formé pour répondre aux besoins du marché. Les enjeux qui se rapportent à l'offre et à la demande de professionnels en réadaptation, comme il est mentionné, démontrent le besoin d'une stratégie immédiate pour améliorer l'accès du public à ces services – une stratégie qui définit les ratios d'effectifs professionnels et auxiliaires pour les diverses populations clientes qui ont accès aux services de réadaptation.

---

<sup>31</sup> *Profil des compétences : Compétences essentielles du personnel de soutien travaillant en physiothérapie au Canada*, juillet 2002, Alliance canadienne des organismes de réglementation de la physiothérapie et Association canadienne de physiothérapie, p. 3.

<sup>32</sup> *Nursing Home Services Resident Care Needs Project*, DMR Consulting Inc., février 2002.

---

Il existe des modèles de formation des travailleurs de soutien en réadaptation au Canada. Un programme virtuel d'aide en physiothérapie et en ergothérapie comprenant treize modules et neuf autres semaines de stage clinique est offert par le College of the North Atlantic de Terre-Neuve. Des programmes de trois ans à des CÉGEPs au Québec préparent les diplômés comme thérapeute en réadaptation physique ou TRP.

Le ministère de la Santé et du Mieux-être a invité les quatre professions en réadaptation à définir leurs besoins relatifs à un travailleur de soutien en réadaptation, y compris la formation universitaire. Trois des quatre groupes ont déjà répondu. Les résultats de la présente étude permettront d'éclairer les discussions entre les professionnels en réadaptation du ministère et le Collège communautaire du Nouveau-Brunswick afin de déterminer le type de travailleurs en réadaptation requis ainsi que le type de formation nécessaire au Nouveau-Brunswick pour satisfaire ce besoin en matière de ressources.

### **Analyse des données**

La base de données d'inventaire comprend 70 aides en réadaptation, qui occupent 72 emplois (un employé peut occuper plusieurs emplois). Il n'existe aucune association professionnelle au Nouveau-Brunswick pour les techniciens en pharmacie et les aides-pharmaciens.

L'analyse démographique par âge révèle que l'âge moyen des aides en réadaptation est de 41 ans. Vingt-sept (39 %) sont dans la catégorie d'âge des moins de 40 ans, 27 (39 %) sont dans la catégorie d'âge des 40 à 50 ans et 15 (21 %) ont plus de 50 ans. De ces 15, 4 (6 %) ont plus de 55 ans et sont actuellement admissibles à la retraite.

L'analyse par sexe révèle que 58 des 70 aides en réadaptation (83 %) sont des femmes. Vingt d'entre elles (29 % de la main-d'œuvre d'aides en réadaptation) ont moins de 40 ans et sont considérées comme en âge de procréer.

L'étude de la compétence linguistique des aides en réadaptation révèle que la compétence linguistique de 30 (43 %) aides en réadaptation est inconnue.

Trente-sept (52 %) des 71 aides en réadaptation travaillent pour le gouvernement provincial, cinq (7 %) travaillent dans un autre service du gouvernement provincial et les 29 autres (41 %) travaillent dans le secteur privé.

L'analyse des régions sanitaires révèle que la plupart (22 ou 31 %) des 71 aides en réadaptation se trouvent dans la Région 5, 13 (18 %) dans la Région 2, 12 (17 %) dans la Région 4, 8 (11 %) dans la Région 1, 4 (6 %) dans chacune des Régions 3 et 7 et 2 (3 %) dans la Région 6. La région de santé des six autres (8 %) est inconnue.

L'analyse par secteur de la santé révèle que 35 (49 %) des 72 postes d'aide en réadaptation sont dans le secteur hospitalier, 28 (39 %) dans le secteur privé, 5 (7 %) dans le secteur gouvernemental et 3 (4 %) dans les services de santé mentale. D'un point de vue plus détaillé, la plupart (66 ou 94 %) des aides en réadaptation travaillent dans un domaine de pratique clinique, 1 (1 %) dans le secteur de la formation et 3 (4 %) ont indiqué « autre » comme champ d'exercice.

L'analyse par statut d'emploi révèle que la plupart (41 ou 57 %) des 72 postes d'aide en réadaptation sont des postes permanents à temps plein, 14 (19 %) sont des postes permanents à temps partiel, 13 (18 %) sont des postes occasionnels, 3 (4 %) sont des postes permanents temporaires et un (1 %) employé est en congé. Pour les aides en réadaptation qui travaillent dans le secteur public, l'analyse des ÉTP révèle que

---

la plupart (67 %) d'entre eux travaillent entre 0,76 et 1 ÉTP, 18 % travaillent < 0,25 ÉTP, 9 % travaillent > 1 ÉTP et 6 % travaillent entre 0,51 et 0,76 ÉTP.

### **Analyse de l'écart**

**Vu l'absence de nouveaux venus connus, en raison du manque de formation officielle pour les aides en réadaptation, les estimations sont basées uniquement sur la démographie de ce groupe professionnel. Puisqu'il est fort probable qu'un programme d'aide en réadaptation sera créé, un scénario a été établi en fonction de l'hypothèse suivante ayant trait à la demande de cette profession :**

- Un ratio de 1 à 4 aides en réadaptation pour la main-d'œuvre totale des professionnels en réadaptation (audiologistes, orthophonistes, physiothérapeutes et ergothérapeutes) a été utilisé pour évaluer la demande, à compter de 2004. Ce ratio est appliqué progressivement au cours de la période de cinq ans (10 % en 2004, 20 % en 2005, 30 % en 2006 et 40 % en 2007), afin d'atteindre la mise en oeuvre complète du ratio 1 à 4 d'ici 2007.

Ce scénario, en plus de la démographie de la main-d'œuvre d'aide en réadaptation actuelle, pourrait faire accroître la demande à 200 aides en réadaptation d'ici la fin de la période de prévision. Cette demande devra être comblée par la mise en place d'un programme de formation d'aide en réadaptation au Nouveau-Brunswick, à compter de 2004.

En résumé, les aides en réadaptation sont surtout des femmes (83 %), l'âge moyen étant de 41 ans, et travaillent presque également dans le secteur hospitalier (49 %) et le secteur privé (39 %). D'après le scénario prévu, une pénurie de ces travailleurs surviendra probablement au cours de la période de prévision de cinq ans si les recommandations du Plan provincial des services de réadaptation sont mises en oeuvre intégralement.

### **5.6 Groupes techniques**

L'utilisation accrue de la technologie dans le système crée de nouvelles demandes pour des professions techniques. L'application de nombreuses modalités technologiques est élargie et adoptée dans de nouveaux secteurs, ce qui a un impact non seulement sur les coûts mais aussi sur la demande de praticiens spécialisés et compétents.

La population vieillissante, qui traditionnellement utilise davantage les services de soins de santé, devrait aussi nuire à l'accès à ces services dans un délai raisonnable.

Le recrutement d'un nombre suffisant de techniciens et de technologues francophones qualifiés est un problème pour plusieurs groupes de professions au cours des cinq prochaines années. Pour plusieurs groupes de profession, les diplômés des programmes de formation offerts au Québec ne répondent pas aux critères d'admissibilité aux examens d'accréditation nationale, qui assurent une norme minimale de compétence pour l'exercice de la profession au Nouveau-Brunswick. Vu le milieu actuel et une pénurie dans plusieurs professions techniques, dans certains cas, le gouvernement du Nouveau-Brunswick exempté de la certification certains diplômés qui sont embauchés permettant l'embauche des diplômés du Québec. Selon les membres des professions respectives, cela compromet la norme d'exercice de la profession, crée des services de qualité inégale aux Néo-Brunswickois, et compromet la possibilité pour le Nouveau-Brunswick de se tourner vers le Québec comme une source continue de main-d'œuvre.

---

## 5.6.1 Échographistes

### Tendances et enjeux

Ce groupe a commencé les démarches pour devenir une profession autoréglementée au Canada. La Société provinciale (NBSDMS/SEMDNB) a entamé le processus pour s'autoréglementer en déposant un projet de loi d'initiative parlementaire qui a été approuvé par le ministère de la Santé et du Mieux-être, et qui doit être maintenant approuvé par le ministère de la Justice du Nouveau-Brunswick.<sup>33</sup>

L'Association canadienne des professionnels autorisés en échographie diagnostique (ACPAED) établit un processus d'évaluation d'accréditation pour tous les programmes en échographie au Canada, en espérant que ce processus sera en place d'ici 2004.

Environ 100 échographistes obtiennent leur diplôme chaque année au Canada. La sous-spécialisation est évidente dans ce groupe professionnel comme l'indique le *Cadre de travail préliminaire des définitions des nouveaux praticiens* (ACPAED, mars 2002) qui identifie trois catégories : échographie, échographie vasculaire et échocardiographie. L'impact sur les programmes de formation, la demande du marché et l'offre de ces trois sous-spécialisations au Nouveau-Brunswick devra être déterminé par rapport au débat sur les généralistes et spécialistes, et à la masse critique disponible pour soutenir ce niveau de spécialisation dans une petite province.

Le Nouveau-Brunswick vient au troisième rang parmi les provinces du Canada atlantique pour les salaires des échographistes débutants et quatrième pour les travailleurs expérimentés dans cette profession. Malgré la situation relativement peu concurrentielle du Nouveau-Brunswick, il importe de noter qu'il existe dans le système de soins de santé d'autres choix de carrière pour les employés possédant cette formation qui leur permettraient de progresser dans d'autres catégories de profession et d'obtenir des salaires plus élevés.

### Source des effectifs

La plupart des programmes de formation en échographie sont offerts au Canada, à un niveau collégial, de diplôme ou après diplôme. Au Canada atlantique, les programmes sont offerts au Queen Elizabeth Health Sciences Centre (QEII) de l'École des sciences de la santé de l'Université Dalhousie et au College of the North Atlantic, qui sont tous deux membres de l'Association médicale canadienne. Le programme offert par QEII et l'Université Dalhousie est un baccalauréat en sciences de la santé de quatre ans mais l'étudiant peut obtenir un diplôme après trois ans. Actuellement, 19 étudiants sont inscrits (cinq dans chacune des années un à trois, et quatre dans la dernière année du programme). Le College of the North Atlantic offre un programme avancé d'un an menant à un diplôme pour quatre étudiants chaque année. Le programme est complet et aucun étudiant du Nouveau-Brunswick n'est actuellement inscrit.

À l'extérieur du Canada atlantique, l'Institut Michener de l'Université de Toronto offre un programme de 63 semaines menant à un diplôme qui peut être suivi par des études à temps plein ou une formation à distance en plus d'un stage clinique. Le Northern Alberta Institute of Technology offre un programme de 30 mois menant à un diplôme avec un contingent de 12 étudiants, qui comprend actuellement 20 étudiants (12 en première année et huit en deuxième année) dont aucun ne vient du Nouveau-Brunswick.

---

<sup>33</sup> Site Web de l'Association canadienne des professionnels autorisés en échographie diagnostique : [www.cardup.org](http://www.cardup.org). Juillet 2002.

---

## Analyse des données

L'analyse des données de l'offre actuelle d'échographistes est limitée car une seule source de données (BDRH) était accessible pour recueillir les détails sur ce groupe.

La base de données d'inventaire comprend 54 échographistes qui occupent tous un poste.

L'analyse démographique par âge révèle que l'âge moyen des échographistes est de 42 ans. La plupart des échographistes (22 ou 41 %) sont dans la catégorie d'âge des 40 à 50 ans; 19 (35 %) sont dans la catégorie d'âge des 25 à 40 ans et 13 (28 %) sont dans la catégorie d'âge des 50 ans +. Actuellement, 2 (4 %) des échographistes se trouvent dans la zone d'admissibilité à la retraite (55+) et 11 (20 %) en feront partie au cours de la période de prévision de cinq ans. Treize échographistes pourraient prendre leur retraite au cours des cinq prochaines années, ce qui représente 28 % de la main-d'œuvre en échographie.

L'analyse par sexe révèle que 51 (94 %) échographistes sont des femmes et que 18 d'entre elles (36 % de la main-d'œuvre en échographie) ont moins de 40 ans et sont considérés comme en âge de procréer. Cette statistique est importante dans la planification des effectifs, vu que les employées ont la possibilité de prendre un congé de maternité d'un an et vu les difficultés que cela comporte pour pourvoir les postes temporaires.

Il n'est pas possible d'analyser la compétence linguistique des échographistes car l'information n'était pas disponible pour ce groupe dans les sources de la base de données d'inventaire.

L'analyse par secteur d'emploi révèle que tous les échographistes travaillent dans le secteur hospitalier, donc pour le gouvernement provincial. D'un point de vue plus détaillé, 49 (91 %) échographistes travaillent dans un domaine de pratique clinique. Cinq (9 %) ont indiqué autre ou inconnu comme champ d'exercice.

L'analyse des régions sanitaires révèle que la plupart (15 ou 28 %) des 54 échographistes sont dans chacune des Régions 1 (huit dans la Région 1SE et sept dans la Région 1B) et 2, 11 (20 %) dans la Région 3, 5 (9 %) dans la Région 6, 4 (7 %) dans la Région 5 et 2 (4 %) dans chacune des Régions 4 et 7.

L'analyse par statut d'emploi révèle que la plupart (44 ou 81 %) des 54 postes d'échographistes sont des postes permanents à temps plein, 6 (11 %) sont des postes permanents à temps partiel et 2 (4 %) sont des postes occasionnels. L'analyse des ÉTP pour ce groupe révèle que la plupart (63 %) des échographistes travaillent entre 0,76 et 1 ÉTP, près de 20 % travaillent >1 ÉTP, 11 % travaillent entre 0,51 et 0,75 ÉTP, 6 % travaillent entre 0,26 et 0,50 ÉTP, et les autres (2 %) travaillent moins de 0,25 ÉTP.

D'après le statut professionnel des 54 échographistes, ceux-ci exercent tous leur profession.

## Analyse de l'écart

**On prévoit une faible pénurie d'environ deux travailleurs par année qui persistera au cours de la période de prévision de cinq ans, selon l'information et les hypothèses suivantes :**

- Recrutement d'un à deux nouveaux venus par année (à noter qu'il n'y a aucun programme de formation dans la province).

De plus, les facteurs relatifs à l'offre et à la demande suivants ont été indiqués comme ayant un impact sur ce groupe :

- 
- les salaires au Nouveau-Brunswick ne sont pas compétitifs par rapport au Canada atlantique et aux autres provinces (le Nouveau-Brunswick se classe troisième parmi les Provinces atlantiques pour les salaires les moins élevés);
  - la compétition pour les ressources rares, en plus d'un faible nombre de nouveaux diplômés chaque année, a un impact négatif sur l'offre au Nouveau-Brunswick.

En résumé, les échographistes sont surtout des femmes (94 %), l'âge moyen étant de 42 ans, qui occupent des postes permanents à temps plein ou à temps partiel (92 %) dans le secteur hospitalier. Près de 20 % de cette main-d'œuvre du secteur public travaille >1 ÉTP. Il existe actuellement une faible pénurie qui persistera au cours de la période de prévision de cinq ans.

## 5.6.2 Techniciens en électrocardiographie

### Tendances et enjeux

Les membres de ce groupe professionnel sont des technologues en cardiologie. Au cours des dernières années, le cadre des fonctions de ce groupe est passé d'une pratique de technicien en électrocardiographie à une pratique comportant une gamme plus variée de techniques diagnostiques, ce qui a eu un impact sur les besoins en matière de formation. À compter de septembre 2000, il faut, pour être membre de la Société canadienne des technologues en cardiologie (SCTC), avoir terminé un programme de deux ans menant à un diplôme agréé par le Comité mixte d'agrément de l'Association médicale canadienne, qui comprend un stage clinique et la réussite de l'examen d'agrément de technologie en cardiologie. Le technicien doit maintenir ses compétences par l'entremise du perfectionnement professionnel pour conserver son statut d'inscription. Pour travailler dans ce domaine au Nouveau-Brunswick, les technologues en cardiologie doivent terminer des cours reconnus par la SCTC. Les techniciens en cardiologie qui sont aussi embauchés dans le système ne sont pas tenus de suivre une formation officielle après l'obtention d'un diplôme d'études secondaires ou l'équivalent. Il y a un manque d'uniformité dans les compétences des personnes qui exercent cette profession dans les hôpitaux du Nouveau-Brunswick.

La population vieillissante du Nouveau-Brunswick indique la possibilité d'une demande accrue de technologues en cardiologie au cours de la prochaine décennie, entre 2002 et 2010, car la population de 65 ans et plus devrait augmenter de 35 %. Cette démographie, en plus de la main-d'œuvre vieillissante des technologues en cardiologie au Nouveau-Brunswick, nécessite un plan de relève solide.

### Source des effectifs

La British Columbia Institute of Technology (BCIT) offre un programme de technologie en cardiologie par formation à distance, avec stage pratique ici au Nouveau-Brunswick dans les hôpitaux régionaux de Saint-Jean, Fredericton et Moncton.

Le Mohawk College of Applied Art and Technology de l'Ontario offre aussi un programme de certificat de 35 semaines appuyé par la SCTC. Un étudiant du Nouveau-Brunswick fait actuellement partie des 38 étudiants inscrits à ce programme. Le nombre de demandes pour ce programme est très élevé, environ 300 candidats et la liste d'attente est longue. Selon les commentaires des employeurs, les étudiants trouvent que ces programmes coûtent chers et, pour la BCIT, le décalage horaire de quatre heures crée un problème pour les étudiants qui suivent la formation à distance.

---

## Analyse des données

La base de données d'inventaire comprend 109 techniciens en électrocardiographie, dont 93 occupent 96 emplois (un employé peut occuper plusieurs emplois). Le statut d'inscription des 109 techniciens en électrocardiographie est comme suit : 58 (53 %) sont actifs, 6 (6 %) sont inactifs et 1 (1 %) a pris sa retraite. Le statut de 44 (40 %) techniciens en électrocardiographie au sein de l'association professionnelle est inconnu.

L'analyse démographique par âge révèle que l'âge moyen d'âge des techniciens en électrocardiographie est de 40 ans. La plupart (42 ou 38 %) des techniciens en électrocardiographie sont dans la catégorie d'âge des moins de 40 ans, 26 (24 %) dans la catégorie d'âge des 40 à 50 ans, 13 (12 %) dans la catégorie d'âge des 50 à 54 ans et 16 (15 %) dans la catégorie d'âge des 55 ans +. L'âge de 12 techniciens (11 %) inscrits dans la base de données d'inventaire est inconnu. Si on ne tient pas compte des âges inconnus, 15 % des techniciens en électrocardiologie se trouvent actuellement dans la zone d'admissibilité à la retraite (55+) et 13 (12 %) en feront partie au cours de la période de prévision de cinq ans. Au total, 29 (27 %) techniciens en électrocardiographie pourraient prendre leur retraite au cours des cinq prochaines années.

L'analyse par sexe révèle que 107 (98 %) techniciens en électrocardiographie sont des femmes et que 40 d'entre elles (37 % de la main-d'œuvre) ont moins de 40 ans et sont considérées comme en âge de procréer. Il importe de noter que les retraites possibles et les congés de maternité au cours de la période de prévision de cinq ans pourraient représenter 63 % de la main-d'œuvre des techniciens en électrocardiographie.

La compétence linguistique de 99 (91 %) techniciens en électrocardiographie est inconnue. L'analyse par compétence et région sanitaire n'est donc pas possible.

Les 96 postes de technicien en électrocardiographie sont au sein du gouvernement provincial. L'analyse par région sanitaire révèle que la plupart 24 (26 %) des postes de technicien en électrocardiographie sont dans la Région 1 (11 dans la Région 1SE et 13 dans la Région 1B), 22 (23 %) dans la Région 2, 16 (17 %) dans la Région 3, 13 (14 %) dans la Région 6, 9 (9 %) dans la Région 5, 7 (7 %) dans la Région 7 et 5 (5 %) dans la Région 4.

L'analyse par secteur de la santé révèle que 95 des 96 postes de technicien en électrocardiologie sont dans le secteur hospitalier, une seule personne ayant indiqué un « autre » secteur de santé. D'un point de vue plus détaillé, 91 techniciens en électrocardiographie travaillent dans un domaine de pratique clinique, 2 (2 %) sont en gestion et un (1 %) a indiqué autre ou inconnu comme champ d'exercice.

L'analyse par statut d'emploi révèle que la plupart (52 ou 54 %) des 96 postes de technicien en électrocardiographie sont des postes permanents à temps plein, 23 (24 %) sont des postes occasionnels, 16 (17 %) sont des postes permanents à temps partiel et un (1 %) est un poste permanent temporaire. Le statut d'emploi de quatre (4 %) techniciens en électrocardiographie est inconnu. L'analyse des ÉTP de cette main-d'œuvre du secteur public révèle que 43 % des techniciens en électrocardiographie travaillent entre 0,76 et 1 ÉTP, 32 % travaillent >1 ÉTP, 12 % travaillent entre 0,51 et 0,75 ÉTP, 10 % travaillent <0,25 ÉTP et 3 % travaillent entre 0,26 et 0,50 ÉTP.

Le statut professionnel est établi en fonction de 109 techniciens dont 94 (86 %) exercent leur profession, 3 (3 %) travaillent à l'extérieur de leur profession et cherchent un emploi comme technicien en électrocardiographie, 3 (3 %) travaillent à l'extérieur de la profession et ne cherchent pas un emploi comme technicien en électrocardiographie et 1 (1 %) est sans emploi et ne cherche pas de travail dans la profession. Le statut professionnel des sept autres (6 %) techniciens est inconnu.

---

## Analyse de l'écart

**D'après le modèle de prévision, il existe actuellement un équilibre relatif dans la main-d'œuvre des techniciens en électrocardiographie. Il pourrait y avoir une pénurie d'environ cinq travailleurs en 2003. Celle-ci s'intensifiera pour atteindre un peu plus de 20 techniciens en électrocardiographie d'ici 2007.**

Ces estimations sont basées sur l'information et les hypothèses suivantes :

- recrutement de cinq étudiants par année en moyenne des programmes de formation (Mohawk College en Ontario et programme de formation à distance du BCIT avec stage clinique dans les hôpitaux du Nouveau-Brunswick);
- besoin de trois à quatre nouveaux techniciens en électrocardiographie par année au cours de la période de prévision pour les nouveaux développements et le roulement du personnel comme l'a souligné une régie régionale de la santé;
- reconnaissance que la population vieillissante du Nouveau-Brunswick fera augmenter la demande de services d'électrocardiographie (la catégorie d'âge des 65 ans + augmente de 15 % au cours de la période de prévision de cinq ans).

En résumé, les techniciens en électrocardiographie de la province sont presque tous des femmes (98 %), l'âge moyen étant de 40 ans. Cette main-d'œuvre travaille surtout dans le secteur hospitalier public, occupant habituellement des postes permanents à temps plein et permanents à temps partiel (71 %), bien qu'un pourcentage élevé travaille sur une base occasionnelle (24 %). Plus de 30 % de cette main-d'œuvre travaille plus d'un ÉTP. La main-d'œuvre des techniciens en électrocardiographie est actuellement relativement stable. Mais il y a possibilité de pénuries d'ici la fin de la période de prévision de cinq ans puisque, la population vieillissante augmentera la demande de ces services.

### 5.6.3 Techniciens en électroencéphalographie

#### Tendances et enjeux

La technologie en électroneurophysiologie est le domaine scientifique consacré à l'enregistrement et à l'étude de l'activité électrique du cerveau et du système nerveux. Ce groupe comprend les techniciens et technologues en électroencéphalographie et en électromyographie. La profession de technicien en électroencéphalographie est celle qui nous intéresse aux fins de la présente étude.

Le Canadian Board of Registration of Electroencephalography Technologists Inc. (CBRET) est responsable des examens écrits et pratiques oraux pour évaluer les compétences des personnes qui désirent exercer cette profession.

En novembre 2001, la Maritime Association of Neurophysiology Technologists (MANT) a soumis une série de questions professionnelles au ministère de la Santé et du Mieux-être. Les préoccupations portaient sur trois principaux secteurs : recrutement et maintien en poste des technologues en électroneurophysiologie, maintien des normes pour la profession et besoin d'examiner les possibilités visant à assurer à ces praticiens un meilleur accès aux programmes de formation. Le Nouveau-Brunswick compte 11 techniciens en électroencéphalographie, dont 10 sont accrédités par le CBRET et cinq sont inscrits à la fois comme technologues en électroencéphalographie et en électromyographie.

---

Ce groupe de professionnel est petit à l'échelle nationale et il existe une pénurie nationale de technologistes inscrits et accrédités. Au Nouveau-Brunswick, les qualités requises dans les définitions d'emploi pour exercer la profession de technologue en électroencéphalographie comprennent depuis le mois d'août 2002, l'achèvement d'un cours accrédité de technologue en électroneurophysiologie, l'inscription active auprès de la Canadian Association of Electroneurophysiology Technologists et l'inscription au CBRET comme étant souhaitable.

L'Ontario a démontré son appui à cette tendance vers des normes nationales. À compter de 2004 en Ontario, seuls les technologistes inscrits pourront effectuer des électroencéphalogrammes dans la province, à la suite des normes et des lignes directrices de pratique clinique publiées récemment par le Collège des médecins et des chirurgiens. Cela incitera les technologistes non inscrits, occupant actuellement des postes dans les petits établissements, à s'inscrire ou créera plus de postes à pourvoir, ce qui augmentera la demande.

### **Source des effectifs**

À l'échelle nationale, la formation est fournie par deux systèmes de formation. Les programmes sont d'une durée minimale de deux ans, quel que soit le système, et les diplômés qui ont réussi l'examen du CBRET reçoivent le statut de technologue accrédité.

Le premier choix de formation est un programme collégial officiel dont seulement deux sont offerts au Canada. Le British Columbia Institute of Technology (BCIT) accepte huit étudiants tous les deux ans au programme de formation en anglais de deux ans, qui a un faible taux d'attrition d'environ 12 %. Les discussions se poursuivent à ce collège concernant l'augmentation du nombre d'étudiants acceptés dans le programme chaque année en raison de la demande du marché. Terre-Neuve achète actuellement deux places au programme du BCIT. Le Collège Ahuntsic à Montréal, au Québec, offre un programme en français de trois ans d'un contingent de 60 étudiants par année. Selon la MANT, très peu de diplômés ont été recrutés au Nouveau-Brunswick du programme à Ahuntsic. Le Collège Ahuntsic offre le seul programme du genre au Québec et la demande du marché dans cette province est considérable.

Les programmes de formation en milieu hospitalier approuvés par le CBRET qui varient d'une durée de deux à trois ans sont le deuxième choix en matière de formation. Le nombre de ces programmes de formation a été réduit au cours des dernières années, en raison des réductions de fonds au secteur institutionnel. Toutefois, plusieurs grands hôpitaux qui ont des programmes de résidence en neurosciences réévaluent le besoin de formation de leurs propres technologistes en électroencéphalographie car ils ne peuvent pas recruter ailleurs. Actuellement, le Nouveau-Brunswick n'offre pas une formation locale.

Vu la pénurie accrue dans cette profession, le CBRET a proposé d'établir dans l'ensemble du pays des programmes satellites régionaux des Collèges Ahuntsic et du BCIT, qui répondraient aux normes nationales du CBRET. On discute aussi d'un modèle conjoint d'hôpital et de collège pour le partage des aspects pédagogique et pratique de ce programme. Une entente d'affiliation pédagogique entre le programme d'électroneurophysiologie du BCIT et le Moncton Hospital est à l'étude pour offrir une formation clinique de dix semaines. Toutefois, cette entente n'a pas encore été signée.

### **Analyse des données**

La base de données d'inventaire comprend 11 techniciens en électroencéphalographie, qui occupent tous un poste au sein du gouvernement du Nouveau-Brunswick dans un domaine de pratique clinique. La Maritime Association of Neuroelectrophysiology Technicians (MANT) est l'association professionnelle

---

qui représente les techniciens en électroencéphalographie. L'inscription à cette association n'est toutefois pas requise pour exercer la profession au Nouveau-Brunswick. Le statut d'inscription des 11 techniciens en électroencéphalographie à la MANT est comme suit : 10 (91 %) sont actifs et 1 (9 %) est inactif.

L'analyse démographique par âge révèle que l'âge moyen des techniciens en électroencéphalographie est de 43 ans. L'analyse par catégorie d'âge des techniciens en électroencéphalographie révèle que 4 (36 %) des techniciens ont moins de 40 ans, 3 (27 %) sont dans la catégorie d'âge des 40 à 50 ans et 4 (36 %) sont dans la catégorie d'âge des 50 ans+. Actuellement, 18 % des techniciens en électroencéphalographie se trouvent dans la zone d'admissibilité à la retraite (55+) et 2 (18 %) en feront partie au cours de la période de prévision de cinq ans. Ainsi, 36 % des techniciens en électroencéphalographie inscrits dans la base de données d'inventaire pourraient prendre leur retraite au cours des cinq prochaines années. L'analyse par sexe révèle que huit (73 %) techniciens en électroencéphalographie sont des femmes et que quatre d'entre elles (27 % de la main-d'œuvre) ont moins de 40 ans et sont considérées comme en âge de procréer.

Une étude de la compétence linguistique révèle que la plupart (8 ou 73 %) des techniciens en électroencéphalographie ont des compétences linguistiques en anglais, 2 (18 %) ont des compétences linguistiques en anglais et en français, et 1 (9 %) a des compétences linguistiques en français seulement. Une répartition pour la région sanitaire révèle qu'un (9 %) technicien en électroencéphalographie travaille dans chacune des Régions 1 et 3 et qu'ils ont des compétences linguistiques en anglais et en français.

Les 11 (100 %) techniciens en électroencéphalographie travaillent pour le gouvernement provincial dans le secteur hospitalier. L'analyse des régions sanitaires révèle que la plupart (6 ou 54 %) des 11 techniciens en électroencéphalographie travaillent dans la Région 1 (4 dans la Région 1SE et 2 dans la Région 1B), 2 (18 %) dans la Région 2, 2 (18 %) dans la Région 3 et 1 (9 %) dans la Région 4. Il n'y a pas de techniciens en électroencéphalographie dans les Régions 5, 6 et 7.

L'analyse par statut d'emploi révèle que la plupart (9 ou 82 %) des 11 postes de technicien en électroencéphalographie sont des postes permanents à temps plein et 2 (18 %), des postes permanents à temps partiel. L'analyse des ÉTP révèle que la plupart des techniciens en électroencéphalographie travaillent entre 0,76 et 1 ÉTP, 25 % travaillent >1 ÉTP et 20 % travaillent <0,25 ÉTP.

L'étude du statut professionnel révèle que les 11 techniciens en électroencéphalographie (100 %) exercent leur profession.

En résumé, la main-d'œuvre des techniciens en électroencéphalographie est petite et à prédominance féminine (73 %). Elle est d'un âge moyen de 43 ans et occupe des postes permanents à temps plein ou à temps partiel, dans seulement quatre régions sanitaires dans la province. Un faible pourcentage (18 %) de cette main-d'œuvre est bilingue. Environ 25 % de la main-d'œuvre travaille plus d'un ÉTP. L'impact combiné des retraites possibles et des congés de maternité pourrait créer une pénurie dans ce groupe professionnel, au cours de la période de prévision de cinq ans.

#### **5.6.4 Techniciens et technologues d'équipement médical**

##### **Tendances et enjeux**

Les techniciens et les technologues d'équipement médical ont surtout une formation dans la discipline des technologies électroniques : électro-mécaniques, biomédicales et télécommunications.

---

Les forces compétitives influant sur l'offre de ces diplômés sont les salaires plus élevés dans le secteur privé et la possibilité pour les étudiants intéressés à la technologie de choisir une formation et une carrière dans le secteur de la technologie de l'information.

Les critères d'embauche de ce groupe de professions au Nouveau-Brunswick comprennent l'accréditation de la Société des techniciens et des technologues agréés du génie du Nouveau-Brunswick (STTAGNB). Plus de 70 % des personnes occupant actuellement un emploi sont accréditées. On s'attend à ce que les nouveaux employés obtiennent leur accréditation pour avoir droit à un avancement.

Les techniciens agréés en ingénierie (T.A.I.), les techniciens-spécialistes en ingénierie (T.S.A.I.) et les techniciens agréés ou techniciens-spécialistes en sciences appliquées (T.S. Sc. A.) sont les symboles de réalisation dans le domaine de la technologie de l'ingénierie et des sciences appliquées qui sont protégés par la loi. Ils peuvent uniquement être utilisés par les membres agréés. Au Nouveau-Brunswick, les désignations T.A.I. et T.S. Sc. A. sont les plus courantes.

Un Programme national d'accréditation sert à évaluer les programmes de technologie en ingénierie et en sciences appliquées. Après avoir réussi un programme postsecondaire de technologie en ingénierie ou de sciences appliquées de deux ou trois ans agréé à l'échelle nationale, le diplômé du Nouveau-Brunswick peut devenir membre de la Société comme « diplômé en technologie stagiaire » (DETS). Il faut aussi une expérience technique dans une discipline particulière pertinente de vingt-quatre mois pour devenir membre agréé.

Une étude du marché du travail a été effectuée en mars 2002 par le Bureau canadien des ressources humaines en technologie (BCRHT), le Conseil canadien des techniciens et des technologues (CCTT), Développement des ressources humaines Canada (DRHC) et le Conseil canadien des ressources en ingénierie (CERB) du Conseil canadien des ingénieurs (CCI). Avec la collaboration de toutes les associations et de leurs membres, les résultats du sondage devraient être connus à l'automne de 2002.

D'après un sondage national sur Internet auprès des techniciens et technologues en génie<sup>34</sup>, cette profession est à prédominance masculine (84,5 % à l'échelle nationale), 90 % des membres ont une formation collégiale comme technicien ou technologiste, et plus de 75 % des personnes employées au Canada atlantique ont moins de 45 ans. À l'échelle nationale, les deux tiers font partie de la catégorie d'âge des 26 à 45 ans. Cette catégorie est aussi la plus mobile et connaît le plus haut taux de changements d'emploi. Le Canada atlantique, les provinces des Prairies et la Colombie-Britannique enregistrent les plus hauts taux de mobilité.

Une des principales tendances organisationnelles dans ce groupe de professions est une réallocation considérable du travail des ingénieurs et des métiers spécialisés aux techniciens et technologues en ingénierie, en raison surtout de facteurs technologiques qui facilitent le dépannage et les fonctions d'entretien par des techniciens et des technologues. Cette tendance pourrait accroître la demande de techniciens et technologues qualifiés qui ont une solide formation en mathématiques et qui connaissent divers logiciels techniques. La demande de techniciens et technologues d'équipement médical possédant une excellente connaissance des technologies d'équipe est un autre résultat du sondage : aptitudes à la communication et aux relations interpersonnelles, à la résolution de problèmes et en leadership.

---

<sup>34</sup> Trends in Engineering Work, ARA Consulting Group - Division de KPMG, 1999.

---

## Source des effectifs

Le College of the North Atlantic offre le seul programme au Canada atlantique et est un des quatre programmes au Canada qui préparent les diplômés au marché pour ce groupe de professions. Un programme de trois ans menant à un diplôme en techniques de génie électronique avec axe biomédicale est offert et agréé par le Bureau canadien d'accréditation en technologie relevant du Conseil canadien des techniciens et technologues. Le nombre de diplômés de ce programme varie; toutefois, il est habituellement moins de 10 par année en moyenne.

Un autre moyen d'entrer dans cette profession est de réussir un programme d'électronique régulier au Collège communautaire. Les diplômés de ce programme peuvent toutefois devoir suivre une plus longue formation en cours d'emploi pour bien acquérir les connaissances de la technologie médicale. Le CCNB-Saint-Jean offre un programme de technologie des systèmes d'information électronique en anglais qui donne aux diplômés une base pour travailler dans ce domaine. Cinquante-trois étudiants étaient inscrits en septembre 2002; 27 en première année, 18 en deuxième année et huit en troisième année. Le taux d'attrition est de 58 % et habituellement deux ou trois diplômés par année se joignent à la main-d'œuvre de la technologie d'équipement médical. À un moment donné (1989-1992), le CCNB offrait une option en électronique biomédicale pour ce secteur. Actuellement, un cours facultatif du programme de technologie des systèmes d'information électronique est offert aux étudiants qui s'intéressent à ce domaine. Le programme d'une durée de 80 semaines comporte une option coop Alternance travail-études qui peut prolonger le programme jusqu'à douze mois. Après deux années d'expérience, les diplômés sont admissibles à l'accréditation par la Société des techniciens et des technologues agréés du génie du Nouveau-Brunswick.

## Analyse des données

La base de données d'inventaire comprend 74 techniciens d'équipement médical qui occupent tous un seul emploi. Le statut d'inscription des techniciens d'équipement médical est inconnu.

Une analyse démographique par âge révèle que l'âge moyen des techniciens d'équipement médical est de 39 ans. La plupart (38 ou 51 %) des techniciens d'équipement médical sont dans la catégorie d'âge des moins de 40 ans, 28 (38 %) dans la catégorie d'âge des 40 à 50 ans et 8 (11 %) dans la catégorie d'âge des 50 ans+. Actuellement, 3 (4 %) techniciens d'équipement médical se trouvent dans la zone d'admissibilité à la retraite (55+) et 5 (7 %) en feront partie au cours de la période de prévision de cinq ans. Ainsi, 8 (11 %) techniciens d'équipement médical pourraient prendre leur retraite au cours des cinq prochaines années.

L'analyse par sexe révèle que 71 (96 %) techniciens d'équipement médical sont des hommes. Seulement 2 (3 %) sont des femmes qui ont moins de 40 ans. Le faible potentiel de congés de maternité n'est pas un facteur dans la stabilité de ce groupe au cours de la période de prévision de cinq ans.

La compétence linguistique des membres de ce groupe est inconnue.

Les 74 techniciens d'équipement médical exercent tous leur profession au sein du gouvernement provincial dans le secteur hospitalier. Ils ont tous indiqué « autre » comme leur champ d'exercice.

L'étude des régions sanitaires révèle que la plupart (30 ou 41 %) des 74 techniciens d'équipement médical travaillent dans la Région 1 (11 dans la Région 1SE et 19 dans la Région 1B), 13 (18 %) dans la Région 2, 9 (12 %) dans la Région 6, 8 (11 %) dans la Région 3, 6 (8 %) dans chacune des Régions 4 et 5, et 3 (7 %) dans la Région 7.

---

L'analyse par statut d'emploi révèle que 71 (96 %) postes de techniciens d'équipement médical sont des postes permanents à temps plein et 2 (3 %) sont des postes permanents à temps partiel. Fait intéressant, l'analyse des ÉTP révèle que la moitié des techniciens d'équipement médical travaillent entre 0,76 et 1 ÉTP et l'autre moitié >1 ÉTP, ce qui représente le deuxième taux élevé de la main-d'œuvre en santé du secteur public qui travaillent >1 ÉTP (le premier étant celui des TUM).

### **Analyse de l'écart**

**On estime que la main-d'œuvre des techniciens d'équipement médical connaît actuellement une légère pénurie, et la situation aura atteint un équilibre d'ici la fin de la période de prévision de cinq ans.**

Ces estimations sont basées sur les hypothèses suivantes :

- recrutement de deux nouveaux diplômés par année du programme du CCNB, sans recrutement prévu du programme du College of the North Atlantic de Terre-Neuve;
- aucune autre demande de cette profession du *statu quo*.

En résumé, la main-d'œuvre des technologues et techniciens d'équipement médical est à prédominance masculine (96 %) et constitue un groupe relativement jeune, l'âge moyen étant de 39 ans. La main-d'œuvre travaille uniquement dans le secteur public en milieu hospitalier, et occupe des postes permanents à temps plein (96 %), un pourcentage très élevé (50 %) d'entre eux travaillant plus d'un ÉTP. Cette main-d'œuvre connaît actuellement une faible pénurie qui atteindra une stabilité relative d'ici la fin de la période de prévision, selon l'hypothèse que quelques diplômés remplacent chaque année ceux qui quittent la main-d'œuvre et pourvu qu'il n'y ait pas d'autres demandes imprévues de ces services qui pourraient provenir de nouveaux programmes, etc.

## **5.6.5 Technologues et spécialistes de laboratoire médical**

### **Tendances et enjeux**

Les pénuries actuelles de main-d'œuvre des technologues de laboratoire à l'échelle mondiale sont bien documentées dans un rapport préparé par la Société canadienne de science de laboratoire médical<sup>35</sup> en avril 2001. La réduction de 29 % de la main-d'œuvre des technologues de laboratoire médical entre 1986 et 1997, qui a résulté de la réforme des soins de santé, en plus des réductions des sources des effectifs, a créé une situation vulnérable pour ce groupe de professions. Le rapport révèle qu'à l'échelle nationale, 44,4 % des technologues de laboratoire médical seront admissibles à la retraite d'ici 2015, si l'âge de la retraite est de 55 ans. Cela représente 320 technologues de laboratoire médical au Nouveau-Brunswick ou 52,6 % de la main-d'œuvre actuelle.

---

<sup>35</sup> *Revue nationale des ressources humaines des technologues de laboratoire médical – Une invitation à passer à l'action*, Société canadienne de science de laboratoire médical, avril 2001.

---

La demande de technologues de laboratoire médical est influencée par des facteurs tels le volume accru de nouveaux tests diagnostiques pour les patients hospitalisés et externes qui continuera d'augmenter, en raison en partie des attentes du public. De même, il existe une demande accrue de la part de la population vieillissante et de plus en plus de cas d'une acuité accrue qui exigent des traitements plus rapides et l'obtention des résultats d'analyse dans un délai plus court. Le réaligement des services de laboratoire et l'utilisation de technologies pourraient créer une demande modeste de technologues de laboratoire si les systèmes d'analyse informatisés peuvent être exploités par des aides ou des techniciens, de façon à faire moins appel aux compétences du technologue. La tendance vers un ratio de compétences comprenant un plus grand pourcentage de techniciens par rapport aux technologues se manifesterait surtout dans les plus grands laboratoires où les technologues et les spécialistes sont plus facilement accessibles. Le Nouveau-Brunswick doit envisager de s'adapter à cette tendance, vu la grave pénurie de technologues de laboratoire médical qui est prévue.

Les questions de recrutement et de maintien des effectifs dans ce groupe professionnel sont axées sur le besoin d'une main-d'œuvre souple, qui se traduit par des postes occasionnels et à temps partiel surtout, et sur le besoin de compétences générales par rapport à des compétences spécialisées, au moyen de concepts comme les « laboratoires centraux ». L'absence de postes à temps plein représente pour plusieurs un élément dissuasif. Par ailleurs, en matière de rémunération, Le Nouveau-Brunswick se classe au quatrième rang quant aux recrues dans la profession parmi les provinces de l'Atlantique et troisième pour les travailleurs expérimentés. Bien que les régies régionales de la santé puissent offrir des incitatifs au recrutement, le gouvernement n'offre pas un incitatif financier à ce groupe de professionnel.

Vu les salaires moins compétitifs, un programme de formation des technologues de laboratoire médical dans la province est un facteur relatif à l'offre très positif à long terme. Le Nouveau-Brunswick offre le seul programme du genre dans les provinces Maritimes. Étant donné que les pénuries de main-d'œuvre sont bien documentées et que les stratégies de recrutement dynamique des autres provinces ciblent les étudiants des programmes du Nouveau-Brunswick, la stratégie de recrutement du Nouveau-Brunswick devrait être revue. Le Nouveau-Brunswick devrait aussi saisir l'occasion pour évaluer le contingent des programmes offerts par le CCNB et les programmes conjoints des universités et le CCNB, ainsi que les modèles de prestation de ces services.

### **Source des effectifs**

La réforme de soins de santé entre le début et le milieu des années 90, l'utilisation de nouvelles technologies et la restructuration des laboratoires ont fait chuter le nombre de technologues de laboratoire médical dans le système de soins de santé au Canada. En 1993, 752 étudiants étaient inscrits aux 21 programmes de technologues de laboratoire médical offerts à l'extérieur du Québec. En 1998, le nombre de programmes est passé à huit, avec 164 étudiants inscrits.<sup>36</sup> Aucun changement n'est survenu au Québec pendant cette période, qui a produit un peu moins de 200 diplômés par année. Actuellement, 10 cégeps et collèges au Québec offrent les programmes de technologie de laboratoire médical de trois ans. Aucun programme n'est offert en Nouvelle-Écosse, à l'Île-du-Prince-Édouard ou au Manitoba. Ces chiffres montrent les défis que comporte la formation de nouveaux technologues de laboratoire médical à court, à moyen terme et à long terme, en l'absence de toute intervention.

---

<sup>36</sup> *Analyse de la conjoncture des questions liées aux ressources humaines qui touchent les technologues de laboratoire médical et les technologues en radiation médicale*, préparée par Stratégies en évaluation, mars 1999.

---

Cette situation est davantage aggravée par la décision de la Société canadienne de science de laboratoire médical d'exiger un diplôme universitaire comme une condition d'admission à la profession d'ici 2010. On prévoit que cette exigence créera un écart de deux à trois ans pour les diplômés. Une autre préoccupation est que 22 % des technologues de laboratoire médical seront admissibles à la retraite au cours de la période de prévision de cinq ans. Vu ces facteurs, les inscriptions actuelles ne suffisent pas pour reconstituer la main-d'œuvre.

Un diplôme est actuellement requis pour exercer la profession comme technologue de laboratoire médical. Au Canada atlantique, la formation au niveau du diplôme est offerte par le collège communautaire du Nouveau-Brunswick (CCNB) et le College of the North Atlantic de Terre-Neuve. Le contingent du programme en anglais au CCNB-Saint-Jean est actuellement de 20 étudiants. En septembre 2002, 37 étudiants étaient inscrits à ce programme de 89 semaines, dont 32 étudiants du Nouveau-Brunswick (17 en première année et 15 en deuxième année). Le CCNB a conclu une entente avec la Nouvelle-Écosse qui réserve cinq des 20 places disponibles aux étudiants de cette province, qui n'offre plus la formation. La demande de ce programme augmente, selon le CCNB, en raison surtout de la demande accrue du marché pour des diplômés et des retraites prévues. Le taux d'attrition de ce programme est toutefois élevé, il est d'environ 50 % au cours de certaines années. Afin de résoudre cette situation, le CCNB envisage de modifier les critères d'admission pour exiger une année complète en sciences à l'université. La demande d'inscription au programme est élevée; elle est de trois personnes par place au CCNB.

Le campus de l'Université du Nouveau-Brunswick à Fredericton offre un programme de baccalauréat en sciences de laboratoire médical. Ce programme, qui existe depuis six ans, accepte chaque année jusqu'à 10 étudiants du programme articulé du CCNB-Saint-Jean. En 2001, trois étudiants ont obtenu leur diplôme de ce programme, ce qui représente un taux d'attrition de 70 %, attribuable en partie aux critères d'admission au programme du baccalauréat qui sont moins rigoureux pour les étudiants adultes ayant obtenu un diplôme. Deux autres étudiants devraient recevoir leur diplôme du programme de l'Université du Nouveau-Brunswick en 2002 et trois en 2003. L'UNB prévoit que six étudiants recevront leur diplôme par année par après.

Un programme de partenariat en français entre le CCNB-Campbellton, l'Université de Moncton et la Régie de santé Beauséjour de la région 1 compte 12 étudiants inscrits à temps plein en 2002, six en deuxième et en troisième année du programme de quatre ans. Il n'y a aucune inscription à temps plein pour la quatrième année du programme car les étudiants quittent normalement avec un diplôme le CCNB après trois ans et poursuivent leurs études à temps partiel.

Le programme de technologue de laboratoire médical de trois ans offert par le College of the North Atlantic de Terre-Neuve comprend un programme de base en première année avec d'autres étudiants en technologie de la santé. En deuxième année, les étudiants présentent une demande d'admission au programme qui peut accueillir 29 étudiants. En septembre 2002, 29 étudiants étaient inscrits en deuxième année et 19 en troisième année. Actuellement, aucun étudiant du Nouveau-Brunswick n'est inscrit à ce programme.

La Société canadienne de science de laboratoire médical (SCSLM) est l'organisme d'accréditation et l'association professionnelle des technologues de laboratoire médical au Canada. Les technologues qui réussissent les programmes peuvent se présenter à l'examen d'accréditation général national. La SCSLM offre aussi des examens d'agrément en génétique et cytologie diagnostique. L'accréditation à un niveau plus élevé reconnaît le niveau et le degré des connaissances requises et confère aux personnes les compétences pour accéder à des postes cadres comme spécialistes de laboratoire médical.

---

## Analyse des données

La base de données d'inventaire comprend 653 technologues de laboratoire médical dont 644 occupent 653 emplois (un employé peut occuper plusieurs emplois).

Le statut d'inscription des 653 technologues de laboratoire médical est comme suit : 646 (99 %) sont actifs, 3 (moins de 1 %) sont inactifs et 4 (1 %) ont pris leur retraite.

L'analyse démographique par âge révèle que l'âge moyen des technologues de laboratoire médical est de 42 ans. La plupart (258 ou 40 %) des technologues de laboratoire médical sont dans la catégorie d'âge des 40 ans et moins, 243 (37 %) sont dans la catégorie d'âge des 40 à 50 ans et 148 (23 %) sont dans la catégorie d'âge des 50 ans+. À part les quatre personnes qui ont indiqué avoir pris leur retraite, 10 % des technologues de laboratoire médical se trouvent actuellement dans la zone d'admissibilité à la retraite (55+) et 81 (12 %) en feront partie au cours de la période de prévision de cinq ans. En plus de ceux qui ont indiqué sur leur formulaire d'inscription qu'ils étaient inactifs et avaient plus de 55 ans, 144 technologues pourraient prendre leur retraite au cours des cinq prochaines années, soit 22 % de la main-d'œuvre des technologues de laboratoire médical.

L'analyse par sexe révèle que 593 (91 %) technologues de laboratoire médical sont des femmes et que 224 (34 %) d'entre elles ont moins de 40 ans et sont considérées comme en âge de procréer. Cette statistique est importante dans la planification des effectifs, vu que les employées ont la possibilité de prendre un congé de maternité d'un an et vu les difficultés que cela comporte pour pourvoir les postes temporaires.

L'étude de la compétence linguistique révèle que la plupart (350 ou 54 %) des technologues de laboratoire médical ont des compétences linguistiques en anglais seulement, 293 (45 %) ont des compétences linguistiques en anglais et en français, et 10 (2 %) ont des compétences linguistiques en français seulement. Le tableau 7 fournit une analyse de la compétence linguistique par région des technologues de laboratoire médical à l'intérieur de la profession. Les chiffres entre parenthèses indiquent le pourcentage de tous les technologues de laboratoire médical dans la région sanitaire dont la compétence linguistique est précisée.

**Tableau 7 – Technologues de laboratoire médical**

<b>Technologues de laboratoire médical</b>	<b>Anglais</b>	<b>Français</b>	<b>Anglais et français</b>	<b>Total de région dans la profession</b>
Région 1	55 (36 %)	1 (1 %)	97 (63 %)	153
Région 2	142 (77 %)		42 (23 %)	184
Région 3	117 (85 %)		20 (15 %)	137
Région 4	1 (3 %)	3 (8 %)	36 (92 %)	39
Région 5	6 (18 %)		28 (82 %)	34
Région 6	4 (6 %)	6 (9 %)	56 (85 %)	66
Région 7	19 (68 %)		9 (32 %)	28
Région inconnue	3 (100 %)			3
<b>Total des TLM</b>	<b>346 (54 %)</b>	<b>10 (2 %)</b>	<b>288 (45 %)</b>	<b>644</b>

Des 644 technologues de laboratoire médical, 598 (93 %) travaillent pour le gouvernement provincial, qui comprend le ministère de la Santé et du Mieux-être, les Services familiaux et communautaires, et les régies régionales de la santé, 12 (2 %) dans le secteur privé, 12 (2 %) dans un autre service du gouvernement provincial et 22 (3 %) dans un secteur « autre » qui comprend des postes à l'extérieur de la province.

L'analyse des régions sanitaires révèle que la plupart (184 ou 29 %) des 644 technologues de laboratoire médical travaillent dans la Région 2, 153 (24 %) dans la Région 1 (85 dans la Région 1SE et 68 dans la Région 1B), 137 (21 %) dans la Région 3, 39 (6 %) dans la Région 4, 34 (5 %) dans la Région 5, 66 (10 %) dans la Région 6 et 26 (4 %) dans la Région 7. La région sanitaire de trois (moins de 1 %) technologues de laboratoire médical est inconnue.

L'analyse par secteur de santé révèle que 601 (92 %) des 653 postes de technologues de laboratoire médical sont dans le secteur hospitalier, 25 (4 %) dans le secteur défini comme « autre », et 12 (2 %) dans chacun des secteurs universitaire et privé. D'un point de vue plus détaillé, 521 (81 %) des 644 technologues de laboratoire médical travaillent dans un domaine de pratique clinique, 96 (15 %) sont en gestion, 1 % sont dans le secteur de la formation, 1 % sont en recherche et 15 (2 %) ont indiqué autre ou inconnu comme champ d'exercice.

L'analyse par statut d'emploi révèle que la plupart (416 ou 64 %) des 653 postes de technologue de laboratoire médical sont des postes permanents à temps plein, 121 (19 %) sont des postes permanents à temps partiel, 90 (14 %) sont des postes occasionnels et 25 (4 %) sont des postes temporaires permanents. Les données sur les équivalents à temps plein donnent un aperçu du temps travaillé par cette main-d'œuvre. La plupart des technologues de laboratoire médical travaillent entre 0,76 et 1 ÉTP, 20 % travaillent >1 ÉTP, 6 % travaillent entre 0,26 et 0,50 ÉTP, et entre 0,51 à 0,76 ÉTP, et 3 % travaillent <0,25 ÉTP.

Le statut professionnel est établi en fonction des 653 personnes qui sont des technologues de laboratoire médical. De ce nombre, 644 (99 %) exercent leur profession et 3 ont indiqué être sans emploi et chercher un emploi comme technologue de laboratoire médical. Le statut professionnel de 6 (1 %) technologues est inconnu.

---

## Analyse de l'écart

**Vu les facteurs relatifs à l'offre et à la demande présentés ci-dessus, le modèle de prévision prévoit une pénurie de technologues de laboratoire médical allant d'un peu moins de 30 actuellement à plus de 120 d'ici 2007.**

Ces chiffres sont basés sur l'information suivante :

- recrutement entre 85 et 90 % des diplômés des trois programmes offerts au Nouveau-Brunswick (Université du Nouveau-Brunswick, CCNB-Saint-Jean et CCNB-Campbellton/Université de Moncton).

Ces estimations sont aussi basées sur l'information relative à la demande qui a été fournie par les professionnels ayant participé au groupe de discussion dans le cadre de cet exercice :

- connaissance accrue du public et demande accrue d'analyses,
- niveaux d'acuité accrus dans les hôpitaux et par conséquent plus d'analyses.

En résumé, la main-d'œuvre des technologues de laboratoire médical est à prédominance féminine (90 %), l'âge moyen étant de 42 ans; ce groupe compte un pourcentage modeste de membres bilingues (45 %) et occupe surtout des postes permanents à temps plein ou permanents à temps partiel (83 %), surtout dans le secteur hospitalier (92 %). Près de 20 % des technologues de laboratoire médical travaillent plus d'un ÉTP. Les sources des effectifs locales sont les trois programmes du Nouveau-Brunswick offerts aux niveaux collégial et universitaire, en anglais et en français. Ce groupe professionnel connaît actuellement une faible pénurie, qui augmentera de 15 % au cours de la période de prévision de cinq ans. L'analyse par catégorie d'âge de cette main-d'œuvre révèle une tendance vers une pénurie beaucoup plus grave dans la période subséquente de cinq à dix ans. L'adoption de la technologie pourrait réduire les hausses prévues de la demande d'analyses, en raison des attentes du public et de l'acuité accrue. Le Nouveau-Brunswick est la seule source d'effectifs de ce groupe pour les provinces Maritimes. Le gouvernement devrait donc revoir le nombre de places et sa situation concurrentielle pour assurer une reconstitution de la main-d'œuvre suffisante. Les prévisions de retraite nécessitent aussi une planification de la relève qui ajoute progressivement de nouveaux postes à la main-d'œuvre pour éviter les écarts dans les services.

### **5.6.6 Technologues en radiation médicale et radiothérapeutes (médecine nucléaire, radiologie diagnostique, IRM, radiothérapie et dosimétrie)**

Les technologues en radiation médicale (TRM) sont réglementés par une loi provinciale qui contrôle le droit d'exercer cette profession. Pour exercer au Nouveau-Brunswick, les TRM doivent être inscrits auprès de l'ACTRM et de la Division du Nouveau-Brunswick de l'ACTRM. L'Association représente quatre disciplines :

- technologues en radiologie, représentant 80 % de la main-d'œuvre de TRM au Nouveau-Brunswick,
- technologues en radiothérapie, y compris la dosimétrie, représentant 9 % de la main-d'œuvre des TRM au Nouveau-Brunswick,
- technologues en médecine nucléaire, représentant 9 % de la main-d'œuvre des TRM au Nouveau-Brunswick,
- technologues en résonance magnétique, représentant 2 % de la main-d'œuvre des TRM au Nouveau-Brunswick.

---

Les membres peuvent être inscrits dans plus d'une discipline.

L'étude du profil de formation de ce groupe professionnel révèle que 68 % des TRM suivent leur formation au Nouveau-Brunswick et que 17 % des membres de la Division du Nouveau-Brunswick de l'ACTRM possèdent un diplôme.<sup>37</sup>

### **Tendances et enjeux**

Des programmes de formation de plus longue durée, la vive concurrence à l'échelle nationale pour des technologues compétents et une stratégie nationale dynamique de lutte contre le cancer sont tous des facteurs qui contribuent à une demande accrue pour ce groupe professionnel de la santé.

En 2005, il faudra posséder un baccalauréat pour être admissible à l'examen de l'Association canadienne des technologues en radiation médicale (ACTRM). À compter de 2001, le programme de formation des technologues en radiation médicale sera de quatre ans. La position du gouvernement du Nouveau-Brunswick est semblable à celle des autres gouvernements des provinces Maritimes. Tout programme de formation en santé qui peut être offert au niveau du baccalauréat doit permettre de quitter avec un diplôme. Le Nouveau-Brunswick n'exige pas, pour le moment, un diplôme pour un emploi dans ce domaine; toutefois, il existe une tendance nationale vers un baccalauréat comme critère minimal d'admission à la profession. La date limite de la mise en oeuvre du diplôme comme critère d'admission à la profession a été repoussée en Ontario car les collèges et les universités ont indiqué qu'ils ne pouvaient pas offrir des programmes articulés à temps pour respecter la date limite de 2005 établie par l'ACTRM.

Quant aux besoins futurs en matière de ressources pour les radiothérapeutes en particulier, la mise en oeuvre d'une nouvelle stratégie relative au programme des services de lutte contre le cancer au Nouveau-Brunswick nécessitera un nombre encore non déterminé de nouveaux professionnels des soins de santé en oncologie. Vu cette demande, le paragraphe suivant fait ressortir les enjeux concernant les technologues en radiation médicale, ou la radiothérapie comme une spécialité de TRM, qui devront être pris en compte lorsque le Nouveau-Brunswick finalisera le plan fonctionnel et l'analyse des répercussions sur les ressources humaines associées à cette nouvelle stratégie de lutte contre le cancer.

Il existe actuellement une pénurie nationale dans le groupe des radiothérapeutes, qui sont environ 1 000 au Canada.<sup>38</sup> Selon un rapport récent du Groupe de travail sur la planification des ressources humaines de la Stratégie canadienne de lutte contre le cancer<sup>39</sup>, ce n'est pas la première fois qu'il existe une pénurie de radiothérapeutes dans les soins de santé au Canada. Au cours des 25 dernières années, le Canada a connu trois crises par rapport à l'offre de radiothérapeutes, causées surtout par l'expansion des services (de nouveaux sites ou des heures prolongées en raison d'une demande accrue), des taux d'attrition élevés chez les thérapeutes et une sous-utilisation de la capacité de formation des écoles de formation en radiothérapie. Vu que les radiothérapeutes sont peu nombreux, tout problème d'offre a un impact considérable. La dosimétrie est une spécialité de la main-d'œuvre des radiothérapeutes et tout comme les

---

<sup>37</sup> Profil démographique, Division du Nouveau-Brunswick de l'ACTRM, avril 2002.

<sup>38</sup> *Human Resource Planning Issues Affecting Radiation Therapists*, Canadian Journal of Medical Radiation Technology, été 2000.

<sup>39</sup> *Rapport du Groupe de travail sur la planification des ressources humaines de la Stratégie canadienne de lutte contre le cancer*, le 21 février 2000.

---

radiothérapeutes, les dosimétristes sont très en demande au Canada et aux États-Unis. La main-d'œuvre peu nombreuse en dosimétrie du Nouveau-Brunswick (quatre personnes) court un grand risque si elle perd un de ses membres. Le milieu actuel fait ressortir ce risque car les États-Unis recrutent activement des dosimétristes pour travailler à divers titres, surtout dans un rôle consultatif. Le Nouveau-Brunswick a perdu des dosimétristes aux États-Unis au cours des dernières années.

### **Source des effectifs**

La main-d'œuvre de TRM au Nouveau-Brunswick provient de divers programmes, dont certains offrent une première année d'études générales suivie par des cours propres à la discipline et d'autres programmes propres à la discipline.

Au Nouveau-Brunswick, le CCNB-Campbellton a conclu une entente avec le cégep de Sainte-Foy, au Québec, en vertu de laquelle ce dernier lui réserve quatre places dans son programme de technologie de radio-oncologie en français de trois ans. Actuellement, neuf étudiants du Nouveau-Brunswick sont inscrits à ce programme, deux en première et en troisième années, et cinq en deuxième année du programme qui est une source possible de la main-d'œuvre en radiothérapie.

Le programme de baccalauréat en sciences de la santé offert conjointement par l'UNBSJ, le CCNB et des hôpitaux régionaux désignés a été modifié pour 2002. Le programme est mieux intégré et oriente les étudiants vers le baccalauréat comme critère d'admission à la profession d'ici 2005. Ce nouveau modèle de prestation pose un défi toutefois pour les étudiants qui peuvent vouloir obtenir un diplôme après trois ans. Les cours de spécialité offerts comprennent la technologie de la radiation, la radiothérapie, la médecine nucléaire et la technologie respiratoire. Il faut faire une année de crédits en sciences générales au niveau du premier cycle pour être admis par l'organisme partenaire à la deuxième année de ce programme de quatre ans menant à un diplôme. Six étudiants sont inscrits en deuxième année et cinq étudiants en troisième année, en plus de neuf étudiants à temps partiel en quatrième année à des cours de technologie de la radiation. Un seul étudiant est inscrit en deuxième année du programme de radiothérapie. Aucun étudiant n'est inscrit en troisième et en quatrième année. La médecine nucléaire compte deux étudiants en deuxième année, un étudiant en troisième année et un étudiant à temps partiel en quatrième année.

L'Université de Moncton et le CCNB-Campbellton collaborent à la prestation d'un baccalauréat ès sciences en techniques radiologiques de quatre ans. Les diplômés se joignent à la main-d'œuvre des technologues en radiation. Les placements cliniques sont faits en affiliation avec l'Hôpital D' Georges-L. Dumont de Moncton (Régie régionale de la santé Beauséjour, Région 1). Ce programme commence par une année de crédits en sciences à l'université suivie de deux années d'études cliniques et pédagogiques, après quoi les étudiants peuvent poursuivre une quatrième année de crédits universitaires ou quitter le programme avec un diplôme du CCNB. Actuellement, six étudiants sont inscrits en deuxième année du programme et cinq étudiants en troisième année. Il n'y a aucun étudiant en quatrième année actuellement car ceux qui ont terminé la troisième année du programme en avril 2002 répondaient aussi aux exigences pour l'obtention d'un diplôme, ayant déjà obtenus des crédits à l'université. En 2000, des diplômes ont été décernés aux cinq premiers étudiants qui ont terminé le programme, six autres étudiants ont obtenu leur diplôme en 2001 et 2002. Les étudiants peuvent encore quitter le programme avec un diplôme après trois ans jusqu'en 2005, lorsque la profession exigera un diplôme pour être admissible à l'examen d'agrément national de l'ACTRM. Avant ce programme, les étudiants du Nouveau-Brunswick devaient suivre un programme de trois ans au cégep du Québec à Rimouski, dans le cadre d'une entente avec le CCNB qui garantissait quatre places aux étudiants du Nouveau-Brunswick.

À l'extérieur du Canada atlantique, le British Columbia Institute of Technology (BCIT), le Red River College/CancerCare Manitoba, l'Institut Michener de l'Université de Toronto et deux autres cégeps au

---

Québec (Ahuntsic et Dawson) sont les principales sources des effectifs au Canada pour ce groupe de professions.

Le baccalauréat ès sciences en radiologie de l'Institut Michener et de l'Université de Toronto comprend trois axes de spécialité. Le contingent à l'axe de technologie de radiologie est passé de 40 à 25 places et celui de la médecine nucléaire, de 40 à 30. L'axe de radiothérapie de ce programme menant à un diplôme comprend encore 75 places par année, un étudiant du Nouveau-Brunswick étant inscrit en première année en septembre 2002. Le taux d'attrition de ce programme est en moyenne de 10 %. On peut obtenir un diplôme en sciences de la santé de ce programme après trois ans. En septembre 2002, les critères d'admission au programme ont été modifiés. Les étudiants doivent maintenant suivre une année de sciences à l'université, alors qu'avant ils devaient suivre deux ans de cours universitaires. D'après les ententes de financement du programme de baccalauréat ès sciences en radiation, la préférence est accordée aux résidents de l'Ontario, et ensuite aux provinces avec lesquelles des ententes officielles ont été conclues. Le Nouveau-Brunswick n'a pas d'entente lui garantissant des places dans ce programme et aucun étudiant du Nouveau-Brunswick n'est inscrit en première année du programme ni en médecine nucléaire ni en technologie de la radiologie. (La Nouvelle-Écosse et Terre-Neuve ont des contrats avec l'Institut Michener et l'Université de Toronto leur garantissant deux places et des étudiants de la Nouvelle-Écosse ont terminé l'aspect théorique du programme au cours des trois dernières années.) Le nombre limite d'inscription dépend de l'accès aux placements cliniques, qui a habituellement lieu dans la province d'origine des étudiants de l'extérieur.

Pour les praticiens qui désirent réintégrer la main-d'œuvre, des programmes de recyclage sont maintenant offerts dans le cadre de programmes de formation particuliers. Ils ne sont pas coordonnés par la Division du Nouveau-Brunswick de l'ACTRM.

Quant à l'offre de radiothérapeutes, le Nouveau-Brunswick ne produit pas un nombre suffisant de diplômés et n'a pas d'entente avec d'autres établissements garantissant un nombre adéquat de thérapeutes afin de répondre aux besoins des Néo-Brunswickois en matière de soins de santé au cours des cinq prochaines années.

La compétition pour ces diplômés est vive, plusieurs ayant signé, avant de recevoir leur diplôme, des offres d'emploi qui comprennent des incitatifs financiers de recrutement et de maintien en poste offerts par plusieurs provinces, y compris certaines régies régionales de la santé du Nouveau-Brunswick. Le Nouveau-Brunswick demeure un peu moins compétitif que les autres provinces de l'Atlantique au niveau d'admission à la profession ainsi que pour les thérapeutes expérimentés. L'écart salarial entre les thérapeutes expérimentés n'est pas aussi considérable que celui pour les recrues. Le gouvernement du Nouveau-Brunswick offre actuellement une prime à la signature de 10 000 \$ comme un incitatif au recrutement pour ces praticiens rares.

Pour devenir dosimétriste, il faut être qualifié comme radiothérapeute et travailler dans le domaine de spécialité de la dosimétrie. Après deux années d'expérience de travail en dosimétrie, une personne est admissible à l'examen d'agrément américain. Les dosimétristes travaillent dans le service de physique médicale et pour être ainsi désignés, ils doivent être admissibles à l'examen d'agrément américain. Les discussions se poursuivent sur la préparation d'un examen d'agrément canadien.

### **Analyse des données**

La base de données d'inventaire comprend 463 technologues en radiation médicale (y compris quatre dosimétristes, 42 spécialistes de médecine nucléaire, 30 radiothérapeutes) dont 440 occupent 441 emplois (un employé peut occuper plusieurs emplois). Le statut d'inscription des 463 TRM est

---

comme suit : 455 (98 %) sont actifs, 1 (moins de 1 %) est inactif et 3 (1 %) ont pris leur retraite. Le statut d'inscription des 4 autres (1 %) est inconnu.

L'analyse démographique par âge révèle que l'âge moyen des TRM est de 40 ans. La plupart (237 ou 47 %) des TRM sont dans la catégorie d'âge des 40 ans et moins, 104 (22 %) sont dans la catégorie d'âge des 40 à 50 ans et 89 (19 %) sont dans la catégorie d'âge de 50 ans+. L'âge de 53 (11 %) TRM est inconnu. À part les trois personnes qui ont indiqué être à la retraite, 32 (7 %) TRM se trouvent actuellement dans la zone d'admissibilité à la retraite (55+) et 54 (12 %) en feront partie au cours de la période de prévision de cinq ans. Ainsi, 86 TRM pourraient prendre leur retraite au cours des cinq prochaines années, ce qui représente 19 % de la main-d'œuvre des TRM.

L'analyse par sexe révèle que 393 TRM sont des femmes (85 %) et que 180 (39 %) d'entre elles ont moins de 40 ans et sont considérées comme en âge de procréer. Cette statistique est importante pour la planification des effectifs, vu que les employées peuvent prendre un congé de maternité d'un an et vu les difficultés que cela comporte pour pourvoir les postes temporaires.

La compétence linguistique de la main-d'œuvre des TRM n'a pas été indiquée.

Des 440 TRM, 437 (99 %) travaillent pour le gouvernement provincial, qui comprend le ministère de la Santé et du Mieux-être, les Services familiaux et communautaires, et les régies régionales de la santé.

L'analyse des régions sanitaires révèle que la plupart (126 ou 29 %) des 440 TRM sont dans la Région 2, 116 (26 %) dans la Région 1 (55 dans la Région 1SE et 61 dans la Région 1B), 74 (17 %) dans la Région 3, 44 (10 %) dans la Région 6, 34 (8 %) dans la Région 4, 23 (5 %) dans la Région 7 et 18 (4 %) dans la Région 5.

Comme prévu, l'analyse par secteur de la santé a révélé que la plupart (429 ou 98 %) des 440 postes de TRM sont dans le secteur hospitalier et 8 (2 %) sont dans un centre de santé communautaire. D'un point de vue plus détaillé, 430 (98 %) des 441 TRM travaillent dans un domaine de pratique clinique, et 1 % chacun sont en gestion et en éducation.

L'analyse par statut d'emploi révèle que la plupart (285 ou 65 %) des 441 postes de TRM sont des postes permanents à temps plein, 99 (22 %) sont des postes permanents à temps partiel et 53 (12 %) sont des postes occasionnels. Un peu plus de 50 % de ce groupe du secteur public exclusivement travaillent entre 0,76 et 1 ÉTP, 33 % travaillent >1 ÉTP, 7 % travaillent entre 0,51 et 0,76 ÉTP, 6 % travaillent entre 0,26 et 0,50 ÉTP, et 2 % travaillent <0,25 ÉTP.

Le statut professionnel est établi en fonction des 463 personnes dont 439 (95 %) exercent leur profession. Quinze ont indiqué être employés à l'extérieur de leur profession mais on ne sait pas s'ils cherchent du travail dans leur profession et 3 (1 %) ont pris leur retraite. Le statut professionnel de 6 (1 %) TRM est inconnu.

Quatre dosimétristes font partie du nombre total de TRM figurant dans la base de données de l'inventaire. Toutefois, vu que ce groupe est peu nombreux et pour des raisons de protection des renseignements privés, l'information démographique n'est pas fournie dans le présent rapport. Pour la planification en vue des départs à la retraite, on peut indiquer qu'aucun des dosimétristes dans la base de données ne devrait atteindre la zone d'admissibilité à la retraite de 55 ans+ au cours de la période de prévision de cinq ans.

---

## **Analyse de l'écart – Technologues en radiation médicale (ne comprennent pas les thérapeutes et les dosimétristes)**

**La main-d'œuvre de la technologie en radiation médicale connaît actuellement une faible pénurie de moins de 10 travailleurs, qui s'intensifiera considérablement au cours de la période de prévision de cinq ans pour atteindre plus de 80 TRM d'ici 2007.**

Ces estimations sont basées sur les hypothèses suivantes :

- recrutement de 90 % des diplômés des trois programmes de formation du Nouveau-Brunswick (CCNB/U de M, CCNB/UNBSJ et CCNB/Cégep de Sainte-Foy), qui équivaut à une moyenne de 13 TRM par année en 2004, 2005, 2006 et 2007.

De plus, le groupe de discussion formé pour cette profession a déterminé que les facteurs relatifs à l'offre et à la demande suivants auront un impact sur la main-d'œuvre au cours de la période de cinq ans :

- la concurrence pour cette profession venant des autres provinces et des États-Unis a un impact négatif sur l'offre;
- les connaissances du public et l'accroissement de la demande d'analyses, ainsi que le niveau d'acuité plus élevé des patients à l'hôpital ont un impact positif sur la demande de services;
- le diplôme comme critère d'admission à la profession d'ici 2005 est perçu négativement pour l'offre de cette profession.

## **Analyse de l'écart – Radiothérapeutes**

**Cette profession pourrait connaître actuellement une pénurie d'environ cinq radiothérapeutes (17 % de l'offre actuelle), l'écart se creusant légèrement au cours de la période de prévision, pour atteindre une pénurie de sept travailleurs d'ici 2007.**

Ces estimations sont basées sur l'information et les hypothèses suivantes :

- recrutement de trois radiothérapeutes par année, en moyenne, des deux programmes au Nouveau-Brunswick (CCNB/UNBSJ et CCNB/CEGEP), au cours de la période de prévision de cinq ans;
- mise en oeuvre d'un programme de lutte contre le cancer au Nouveau-Brunswick incluse dans une estimation modeste de la demande pour cette profession (vers les années 2004 à 2007), bien qu'il soit reconnu qu'un plan de mise en oeuvre du programme n'est pas établi.

Un groupe de discussion constitué pour cette profession a aussi cerné les facteurs relatifs à l'offre et à la demande qui sont perçus comme ayant un impact sur ce groupe et qui font donc partie des résultats du modèle :

- la concurrence pour cette profession venant des autres provinces et des États-Unis a un impact négatif sur l'offre;
- la prime à la signature de 10 000 \$ offerte par le Nouveau-Brunswick a un impact positif sur l'offre (recrutement). On suppose qu'elle sera maintenue au cours de la période de prévision;
- le taux de roulement élevé et l'épuisement professionnel des membres de ce groupe sont des facteurs négatifs sur l'offre (maintien en poste);

- 
- les connaissances accrues du public et l'accroissement de la demande d'analyses ainsi que le niveau d'acuité plus élevé des patients à l'hôpital ont un impact positif sur la demande de ces services.

En résumé, la main-d'œuvre en thérapie et technologie de radiation médicale (qui comprend aussi la dosimétrie, la médecine nucléaire et l'IRM) est à prédominance féminine (85 %), l'âge moyen étant 40 ans. Ce groupe travaille presque exclusivement en milieu hospitalier (98 %), sur une base permanente à temps plein ou permanente à temps partiel (87 %). Près de 33 % de la main-d'œuvre travaille plus d'un ÉTP. On prévoit, en général, une forte demande des travailleurs de toutes les spécialités du groupe de TRM au cours de la période de prévision et par après, en raison des connaissances et des demandes accrues du public, de l'acuité plus élevée des patients à l'hôpital et de la concurrence venant de l'extérieur du Nouveau-Brunswick pour les nouveaux diplômés dans ces domaines.

On connaît actuellement une faible pénurie dans le groupe des technologues en radiation médicale de cette main-d'œuvre, (y compris en médecine nucléaire). Cette pénurie augmente, au cours de la période de prévision, à un niveau important d'ici 2007.

Le groupe des radiothérapeutes connaît actuellement une faible pénurie qui persistera au cours de la période de prévision. Toutefois, cette estimation tient uniquement compte des efforts de recrutement modeste des programmes du Nouveau-Brunswick. Une demande accrue découlant de la mise en oeuvre d'un nouveau programme de services de lutte contre le cancer au Nouveau-Brunswick, élaboré par le ministère de la Santé et du Mieux-être, pourrait avoir un grand impact positif sur la demande des radiothérapeutes et créer une pénurie de ces professionnels dépassant le niveau prévu dans le présent scénario.

Les dosimétristes sont un groupe de radiothérapeutes très spécialisés qui sont très recherchés au Canada et aux États-Unis. Ils sont à risque, vu leur faible nombre dans la province et les efforts de recrutement intenses faits actuellement par les États-Unis.

### 5.6.7 Technologues en inhalothérapie et inhalothérapeutes

#### Tendances et enjeux

De 1998 à 2002, le marché du travail des technologues en inhalothérapie et des inhalothérapeutes a grandement changé. Alors que c'était auparavant les technologues en inhalothérapie qui avaient de la difficulté à trouver un emploi, ce sont maintenant les services de thérapie respiratoire qui ont de la difficulté à trouver des candidats pour pourvoir les postes vacants. Depuis quelques années, les écoles de thérapie respiratoire signalent un faible nombre d'inscriptions et un taux d'abandon moyen d'environ 28 %.<sup>40</sup>

Quant à la demande relative de l'inhalothérapie, le segment des personnes de plus de 75 ans est celui qui augmente le plus. Au Nouveau-Brunswick, ce pourcentage de la population devrait augmenter de près de 8 % au cours de la période de prévision de cinq ans. Les principaux groupes liés à l'âge et à la maladie

---

<sup>40</sup> Miriam Sobel, Patrick Litwin, Cliff Seville et Cheryl Homuth, *The Coming RT Shortage*, hiver 2000, Société canadienne des thérapeutes respiratoires, page 38.

---

associés à une population âgée comprennent les défaillances cardiaques, les pneumonies et les pleurésies. Les principales causes de décès sont le cancer, (le taux de mortalité le plus élevé étant associé au cancer du poumon), les maladies cardiaques et cardiovasculaires, les pneumonies et la grippe.<sup>41</sup> Puisque la plupart de ces maladies nécessitent l'intervention d'experts en thérapie respiratoire, la demande d'inhalothérapeutes devrait augmenter à mesure que la population vieillit.

Dans le contexte néo-brunswickois, il a été mentionné dans un groupe de discussion des inhalothérapeutes que la concurrence de l'extérieur du Nouveau-Brunswick a un impact négatif considérable sur l'offre des travailleurs dans la province. Par exemple, six des 11 diplômés en inhalothérapie au Nouveau-Brunswick, l'an dernier, ont quitté la province pour aller travailler ailleurs. Les compétiteurs offrent des primes à la signature, paient les prêts étudiants et offrent un salaire beaucoup plus élevé que celui offert par les employeurs du Nouveau-Brunswick.

Quant à la charge de travail de la main-d'œuvre en inhalothérapie actuelle au Nouveau-Brunswick, le groupe de discussion a signalé que le projet provincial actuel visant à recueillir des données détaillées sur la charge de travail individuelle nuisait considérablement à la productivité clinique et au temps consacré au patient, ce qui a un impact négatif sur la qualité de vie professionnelle de la main-d'œuvre actuelle. De plus, l'acuité des patients augmente, ce qui équivaut à plus de temps consacré aux patients et plus d'analyses et de thérapies exigées par la main-d'œuvre actuelle.

### **Source des effectifs**

Le CCNB-Campbellton avait un contrat avec le Cégep de Sainte-Foy de Québec qui, lui, garantissait quatre places dans le programme de techniques d'inhalothérapie de trois ans. Ce contrat a été annulé et il n'y aura aucun étudiant du Nouveau-Brunswick en 2002. Toutefois, un étudiant inscrit en troisième année de ce programme et trois étudiants en deuxième année poursuivront le programme et recevront leur diplôme en 2003 et 2004 respectivement. Les diplômés de ce programme ne sont pas admissibles à l'accréditation nationale, ce qui a été le facteur ayant mené à l'annulation de ce contrat. Les discussions sont en cours avec le CCNB-Campbellton, l'Université de Moncton et la régie régionale Beauséjour concernant l'élaboration d'un programme d'inhalothérapie au Nouveau-Brunswick en 2003. Aucun détail n'était disponible sur le nombre d'étudiants qui seront admis à ce programme.

Le CCNB-Saint-Jean offre un programme d'inhalothérapie de 97 semaines menant à un diplôme. Actuellement, 27 étudiants sont inscrits au programme dont 12 sont des étudiants du Nouveau-Brunswick en première année et 13 en deuxième année.

L'Université du Nouveau-Brunswick offre un baccalauréat en sciences de la santé de quatre ans, en collaboration avec le CCNB-Saint-Jean à l'Hôpital régional de Saint-Jean. Douze étudiants sont inscrits au programme : sept en deuxième année, un en troisième année et quatre à temps partiel en quatrième année. Le taux d'attrition de ce programme est de 15 %. Pour être admissibles au programme menant à un diplôme, les étudiants doivent avoir terminé une année d'université et être acceptés par le CCNB. Les étudiants peuvent quitter le programme avec diplôme après trois ans et les étudiants qui désirent poursuivre leurs études s'inscrivent surtout à temps partiel.

L'Université Dalhousie à Halifax offre aussi un baccalauréat en sciences de la santé de quatre ans qui comprend des cours en inhalothérapie. Quinze étudiants sont acceptés par année. Actuellement,

---

<sup>41</sup> *Ibid.*, pages 40 et 41.

---

41 étudiants sont inscrits : 15 en première année, 12 en deuxième et en troisième année, et deux en quatrième année. Les étudiants peuvent quitter le programme avec un diplôme après trois ans.

### **Analyse des données**

La base de données d'inventaire comprend 193 inhalothérapeutes, qui occupent tous un emploi. Le statut d'inscription révèle que les 193 (100 %) inhalothérapeutes sont actifs.

Sur les 193 thérapeutes, 128 (66 %) sont des femmes. Une analyse par groupe d'âge révèle que 130 (67 %) inhalothérapeutes ont moins de 40 ans et que l'âge moyen est de 34 ans. L'âge moyen de quatorze (7 %) membres du groupe est inconnu. Quarante et un (21 %) inhalothérapeutes sont dans la catégorie d'âge des 40 à 50 ans, huit (4 %) sont dans la catégorie d'âge des 50 ans+ et seulement 2 (1 %) ont plus de 55 ans. Ainsi, 1 % des inhalothérapeutes se trouvent actuellement dans la zone d'admissibilité à la retraite et six autres (3 %) en feront partie au cours de la période de prévision de cinq ans. Seulement 4 % des inhalothérapeutes pourraient prendre leur retraite au cours des cinq prochaines années. Ce facteur assure la stabilité de la main-d'œuvre en raison des retraites. Toutefois, un autre facteur important à prendre en compte est que 92 (48 %) thérapeutes sont des femmes en âge de procréer (moins de 40 ans). Il faudra peut-être, au cours de la période de prévision de cinq ans, pourvoir des postes sur une base temporaire en raison des congés de maternité.

La compétence linguistique de ce groupe est inconnue.

Des 193 inhalothérapeutes, 169 (88 %) travaillent pour le gouvernement provincial, qui comprend le ministère de la Santé et du Mieux-être, les Services familiaux et communautaires, et les régies régionales de la santé, 19 (10 %) dans le secteur privé et 5 (3 %) dans un autre service du gouvernement provincial.

L'analyse des régions sanitaires révèle que la plupart (63 ou 33 %) des 193 inhalothérapeutes travaillent dans la Région 1 (43 dans la Région 1SE, 12 dans la région 1B et 8 dans la Région 1 inconnue), 52 (27 %) dans la Région 2, 23 (12 %) dans la Région 6, 22 (11 %) dans la Région 4, 20 (10 %) dans la Région 3, 9 (5 %) dans la Région 7 et 4 (2 %) dans la Région 5.

L'analyse par secteur de santé révèle que 147 des postes d'inhalothérapeutes (76 %) sont dans le secteur hospitalier, 22 (11 %) dans le Programme extra-mural, 19 (10 %) dans le secteur privé et 5 (3 %) dans le secteur universitaire. D'un point de vue plus détaillé, 175 des 193 (91 %) inhalothérapeutes travaillent dans un domaine de pratique clinique, 10 (5 %) sont en gestion et 7 (4 %) dans le secteur privé.

L'analyse par statut professionnel révèle que les 193 inhalothérapeutes inscrits dans la base de données (100 %) exercent leur profession.

Une analyse par statut d'emploi révèle que la plupart (170 ou 88 %) des 193 postes d'inhalothérapeute sont des postes permanents à temps plein et 18 (9 %) des postes permanents à temps partiel. Trois (2 %) inhalothérapeutes sont en congé. L'analyse du temps travaillé par cette main-d'œuvre révèle qu'un nombre relativement égal d'inhalothérapeutes travaillent entre 0,76 et 1 ÉTP (46 %) et >1 ÉTP (43 %). Cela représente un pourcentage relativement élevé de ce groupe qui travaille >1 ÉTP. C'est un facteur important dans la planification future des effectifs de ce groupe.

### **Analyse de l'écart**

**On prévoit une pénurie des travailleurs de cette profession qui fluctuera au cours de la période de prévision, allant de plus de 20 actuellement pour atteindre un niveau record de 37 en 2003, avant de**

---

**diminuer par la suite à une pénurie d'environ 30 thérapeutes en 2005 et pouvant augmenter à un peu moins de 40 d'ici 2007.**

Ces prévisions sont basées sur l'hypothèse suivante :

- recrutement de 75 % des diplômés du programme du Nouveau-Brunswick et de 5 % des diplômés de l'Université Dalhousie qui équivaut à une moyenne de 12 ou 13 nouveaux venus par année dans la main-d'œuvre des technologues en thérapie respiratoire et inhalothérapeutes (ne comprend pas les diplômés potentiels du programme du CCNB-Campbellton qui n'est pas encore implanté.)

De plus, les facteurs relatifs à l'offre et à la demande suivants ont été indiqués par un groupe de discussion avec ces professions, comme ayant un impact sur la main-d'œuvre au cours de la période de prévision de cinq ans et ils ont été intégrés au modèle de prévision :

- le projet provincial de collecte d'information détaillée sur la charge de travail occupe le temps qui pourrait être consacré aux patients et il est perçu comme ayant un léger impact négatif sur l'offre (maintien en poste);
- la compétition pour ces travailleurs avec les autres provinces et les États-Unis a un impact négatif sur l'offre (recrutement);
- les connaissances accrues du public et l'accroissement de la demande de service, ainsi que le niveau d'acuité plus élevé des patients à l'hôpital ont un impact positif sur la demande des services de ces professions;
- l'impact général de la population vieillissante, surtout le groupe d'âge des 75+, aura un effet positif sur la demande des services d'inhalothérapie.

En résumé, la main-d'œuvre d'inhalothérapeutes et de technologues en inhalothérapie est très jeune (âge moyen de 34 ans) et est à prédominance féminine (66 %), un taux élevé (48 %) des femmes étant en âge de procréer (<40 ans), ce qui crée des difficultés de planification des effectifs pour pourvoir les congés temporaires. La plupart (76 %) des membres de ce groupe travaillent dans le secteur hospitalier sur une base permanente à temps plein (88 %), et un pourcentage élevé travaillent >1 ÉTP (43 %). Il y a actuellement une pénurie de cette main-d'œuvre (13 %) qui s'intensifie légèrement au cours de la période de prévision. Ces prévisions ne tiennent pas compte du potentiel du programme de formation du CCNB prévu en 2003. Elles prennent en considération la demande accrue d'une population vieillissante et les conditions connexes exigeant des services d'inhalothérapie.

## 5.7 Groupes infirmiers

Cette partie porte sur les groupes de professions exerçant dans le domaine des soins infirmiers qui comprend les infirmières auxiliaires autorisées (IAA), les infirmières immatriculées (II), les infirmières praticiennes et les infirmières cliniciennes spécialisées. Chaque groupe professionnel est analysé séparément, mais des enjeux touchent tous les groupes de professions dans le domaine des soins infirmiers. Les besoins des populations de patients et de clients respectives qui exigent des soins de santé sont le principal facteur. Tout changement aux modèles de prestation des services découlant d'un nouveau Plan directeur des services hospitaliers devra tenir compte de la disponibilité, du besoin de coefficient des effectifs et de l'impact sur le cadre des fonctions de chacun de ces groupes de professions.

---

## 5.7.1 Infirmières auxiliaires autorisées (IAA)

### Tendances et enjeux

À la suite des modifications apportées récemment à la *Loi sur les infirmières et infirmiers auxiliaires autorisés*, le nom de ce groupe professionnel a été remplacé par infirmières auxiliaires autorisées ou IAA. Le Nouveau-Brunswick est maintenant plus conforme au reste du Canada en ce qui a trait au titre de cette catégorie de travailleurs de la santé.

Selon une étude sur les infirmières auxiliaires autorisées effectuée en 2000<sup>42</sup>, la demande de IAA en 2000 et la demande prévue au cours des trois prochaines années (de 2001 à 2003) a dépassé le nombre prévu de diplômés. En réponse à la demande du marché, l'Association des IAA a enregistré une croissance d'environ 47 % de membres actifs au cours de la dernière décennie, et un taux d'augmentation constant d'infirmiers diplômés, représentant environ 10 % du nombre total des membres.

La pénurie actuelle d'infirmières immatriculées en soins actifs doit aussi être prise en compte dans la demande de IAA dans ce secteur de la santé, sous réserve de l'adoption de nouveaux modèles de pratique. Le niveau d'acuité accru des patients peut toutefois tempérer l'utilisation des IAA dans certains milieux de soins actifs.

Quant à l'emploi de ce groupe professionnel, très peu de postes vacants offrent des heures de travail garanties. La plupart des nouvelles IAA entreront donc dans le système surtout comme travailleuses occasionnelles. D'après une analyse des données du Nouveau-Brunswick, les IAA forment une main-d'œuvre occasionnelle qui est plus du double de la moyenne (28 %) de la main-d'œuvre des soins de santé en général (13 %). Toutefois, ces travailleuses occasionnelles travaillent, plus souvent qu'autrement, à temps plein, une situation qui crée un stress sur la réserve d'occasionnels qui est essentielle au système, car les IAA qui s'absentent doivent être remplacées.

Afin de redresser cette situation, un des éléments de la Stratégie de recrutement et de maintien en poste des ressources infirmières annoncée par le gouvernement en 2001 prévoyait la somme de 562 000 \$ pour convertir des postes occasionnels (II et IAA) dans le secteur des foyers de soins et le secteur hospitalier à des postes à temps plein, à un coût amorti sur une base annuelle de 5 000 \$ par IAA (8 000 \$ par II). En 2001-2002, 13 postes de IAA ont été convertis dans le secteur hospitalier et neuf postes dans le secteur des foyers de soins. En 2002-2003, 13 autres postes devraient être transformés dans le secteur des foyers de soins pour un total de 35 postes à temps plein.

Quant au maintien des effectifs, la tendance à une plus grande acuité des résidents dans les foyers de soins et d'autres établissements de soins de longue durée crée des problèmes pour les IAA et autre personnel infirmier de ces établissements.

- Soulèvement plus difficile pour le personnel. Les blessures au dos ont augmenté dans ce milieu. Il pourrait s'avérer nécessaire d'effectuer une évaluation de la technologie disponible pour offrir des soins à un plus grand nombre de résidents afin de prévenir ou de réduire le taux de blessures des travailleurs. Le niveau de formation des travailleurs relatif aux mécanismes corporels devrait être revu.

---

<sup>42</sup> *Étude sur les infirmières auxiliaires immatriculées*, ministère de la Formation et du Développement de l'emploi, Orion Marketing Research, décembre 2000.

- 
- Il peut s'avérer nécessaire d'examiner le ratio entre le fournisseur de services et le nombre de résidents ou patients, et le coefficient des effectifs connexes vu les niveaux d'acuité accrus et la corrélation qui serait probablement positive si le nombre d'heures des soins infirmiers par résident par jour augmente.

Avant la dernière série de négociations collectives au Canada atlantique, les IAA étaient la seule catégorie de professions pour laquelle le Nouveau-Brunswick était plus concurrentiel dans la région de l'Atlantique quant aux classifications en ligne directe dans le secteur hospitalier. C'était le cas pour les recrues et les personnes expérimentées. La province est maintenant tombée en quatrième place dans la région pour les deux catégories. Même si les taux salariaux ont augmenté après la résolution de l'équité salariale des IAA au cours des deux dernières séries de négociation collective au Nouveau-Brunswick, cette question aurait aussi été abordée dans d'autres provinces, dont Terre-Neuve récemment.

### **Source des effectifs**

Selon l'Association des IAA, il n'y a pas assez de fonds pour assurer un nombre adéquat de places afin de répondre à la demande de services des IAA. Actuellement, deux programmes sont offerts pour préparer les IAA – un en salle de classe et un par formation à distance.

Le Collège communautaire du Nouveau-Brunswick offre quatre programmes en salle de classe : deux en anglais (à Saint-Jean et à Moncton) et deux en français (à Campbellton et à Dieppe). Certains cours à contrat sont offerts selon la demande du marché. Vu la pénurie actuelle, plusieurs de ces programmes sont dispensés chaque année sur une base de recouvrement des coûts. Certains étudiants sont admissibles à des subventions pour compenser le coût de cette formation. Toutefois, les droits de scolarité différentiels peuvent décourager les étudiants potentiels.

Le programme traditionnel est de 57 semaines et est offert sur une période de 18 mois civils. Dans certains endroits, les admissions sont acceptées pour le programme qui commence en septembre et le programme qui commence en janvier. Au campus de Saint-Jean, le programme est offert en septembre seulement. La demande pour ces programmes est élevée, le nombre ayant atteint environ 680 demandes en 2002 pour 154 places. Les inscriptions pour 2002 comprennent 88 étudiants dans les programmes anglais ordinaires et à contrat, et 68 étudiants dans les programmes français. Les taux d'attrition se situent entre 23 et 30 % pour ce programme. Le CCNB offre aussi le programme anglais par formation à distance, qui comprend habituellement jusqu'à 20 % des inscriptions totales. Trente-deux (32) étudiants sont inscrits à ce programme en 2002. Le programme de formation à distance offert sur une période de 72 semaines coûte deux fois plus que le programme d'études habituel. Les étudiants peuvent toutefois demeurer dans leur communauté et ils peuvent travailler tout en étant aux études afin de compenser une partie des coûts de cette formation.

Les IAA qui réintègrent la main-d'œuvre après avoir suivi des programmes de recyclage constituent une autre source des effectifs. Les CCNB à Moncton et à Campbellton a commencé à offrir ce programme par correspondance en 2000. Depuis, 32 IAA ont terminé le programme et 17 autres sont sur le point de le terminer. Le programme de recyclage a un taux d'attrition d'environ 23 %.

L'Association des IAA a soulevé, à plusieurs reprises, les préoccupations sur ce qui est perçu comme une utilisation non constante et non efficace des connaissances et des compétences de ses membres au Nouveau-Brunswick. La stratégie d'utilisation de la main-d'œuvre infirmière mise en place par le gouvernement est un moyen de répondre à cette préoccupation car elle favorise l'optimisation des compétences de toutes les catégories de personnel infirmier. De l'information non confirmée recueillie au cours des entrevues et des groupes de discussion appuie l'hypothèse d'une utilisation non uniforme des

---

IAA dans le système de soins de santé. Les politiques des hôpitaux et les différentes méthodes de gestion influent sur l'utilisation de ce groupe de professionnels. On peut souvent constater des écarts par rapport à l'utilisation entre les unités de soins aux patients dans le même établissement. Cette pratique a aussi un impact sur la capacité des IAA étudiants d'acquérir une expérience clinique générale dans leur programme de formation, afin de pouvoir réussir l'examen national basé sur les compétences de IAA, qui est exigé pour exercer la profession.

Puisque la durée et l'étendue du programme de formation des IAA au Nouveau-Brunswick ont augmenté, les IAA diplômées qui possèdent un ensemble minimal de compétences pour exercer la profession sont évaluées au moyen d'un processus d'examens d'agrément nationaux. Compte tenu de la stratégie provinciale visant à optimiser le champ d'exercice du personnel infirmier, il faut une stratégie pour établir une utilisation plus uniforme et accrue de la main-d'œuvre des IAA dans le système. Une évaluation dans l'ensemble du système de l'acuité, de la stabilité et de la prévisibilité des résultats sur la santé des diverses populations de patients desservies par le système de soins de santé public devrait promouvoir un coefficient de II et de IAA. Un examen et un ajustement subséquent du coefficient de II et de IAA actuel peuvent être effectués à la suite d'un tel examen systématique.

La main-d'œuvre des IAA est aussi mobile. En 2001, l'Association des IAA a révélé que, pour les 41 IAA qui ont quitté la province pour exercer leur profession dans d'autres provinces, seulement 16 praticiens d'autres provinces sont immatriculés pour exercer leur profession au Nouveau-Brunswick. Les nombreux choix de carrière accessibles à ceux qui détiennent ce diplôme diluent les effectifs. Bien souvent, il suffit d'une formation et d'une scolarité additionnelles minimales pour que les IAA deviennent une source des effectifs d'autres professions comme les technologues en cardiologie, techniciens en orthopédie, techniciens de salle d'opération, aides en réadaptation, ambulanciers, TUM, etc. Les changements dans la demande de n'importe quel de ces groupes de professions devraient donc être pris en compte pour déterminer l'offre et la demande de IAA.

### **Analyse des données**

Il importe de noter que la marge d'erreur de l'analyse de ce groupe professionnel est plus grande que pour les autres groupes de l'étude. L'Association des infirmières et infirmiers auxiliaires autorisés du Nouveau-Brunswick n'a pas voulu dévoiler les noms de ses membres, ce qui limite la capacité des consultants à bien déterminer l'étendue des dédoublements et des chevauchements avec d'autres professions, et à documenter les dossiers individuels par des données supplémentaires recueillies d'autres sources pour enrichir la base de donnée des membres des IAA. Cette incapacité d'effectuer un renvoi aux données et d'obtenir d'autres données a eu des répercussions particulièrement importantes pour ce groupe dont les membres travaillent dans diverses professions, y compris aides en réadaptation, intervenants en toxicomanie, TUM, techniciens en électroencéphalographie, techniciens en électrocardiographie et techniciens d'équipement médical. L'Association des IAA a toutefois effectué un renvoi inverse pour les personnes travaillant dans ces professions qu'elle connaissait et ces dossiers ont été pourvus par d'autres renseignements sur l'emploi.

La base de données d'inventaire comprend 2 701 IAA dont 2 269 occupent 2 587 emplois (un employé peut occuper plusieurs emplois). Vu la capacité limitée d'effectuer une contre-vérification des employés occupant plusieurs emplois, cette analyse n'est pas considérée comme complète. Il a été déterminé toutefois que 2 075 employés (environ 80 %) occupent un emploi et 321 (environ 20 %) occupent deux emplois.

Le statut d'inscription des 2 701 IAA est comme suit : 2 523 (93 %) sont actifs et 178 (7 %) sont inactifs. Parmi les IAA inactifs, on suppose que 11 ont pris leur retraite puisqu'ils ont plus de 55 ans.

L'analyse démographique par âge révèle que l'âge moyen des IAA est de 43 ans. La plupart (483 ou 18 %) des 2 701 IAA sont dans la catégorie d'âge des 45 à 49 ans, 971 (36 %) ont moins de 40 ans, 405 (15 %) ont entre 40 et 44 ans, 399 (15 %) sont dans la catégorie d'âge des 50 à 54 ans et 443 (16 %) ont plus de 55 ans. Actuellement, 16 % des IAA se trouvent dans la zone d'admissibilité à la retraite (55+) et 483 (15 %) en feront partie au cours de la période de prévision de cinq ans. À part les IAA qui ont indiqué être inactives et avoir plus de 55 ans sur leur formulaire d'inscription, 832 IAA pourraient prendre leur retraite au cours des cinq prochaines années, ce qui représente 31 % de la main-d'œuvre des IAA.

L'analyse par sexe révèle que 2 455 des 2 701 IAA sont des femmes (91 %) et que 846 d'entre elles (31 %) ont moins de 40 ans et sont considérées comme en âge de procréer. Cette statistique est importante dans la planification des effectifs, vu que les employées ont la possibilité de prendre un congé de maternité d'un an et vu les difficultés que cela représente pour pourvoir les postes temporaires.

L'étude de la compétence linguistique révèle que la plupart (1 522 ou 56 %) des IAA ont des compétences linguistiques en anglais seulement, 1 061 (36 %) ont des compétences linguistiques en anglais et en français, et 116 (4 %) ont des compétences linguistiques en français seulement. En plus d'autres détails selon les régions sanitaires, le tableau ci-dessous fournit une analyse de la compétence linguistique par région des 2 269 IAA au sein de la profession. Le pourcentage entre parenthèses est le taux de toutes les IAA dans la région sanitaire dont la compétence linguistique est précisée.

**Tableau 8 – Infirmières et infirmiers auxiliaires autorisés**

IAA	Anglais	Français	Anglais et français	Compétence linguistique inconnue	Total de la région dans la profession
Région 1	268 (46 %)	7 (1 %)	307 (53 %)	1 (<1 %)	583
Région 2	478 (91 %)	(0 %)	49 (9 %)	1 (<1 %)	528
Région 3	400 (87 %)	1 (<1 %)	57 (14 %)		458
Région 4	1 (1 %)	23 (16 %)	117 (83 %)		141
Région 5	17 (13 %)	2 (2 %)	107 (85 %)		126
Région 6	5 (2 %)	63 (23 %)	205 (75 %)		273
Région 7	105 (72 %)	1 (1 %)	39 (27 %)		145
Région inconnue	4 (100 %)				4
À l'extérieur de la province	11 (100 %)				11
<b>Total</b>	1 289 (57 %)	97 (4 %)	881 (39 %)	2 (<1 %)	2 269

Des 2 269 IAA, 1 205 (53 %) travaillent dans le secteur privé et 1 038 (46 %) travaillent pour le gouvernement provincial, qui comprend le ministère de la Santé et du Mieux-être, les Services familiaux et communautaires, et les régies régionales de la santé.

L'analyse des régions sanitaires révèle que la plupart (583 ou 26 %) des 2 269 IAA travaillent dans la Région 1 (157 dans la Région 1SE, 110 dans la Région 1B et 316 dans la Région 1 inconnue), 528 (23 %) dans la Région 2, 458 (20 %) dans la Région 3, 273 (12 %) dans la Région 6, 145 (6 %) dans la Région 7,

---

141 (6 %) dans la Région 4 et 126 (6 %) dans la Région 5. La région sanitaire de quatre (moins de 1 %) IAA est inconnue.

L'analyse par secteur de la santé révèle que 1 171 (45 %) des 2 587 postes de IAA sont dans le secteur des foyers de soins, 1 156 (45 %) dans le secteur hospitalier, 116 (6 %) dans le secteur privé, 59 (2 %) dans les foyers de soins spéciaux et 36 (1 %) sont classés comme « autres ». Les quatre autres postes (moins de 1 %) sont dans le secteur universitaire.

La plupart (97 %) des IAA travaillent dans un domaine de pratique clinique.

L'analyse par statut d'emploi révèle que 1 035 (40 %) des 2 587 postes de IAA sont des postes permanents à temps plein, 797 (31 %) sont des postes permanents à temps partiel et 730 (28 %) sont des postes occasionnels. Quinze (1 %) IAA sont en congé et le statut d'emploi de 10 (moins de 1 %) IAA est inconnu. Une analyse des heures travaillées par cette main-d'œuvre révèle que, dans le secteur public, 48 % des IAA travaillent entre 0,76 et 1 ÉTP, 21 % travaillent plus de 1 ÉTP, 16 % travaillent entre 0,51 et 0,76 ÉTP et 15 % travaillent moins de 0,50 ÉTP. Si on inclut les IAA du secteur privé, les répartitions des ÉTP sont à peu près les mêmes.

### **Analyse de l'écart**

**L'exercice de prévision révèle un surplus ou une pénurie des IAA qui fluctue au cours de la période de prévision de cinq ans. À compter de 2002, le système devrait connaître une pénurie de plus de 60 IAA; ce chiffre diminue à environ 30 en 2003, pour atteindre un léger surplus en 2004 qui sera suivi d'une pénurie pouvant atteindre 30 IAA dans le système en 2005 et d'environ 90 d'ici 2007.**

Ces chiffres sont établis à partir de l'information disponible et des hypothèses suivantes :

- recrutement de tous les diplômés du Nouveau-Brunswick des programmes de IAA du CCNB;
- aucun recrutement des IAA diplômées du NSCC ou du Collège Holland;
- recrutement et intégration à la main-d'œuvre de IAA de 50 % (en 2002 et en 2003) des IAA immatriculées qui sont sans emploi et qui cherchent un emploi comme IAA, ou qui travaillent à l'extérieur de leur profession et qui cherchent un emploi comme IAA.

Le groupe de discussion créé pour l'exercice a cerné les facteurs suivants qui auront un impact sur l'offre et la demande :

- le champ d'exercice limité a un impact négatif sur l'offre (recrutement et maintien en poste);
- le financement insuffisant pour les places de formation a un impact négatif sur l'offre;
- les IAA diplômées occupent des emplois dans d'autres professions (comme aide en réadaptation, TUM, technicien en électrocardiographie, intervenant en toxicomanie);
- l'ajustement du coefficient de IAA et de II a un impact positif sur la demande de IAA.

En résumé, la main-d'œuvre d'infirmières et d'infirmiers auxiliaires autorisés est à prédominance féminine (91 %), est d'un âge moyen de 43 ans, compte un pourcentage de faible à modéré de membres bilingues (36 %) et occupe surtout des postes permanents à temps plein ou permanents à temps partiel (70 %), répartis également entre le secteur des foyers de soins et le secteur hospitalier. Près de 20 % de cette main-d'œuvre travaille plus d'un ÉTP. Il existe des sources locales d'effectifs dans les deux langues officielles. Cette main-d'œuvre connaît actuellement une faible pénurie qui fluctue entre un léger surplus suivi d'une autre faible pénurie pendant la période de prévision. Cette pénurie pourrait s'aggraver selon le moment et l'étendue de l'application des changements du coefficient des II et des IAA et selon le taux de postes occupés par des IAA dans d'autres professions.

## 5.7.2 Infirmières et infirmiers immatriculés (II)

### Tendances et enjeux

La main-d'œuvre des infirmières et infirmiers immatriculés au Canada a fait l'objet de plusieurs études au cours de la dernière décennie. Des études publiées récemment par l'Institut canadien d'information sur la santé (*Nombre et répartition des infirmières et infirmiers autorisés au Canada*, 2001) et l'Association des infirmières et infirmiers du Canada (*Planification pour demain : Prévisions de ressources humaines en soins infirmiers*, juin 2002) révèlent clairement une grave pénurie dans ce groupe professionnel. À l'échelle nationale, on enregistre une hausse modeste de 1,2 % des infirmières et infirmiers immatriculés (II) au cours des cinq dernières années, mais ce nombre n'a pas suivi la tendance de la croissance de la population, 74,3 II sont employés pour chaque tranche de 100 000 Canadiens en 2001 comparativement à 76 en 1997. Le Nouveau-Brunswick dépasse cette moyenne nationale avec 97,6 II par 100 000 habitants.<sup>43</sup>

Les II qui travaillent dans le système forment actuellement en moyenne une main-d'œuvre d'âge moyen. L'âge moyen national des II dans les services de soins infirmiers en 2001 était de 43,7 ans, un peu plus élevé que l'âge moyen de 42,4 ans au Nouveau-Brunswick. On prévoit qu'au cours des quinze prochaines années au Canada, la moitié des infirmières et infirmiers actuels quitteront la main-d'œuvre. D'après la base de données sur les infirmières et infirmiers immatriculés de l'ICIS en 2001, le pourcentage des infirmières et infirmiers admissibles à la retraite au Nouveau-Brunswick est comme suit :

**Tableau 9 – Admissibilité des II à la retraite**

Âge	Actuellement admissible	Admissible dans 10 ans
55+	10,6 % (14,4 %)	42,4 % (49,4 %)
60+	2,8 % (4,5 %)	24,9 % (30,7 %)
65+	0,4 % (0,8 %)	10,6 % (14,4 %)

(Statistiques nationales entre parenthèses)

<sup>43</sup> *Nombre et répartition des infirmières et infirmiers autorisés au Canada*, 2001, Institut canadien de l'information sur la santé.

---

La mise en place proposée d'un plan de retraite progressif pour les infirmières et infirmiers pourrait avoir un effet cumulatif sur un problème déjà important dans la planification de la relève visant à remplacer une main-d'œuvre infirmière vieillissante.

De plus, le nombre de diplômés du Nouveau-Brunswick au cours des cinq dernières années a grandement diminué, ce qui n'a pas permis de rétablir l'offre à un taux comparable à la demande. En 1997, les cinq programmes menant à un diplôme de la province n'étaient plus offerts avec la transition vers le baccalauréat. De 1990 à 1997, le nombre de diplômés des programmes universitaires et des programmes menant à un diplôme dépassait, chaque année, 330 en moyenne. Selon les statistiques compilées chaque année par l'Association des infirmières et infirmiers du Nouveau-Brunswick, en 1998, la première année au cours de laquelle seuls les diplômés des programmes universitaires pouvaient écrire les examens d'agrément nationaux, seulement 103 diplômés ont intégré la main-d'œuvre. En 1999, ce nombre a augmenté à 211. En 2000, on comptait 205 diplômés et en 2001, 271 diplômés. L'impact cumulatif des cinq dernières années a été un déficit net de l'offre d'environ 530 diplômés des programmes provinciaux.

Les infirmières d'autres provinces ou d'autres pays venant au Nouveau-Brunswick sont aussi une source des effectifs. Au cours de la période de cinq ans de 1997 à 2001, 66 recrues en moyenne d'autres provinces ont demandé une accréditation au Nouveau-Brunswick et moins de deux par année de l'extérieur du pays.<sup>44</sup>

L'impact cumulatif de ces changements sur la politique de santé, les réductions de postes connexes, la migration vers une norme de formation plus élevée et la réduction du nombre de diplômés ont créé une réelle pénurie de II au Nouveau-Brunswick et partout au Canada. D'après les statistiques sur l'immatriculation de l'Association des infirmières et infirmiers du Nouveau-Brunswick, la diminution cumulative du nombre d'infirmières et d'infirmiers immatriculés dans toutes les catégories de membres entre 1997 et 2001 est de 3,9 %. Cela se traduit par 141 infirmières et infirmiers immatriculés en moins pour exercer la profession dans la province depuis 1997.

En 2001-2002, 380 places subventionnées sont accessibles dans les deux programmes universitaires de la province : 230 aux quatre campus et satellites de l'Université du Nouveau-Brunswick et 150 aux trois campus de l'Université de Moncton. Il importe de noter que le campus de l'UNB à Saint-Jean a accepté beaucoup moins d'étudiants au cours des deux dernières années que les 80 places pour lesquelles il a été subventionné lorsque la transition a été effectuée au baccalauréat. En 2001, seulement 60 étudiants ont été acceptés à ce campus et en 2002, les admissions ont diminué à 40 étudiants. Il n'y a aucune pénurie de candidats qualifiés pour ces places; toutefois, le nombre d'étudiants au programme du baccalauréat en nursing de l'UNB à Saint-Jean a été réduit en raison du ratio entre professeurs et étudiants, et de la charge de travail des professeurs. Vu la pénurie actuelle de ressources infirmières, il faut accorder une attention immédiate à cette situation car Saint-Jean possède le plus grand établissement clinique tertiaire régional de la province et la Régie régionale de la santé 2 signale une pénurie de 57 postes permanents et de 50 postes temporaires de II en juillet 2002, ou 20 % de la pénurie provinciale de II. Le nombre d'étudiants inscrits aux programmes de formation en sciences infirmières du Nouveau-Brunswick en 2002 est comme suit :

---

<sup>44</sup> Registraire de l'Association des infirmières et infirmiers du Nouveau-Brunswick, juin 2002.

**Tableau 10 – Étudiants inscrits aux programmes de II**

<b>Université</b>	<b>Année 1</b>	<b>Année 2</b>	<b>Année 3</b>	<b>Année 4</b>	<b>Total</b>
Université du Nouveau-Brunswick	234	182	182	134	<b>732</b>
Université de Moncton	159	161	133	95	<b>548</b>
<b>Total</b>	<b>393</b>	<b>343</b>	<b>315</b>	<b>229</b>	<b>1 280</b>

Actuellement, il existe un vif intérêt pour les programmes de sciences infirmières dans la province, les deux universités ayant des listes d'attente de candidats qualifiés. Cette situation peut être grandement attribuable à la demande du marché et à la promesse d'emplois dans cette profession.

Vu les quotas de places subventionnées, les taux d'attrition actuels de 24 % en moyenne au cours des cinq dernières années, les niveaux d'inscription actuels, le taux de départ à la retraite et le taux d'attrition causé par les décès et non par les départs à la retraite de la main-d'œuvre, le taux de reconstitution de la main-d'œuvre ne sera pas suffisant pour répondre à la demande du marché.

Le besoin d'accroître le nombre d'infirmières et d'infirmiers intégrant la main-d'œuvre a été indiqué comme une des trois priorités recommandées dans un rapport publié récemment par le Comité canadien sur les soins infirmiers<sup>45</sup> et commandé par le Comité consultatif national des ressources humaines en santé. Plus précisément, le rapport du comité recommande que les gouvernements appuient les recommandations préliminaires du Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie (volume 5, 2002) afin d'assurer que des fonds additionnels soient octroyés aux programmes de formation en sciences infirmières pour accroître le nombre d'inscriptions. Le Comité consultatif canadien sur les soins infirmiers recommande que, dans le cadre d'une stratégie coordonnée de formation infirmière nationale, le nombre de nouvelles places en première année dans les écoles de sciences infirmières pour les II soit augmenté de 25 % à compter de septembre 2004. Cela représente 1 100 nouvelles places au pays et se traduirait par 95 autres places au Nouveau-Brunswick. Le comité recommandait aussi que le nombre de places continue d'être augmenté de 20 % par année au cours des quatre années subséquentes. D'autres recommandations de ce rapport reconnaissent le besoin d'accroître les programmes de formation des niveaux de deuxième cycle pour préparer un nombre suffisant de professeurs en sciences infirmières afin de satisfaire à cette hausse du nombre d'inscriptions.

En vue de la mise en oeuvre de cette recommandation, le profil du corps professoral actuel au Nouveau-Brunswick doit être examiné attentivement. Selon la base de données d'inventaire, 94 infirmières et infirmiers travaillent dans le secteur universitaire. De ce nombre, 43 (46 %) ont entre 45 et 54 ans, et 32 % se trouvent dans la zone d'admissibilité à la retraite de 55+. Le fait d'exiger un doctorat pour enseigner a un impact sur l'aptitude de plusieurs professeurs qui possèdent actuellement une maîtrise et qui poursuivent des études de doctorat à temps partiel tout en assumant leur charge de travail de professeurs ou qui bénéficient d'un congé d'études pour satisfaire ce critère. Actuellement, 8,5 % des professeurs de sciences infirmières dans les universités figurant dans la base de données ont indiqué un doctorat comme leur plus haut niveau de scolarité, 72 % ayant indiqué la maîtrise comme le niveau le plus élevé. La réserve d'infirmières ayant un doctorat au Canada est limitée actuellement. Le

<sup>45</sup> *Notre santé, notre avenir : un milieu de travail de qualité pour les infirmières canadiennes*, rapport final du Comité consultatif canadien sur les soins infirmiers, septembre 2002.

---

processus visant à accroître ce complément avec le temps est lent, compte tenu de la demande de professeurs.

Il faut donc prévoir un soutien financier à la formation des diplômés non seulement pour les professeurs mais aussi pour assurer un nombre suffisant d'infirmières et d'infirmiers possédant une maîtrise en mesure de jouer des rôles de leadership clinique comme les infirmières cliniciennes spécialisées et les infirmières praticiennes.

Il faut aussi assurer un soutien financier à la formation des infirmières diplômées pour qu'un nombre suffisant d'infirmières et d'infirmiers possédant une maîtrise puissent jouer des rôles de leadership clinique comme infirmières cliniciennes spécialisées et infirmières praticiennes.

Les diplômées du cours de recyclage sont aussi une source des effectifs de II qui sont intéressées à réintégrer le marché du travail. Le tableau ci-dessous indique l'activité dans ce domaine au cours des quatre dernières années. Le gouvernement a annoncé le paiement des droits de scolarité de recyclage dans le cadre de sa stratégie de recrutement de la main-d'œuvre infirmière de trois ans, ce qui peut avoir contribué à une hausse marquée des admissions en 2000. Ce programme modulaire de six mois est un apprentissage autonome avec une composante clinique. L'inscription peut être faite à n'importe quel moment au cours d'une année civile mais le « nombre ayant terminé le cours » dans le tableau suivant ne peut pas être comparé au nombre d'admissions dans la même année pour déterminer les taux de réussite. Le taux d'achèvement est toutefois plus élevé pour ce programme, seulement neuf étudiants des 106 admis au cours des quatre dernières années n'ont pas terminé pour diverses raisons.

**Tableau 11 – II ayant terminé le cours de recyclage**

<b>Année civile</b>	<b>Nombre d'admissions</b>	<b>Nombre d'achèvements</b>
2001	18	12
2000	51	31
1999	32	14
1998	5	8
<b>TOTAL</b>	<b>106</b>	<b>65</b>

### **Modèles de dotation**

La capacité de recruter des infirmières et des infirmiers au Nouveau-Brunswick est compromise en raison de certains facteurs dont l'absence de postes à temps plein disponibles. Afin de redresser cette situation, un des éléments de la Stratégie de recrutement et de maintien des ressources infirmières annoncé par le gouvernement en 2001 prévoyait 562 000 \$ pour convertir des postes occasionnels (II et IAA) dans le secteur des foyers de soins et le secteur hospitalier à des postes à temps plein, à un coût annuel amorti de 8 000 \$ par II (5 000 \$ par IAA). En 2001-2002, 46 postes de II ont été transformés dans le secteur hospitalier et quatre postes dans le secteur des foyers de soins. En 2002-2003, six autres postes de II devraient être transformés dans le secteur des foyers de soins, pour un total de 56 postes à temps plein. On pourrait toutefois encore faire mieux dans ce domaine car les employeurs éprouvent des difficultés à maintenir un effectif stable dans une industrie qui fonctionne vingt-quatre heures sur vingt-quatre, sept jours par semaine. La pénurie de travailleurs a réduit la disponibilité du personnel pouvant travailler sur une base occasionnelle car ces personnes travaillent au moins des heures à temps plein pour pourvoir les postes temporaires créés par un nombre accru d'employés qui quittent en raison de maladie,

---

d'invalidité de longue durée ou de maternité. Il faut établir un différent modèle de dotation pour maintenir une pratique sécuritaire et pour prévenir l'épuisement professionnel d'une main-d'œuvre déjà fatiguée et vieillissante.

### **Cadre des fonctions**

Le 8 mai 2002, le gouvernement a déposé à l'Assemblée législative un projet de loi qui autorise les infirmières et infirmiers immatriculés à élargir le cadre de leurs fonctions. Dans certains cas, cette loi habilitante sert uniquement à légitimer la pratique de plusieurs infirmières et infirmiers immatriculés dans les régions rurales en particulier. Les détails concernant le rôle élargi devraient être finalisés par un comité de mise en oeuvre au cours de l'été 2002. On s'attend toutefois à ce que les infirmières et infirmiers aient, en vertu de la loi, le pouvoir d'évaluer et de traiter les patients souffrant de malaises mineurs dans les salles d'urgence, et de leur donner leur congé, d'ordonner la contention des patients dans les foyers de soins et, avec une formation accrue, de fournir un niveau d'aide plus avancé dans les salles d'opération. L'élargissement du rôle des infirmières et des infirmiers dans le système des soins de santé vise à fournir aux consommateurs un accès dans un délai raisonnable au bon niveau de service par le fournisseur de soins de santé le plus pertinent. On prévoit que cela réduira le temps d'attente pour les services lorsque le champ d'exercice des infirmières et des infirmiers sera élargi. On prévoit aussi que cela améliorera la satisfaction au travail des infirmières et des infirmiers.

La stratégie du gouvernement visant à optimiser l'utilisation de toutes les catégories du personnel infirmier comprend aussi les infirmières et infirmiers auxiliaires autorisés (IAA). La mise en oeuvre de cette stratégie pourrait avoir un impact sur la demande des II et des IAA dans tout le système de santé car les champs d'exercice respectifs deviennent mieux définis et compris, et le coefficient des effectifs est par la suite revu dans les divers secteurs de service. Dans tous les cas, l'acuité et la stabilité du patient, et la prévisibilité de sa réaction au traitement sont le plus souvent les critères servant à déterminer l'attribution pertinente des ressources, en plus du modèle de prestation des services utilisé dans le secteur. Ces critères axés sur le patient devraient être appliqués, quel que soit l'endroit où se trouve le patient dans le continuum du service.

### **Forces de la concurrence**

Il existe encore une forte concurrence pour les ressources infirmières en Amérique du Nord. En particulier, les localités frontalières au Nouveau-Brunswick ne peuvent pas compétitionner avec les offres d'emploi des États-Unis. On signale une perte considérable d'infirmières et d'infirmiers du Nouveau-Brunswick qui traversent la frontière. Selon les infirmières et infirmiers renseignés qui ont participé au groupe de discussion, plusieurs nouveaux diplômés respectent leur entente de service compensatoire associée à une bourse et quittent par après la province pour diverses raisons : offres attrayantes d'emploi à temps plein avec incitatifs, promesses de meilleures conditions de travail avec des charges de travail plus raisonnables, occasion de voyager et d'expérimenter, etc.

Les infirmières et infirmiers constituent un des plus importants groupes de professions des systèmes de soins de santé au Canada atlantique. L'offre et de la demande donnent lieu à de plus en plus de concurrence quant aux activités de recrutement à l'intérieur de la région et d'autres provinces au Canada et États des États-Unis. À la suite des conventions collectives négociées récemment à Terre-Neuve et à l'Île-du-Prince-Édouard, le Nouveau-Brunswick vient au quatrième rang au Canada atlantique pour les recrues dans la main-d'œuvre et deuxième pour les travailleurs expérimentés. La province est donc nettement désavantagée non seulement à l'intérieur de la région de l'Atlantique mais aussi sur le marché nord-américain quand il s'agit d'attirer de nouveaux venus au sein de la main-d'œuvre de la province. Malgré la forte position dans laquelle la province se trouve pour les infirmières et infirmiers

---

expérimentés, il faudrait quant même se préoccuper de cette situation vu l'importance de la profession pour le mieux-être général du système de soins de santé et la demande future de ce groupe professionnel.

### **Analyse des données**

La base de données d'inventaire comprend 8 259 infirmières et infirmiers immatriculés (II), 7 872 occupant un emploi (personnes ayant un emploi) et 7 872 emplois. Le nombre d'employés et d'emplois sont les mêmes pour cette profession, ce qui diffère de plusieurs autres professions. Le formulaire d'inscription de l'Association des infirmières et infirmiers du Nouveau-Brunswick indique seulement un poste par membre, donc tout emploi secondaire n'est pas indiqué dans la base de données. Cela limite l'efficacité de l'analyse. Il est recommandé pour la saisie future des données que plus d'un emploi soit indiqué pour chaque membre. Le statut d'inscription des 8 229 II est comme suit : 7 700 (94 %) sont actifs, 451 (5 %) sont inactifs et 78 (1 %) ont pris leur retraite.

L'analyse démographique de ce groupe révèle que la plupart (7 930 ou 96 %) des II sont des femmes et que l'âge moyen de cette profession est de 43 ans (ne comprenant pas les II à la retraite). L'analyse par catégorie d'âge révèle que les II sont répartis presque également entre la catégorie d'âge des 25 à 40 ans (37 %) et la catégorie d'âge des 40 à 50 ans (34 %). La catégorie d'âge des 50+ comprend 29 % des II. La plupart (15 %) des II faisant partie de la catégorie d'âge des 50+ sont dans la catégorie d'âge des 50 à 54 ans, 10 % sont dans la catégorie d'âge des 55 à 59, et 4 % ont plus de 60 ans. Cette analyse comprend aussi les membres à la retraite.

Afin de déterminer le nombre de II qui font partie de la zone d'admissibilité à la retraite et qui en feront partie au cours de la période de prévision de cinq ans, le pourcentage de retraités de ce groupe doit être supprimé de l'analyse. Au total, 78 II ont indiqué sur leur formulaire d'adhésion qu'ils sont « à la retraite ». Ainsi, 34 des 348 II qui ont plus de 60 ans ont indiqué être à la retraite, 28 des 787 sont dans la catégorie d'âge des 55 à 59 ans, 10 des 1 226 sont dans la catégorie d'âge des 50 à 54 ans et six autres ayant moins de 55 ans ont indiqué qu'ils sont à la retraite. En supprimant ces II de l'analyse, on constate que 1 072 II (13 % du total) se trouvent actuellement dans la zone d'admissibilité à la retraite (55+) et que 1 216 (15 % du total) en feront partie au cours de la période de prévision de cinq ans. Au total, 2 288 II (28 % des II non à la retraite) sont ou seront dans la zone d'admissibilité à la retraite au cours de la période de prévision de cinq ans de la présente étude. Quant aux travaux effectués en 2001, l'âge moyen des II à la retraite au Canada est actuellement de 56 ans.<sup>46</sup>

En plus des départs à la retraite, la modification législative récente prolongeant le congé de maternité admissible de six mois à un an a beaucoup d'impact sur une main-d'œuvre infirmière qui est à prédominance féminine. Le taux de la main-d'œuvre féminine en âge de procréer est une statistique importante quant on parle de la stabilité fluctuante de la main-d'œuvre. L'impact est de nature plus temporaire que les retraites mais il crée néanmoins des difficultés dans la planification des effectifs. L'analyse combinée du sexe et de l'âge afin de déterminer le pourcentage de ce groupe qui se trouve dans la zone des congés de maternité révèle que 2 872 II sont dans la catégorie d'âge des 25 à 40 ans, soit 36 % des infirmières et infirmiers, et 35 % de la profession.

Une autre analyse démographique révèle que 4 477 (54 %) des 8 229 II ont des compétences linguistiques en anglais seulement, 3 556 (43 %) ont des compétences linguistiques en anglais et en français, et 225

---

<sup>46</sup> G. Dussault et al., *Le marché du travail en soins infirmiers au Canada : revue de la littérature/rapport présenté à la Table ronde des intervenants en soins infirmiers*, 2001.

(3 %) ont des compétences linguistiques en français seulement. Le tableau ci-dessous fournit une analyse de la compétence linguistique par région des 7 872 II à l'intérieur de la profession. Les chiffres entre parenthèses indiquent le pourcentage des II dans la région sanitaire dont la compétence linguistique est précisée.

Tableau 12 – Compétences linguistiques des II

<b>II</b>	<b>Anglais</b>	<b>Français</b>	<b>Anglais et français</b>	<b>Total de la région dans la profession</b>
Région 1	832 (44 %)	39 (2 %)	1 024 (54 %)	1 895
Région 2	1 664 (90 %)	2 (<1 %)	191 (10 %)	1 857
Région 3	1 306(74 %)	11 (1 %)	459 (26 %)	1 776
Région 4	6 (1 %)	92 (18 %)	416 (81 %)	514
Région 5	30 (7 %)	14 (3 %)	396 (90 %)	440
Région 6	20 (3 %)	53 (7 %)	657 (90 %)	730
Région 7	266 (68 %)	1 (<1 %)	126 (32 %)	393
Région inconnue	13 (36 %)	0	23 (64 %)	231
Extérieur de la province	130 (56 %)	2 (1 %)	99 (43 %)	231
<b>Total des II</b>	<b>4 267 (54 %)</b>	<b>214 (3 %)</b>	<b>3 391 (43 %)</b>	<b>7 872</b>

D'après l'information sur la formation incluse dans la base de données, 6 439 II (78 %) détiennent un diplôme ou un certificat comme critère d'admission à la profession, 1 789 II (22 %) possèdent un baccalauréat et une II a une maîtrise. Pour mieux définir la formation de la main-d'œuvre des II, un autre champ de données, « plus haut niveau de scolarité », révèle que 939 II (11 %) ont un baccalauréat, 579 (7 %) détiennent un diplôme ou un certificat, 123 (1,5 %) possèdent une maîtrise, 12 II possèdent un doctorat et 451 II (5,5 %) ont un autre diplôme.

L'analyse par région sanitaire révèle que la plupart des 7 872 II se trouvent dans les Régions 1 et 2, 1 895 (24 %) et 1 857 (24 %) respectivement. La répartition dans la Région 1 est comme suit : 823 (43 %) dans la région sud-est (1SE), 28 % dans Beauséjour (1B) et 253 (28 %) pour laquelle la région 1SE ou 1B n'a pas été indiquée ou n'est pas applicable. La répartition régionale des autres II est comme suit : 1 776 dans la Région 3 (23 %), 730 (9 %) dans la Région 6, 514 (7 %) dans la Région 4, 440 (6 %) dans la Région 5 et 393 (5 %) dans la Région 7.

L'analyse des secteurs d'emploi révèle que 6 209 (79 %) des 7 872 II inscrits dans la base de données travaillent pour le gouvernement provincial, qui comprend le ministère de la Santé et du Mieux-être, les Services familiaux et communautaires, et les régies régionales de la santé. Le deuxième plus grand nombre d'employés et de postes (1 281 ou 16 %) se retrouve dans le secteur privé, 189 (2 %) sont dans la catégorie « autre », qui comprend aussi l'extérieur de la province et du pays, 119 (2 %) des II travaillent dans un autre service du gouvernement provincial et 65 pour le gouvernement fédéral.

L'analyse par secteur de la santé révèle que la plupart (5 355 ou 68 %) des 7 872 II travaillent dans le secteur hospitalier, 739 (9 %) dans les foyers de soins, 413 (5 %) pour le Programme extra-mural, 250 (3 %) dans le secteur privé, 238 (3 %) dans les services de santé publique, 189 (2 %) dans la catégorie « autre », 185 (2 %) dans un cabinet de médecin, 151 (2 %) dans un milieu universitaire,

---

154 (2 %) pour le gouvernement et les autres dans les services de santé mentale et les centres de santé communautaires.

Quant au champ d'exercice, la base de données montre que 7 041 (90 %) des 7 872 II travaillent dans un milieu clinique, 320 (4 %) sont en gestion, 243 (3 %) sont dans un secteur « autre », 222 (3 %) sont dans le secteur de la formation et 23 sont en recherche. La catégorie « autre » peut comprendre les II qui travaillent à titre consultatif et dans le secteur de la vente, et comprend aussi les II dont le champ d'exercice est inconnu.

Deux éléments de la base de données décrivent la méthode de travail de la main-d'œuvre. Le « statut d'emploi » est documenté pour tous les particuliers et le « statut professionnel » pour tous les particuliers qu'ils aient un emploi ou non. L'analyse suivante donne un aperçu du travail des II en analysant ces deux éléments.

La plupart (4 491 ou 57 %) des 7 872 II occupent des postes permanents à temps plein, 2 228 (28 %) des postes permanents à temps partiel, 838 (11 %) des postes occasionnels, 177 (2 %) des postes permanents temporaires et 118 (1 %) sont en congé. Le statut d'emploi des 21 autres est inconnu.

L'analyse des ÉTP révèle que 48 % des II ont indiqué travailler entre 0,76 et 1 ÉTP, 26 % ont indiqué travailler >1 ÉTP, 16,5 % travaillent entre 0,51 et 0,75, 5,3 % travaillent entre 0,26 et 0,50, et 4 % travaillent >0,25 ÉTP. Ces répartitions des ÉTP sont presque les mêmes entre les données de la BDFS et les données de la BDRH.

Le statut d'emploi est établi en fonction des 8 229 II dont 7 871 (95 %) exercent leur profession, 106 (1 %) sont à la retraite, 101 ont indiqué être sans emploi et ne pas chercher un emploi comme II, 88 ont indiqué être sans emploi et chercher un emploi comme II, 20 II ont indiqué vouloir suivre un cours de recyclage et chercher un emploi comme II, et neuf travaillent à l'extérieur de la profession mais cherchent un travail à l'intérieur de la profession. Cette information est très importante dans la planification des effectifs, car 108 II pourraient être sans emploi et chercher un emploi comme II (88) ou vouloir suivre un cours de recyclage pour travailler comme II (20).

### **Analyse de l'écart**

**Vu les facteurs relatifs à l'offre et à la demande présentés dans l'analyse ci-dessus, il est évident qu'il y aura une importante pénurie d'infirmières et d'infirmiers immatriculés au cours de la période de prévision de cinq ans. Dès 2002, avec un déficit prévu de plus de 400 II dans le système, la pénurie augmente radicalement de 2003 à 2007, pour passer de plus de 900 en 2003 à plus de 1 000 en 2007.**

Ces chiffres sont basés sur l'information suivante :

- Recrutement d'un pourcentage réaliste des diplômés des programmes de sciences infirmières au Canada atlantique (de 244 à 283 diplômés par année entreront dans le système au Nouveau-Brunswick).
- Hypothèse que 50 % des 117 II qui ont indiqué chercher un travail comme II réintégreront la main-d'œuvre en 2003 et seront ajoutés à la « main-d'œuvre actuelle ».
- Hypothèse qu'à compter de 2004, le ratio du coefficient des effectifs de la main-d'œuvre disponible change pour intégrer un ratio plus élevé de IAA par rapport aux II, par une réduction de 1 % de la

---

main-d'œuvre de II par année, en 2004, 2005 et 2006 (ce qui équivaut à une réduction ou à une conversion d'environ 70 postes de II par année).

Ces estimations comprennent aussi l'information suivante sur l'offre présentée par les membres de la profession ayant participé au groupe de discussion dans le cadre de cet exercice :

- la charge de travail et la qualité de vie professionnelle ont un impact négatif sur l'offre (maintien en poste);
- l'écart entre l'employabilité des nouveaux diplômés et les attentes des employeurs a un impact négatif sur l'offre (recrutement);
- l'absence de postes à temps plein pour les nouveaux diplômés a un impact négatif sur l'offre (recrutement).

Ces estimations ne tiennent pas compte du Programme de retraite progressive proposé pour les II de la Partie III.

En résumé, la main-d'œuvre des infirmières immatriculées est à prédominance féminine (96 %), l'âge moyen étant de 43 ans, possède un taux modéré de membres bilingues (43 %) et occupe surtout des postes permanents à temps plein ou permanents à temps partiel (85 %). La plupart des II travaillent dans le secteur hospitalier. Près de 26 % de cette main-d'œuvre travaille plus d'un ÉTP. Il existe des sources des effectifs locales dans les deux langues officielles. On connaît actuellement une pénurie de cette main-d'œuvre, qui double au cours de la période de prévision. Vu l'ampleur de la pénurie et le taux d'entrée dans la profession, le Nouveau-Brunswick devra relever le défi de reconstituer cette main-d'œuvre en l'absence de stratégies ciblées.

### **5.7.3 Infirmières cliniciennes spécialisées**

Les infirmières cliniciennes spécialisées au Nouveau-Brunswick possèdent des connaissances et des compétences spécialisées en soins infirmiers acquises par une grande expérience et une formation au niveau de la maîtrise en soins infirmiers. Elles agissent comme mentors, fournissant un leadership professionnel, et contribuent à l'avancement de la pratique infirmière et à la recherche en soins infirmiers cliniques en milieu de travail.

#### **Analyse des données**

La base de données d'inventaire comprend 27 infirmières cliniciennes spécialisées, 27 employées et 27 postes. Ces infirmières exercent leur profession. Le statut d'inscription des 27 infirmières cliniciennes spécialisées est comme suit : 26 (98 %) sont actives et 1 (4 %) est inactive.

L'analyse démographique par âge révèle que l'âge moyen des infirmières cliniciennes spécialisées est de 45 ans. Les 27 infirmières cliniciennes spécialisées dans la base de données d'inventaire sont des femmes. Seulement 6 (22 %) ont moins de 40 ans, 15 (56 %) sont dans la catégorie d'âge des 40 à 50 ans, et 6 (22 %) ont plus de 50 ans et pourraient prendre leur retraite au cours de la période de prévision de cinq ans.

---

L'étude de la compétence linguistique révèle que 15 (56 %) infirmières cliniciennes spécialisées ont des compétences linguistiques en anglais et en français, et 12 (44 %) ont des compétences linguistiques en anglais seulement.

De 27 infirmières cliniciennes spécialisées, 21 (78 %) travaillent pour le gouvernement provincial qui comprend le ministère de la Santé et du Mieux-être, les Services familiaux et communautaires, et les régies régionales de la santé, 2 (7 %) travaillent dans le secteur privé et 4 (15 %) travaillent dans un secteur « autre », qui comprend les postes à l'extérieur de la province.

L'analyse des régions sanitaires révèle que la plupart (11 ou 41 %) des 27 infirmières cliniciennes spécialisées sont dans la Région 1 (7 dans la Région 1SE et 4 dans la Région 1B), 6 (22 %) dans la Région 2, 4 (15 %) dans la Région 3, 2 (7 %) dans chacune des Régions 5 et 6, et 1 (4 %) dans chacune des Régions 4 et 7.

L'analyse par secteur de la santé révèle que 17 (63 %) postes d'infirmières cliniciennes spécialisées sont dans le secteur hospitalier, 2 (7 %) dans les services de santé mentale, 1 (4 %) dans le secteur universitaire, dans le Programme extra-mural, dans les cabinets de médecin et dans les services de santé publique, et 4 (15 %) ont indiqué « autre » comme secteur de la santé. D'un point de vue plus détaillé, 20 (74 %) des 27 infirmières cliniciennes spécialisées sont dans un domaine de pratique clinique, 4 (15 %) sont en gestion et 3 (11 %) sont en éducation.

L'analyse par statut d'emploi révèle que la plupart (22 ou 81 %) des 27 postes d'infirmières cliniciennes spécialisées sont des postes permanents à temps plein, 2 (7 %) sont des postes permanents à temps partiel, 2 (7 %) sont des postes permanents temporaires et 1 (4 %) est un poste occasionnel. L'analyse des ÉTP de ce groupe révèle que la plupart (57 %) des infirmières cliniciennes spécialisées travaillent entre 0,76 et 1 ÉTP, un pourcentage relativement élevé travaillent >1 ÉTP (31 %), 9 % travaillent entre 0,51 et 0,75, et 1 (3 %) travaille <0,25 ÉTP.

#### **5.7.4 Infirmières praticiennes (IP)**

Aucune analyse des infirmières praticiennes (IP) n'a été effectuée car aucune d'entre elles ne travaillent encore à ce titre dans le système de soins de santé au Nouveau-Brunswick. Toutefois, le gouvernement reconnaît qu'il importe de développer une solide infrastructure communautaire de services de soins de santé primaires pour assurer un accès équitable aux soins primaires essentiels à tous les citoyens. Afin de satisfaire à cette exigence, des projets de loi ont été adoptés à la session de la Législature du Nouveau-Brunswick, au printemps de 2002, pour désigner les infirmières praticiennes comme une nouvelle catégorie de professionnels de la santé au Nouveau-Brunswick.

Les IP ont suivi une formation spécialisée axée surtout sur l'évaluation, le diagnostic et la gestion des soins de santé. Elles possèdent les connaissances, les compétences et le pouvoir d'ordonner certains tests diagnostics et de prescrire des ordonnances pour certains médicaments. Le ministère de la Santé et du Mieux-être élabore la stratégie de mise en oeuvre pour ces nouveaux professionnels de la santé. On prévoit que 15 postes de II seront convertis en 2002-2003. Ces postes seront établis dans cinq milieux au cours de l'année : foyers de soins, centres de santé communautaires nouvellement créés, services d'urgence, cliniques de santé mentale communautaires et cabinets de médecin. Les IP participeront à un modèle de prestation en équipe avec les médecins et d'autres professionnels de la santé. On prévoit que ces postes seront rémunérés à salaire.

Il est difficile de prévoir la demande et l'utilisation futures des infirmières praticiennes dans la province en ce moment, en attendant une évaluation de l'utilisation de ce nouveau service par les

---

Néo-Brunswickois. À mesure que les consommateurs et les collègues de l'équipe de santé se familiarisent avec le rôle et auront plus confiance dans les compétences des IP, la demande du service de santé de ce fournisseur de soins de santé peut augmenter. Chaque province au Canada qui offre ce type de fournisseur de soins de santé a indiqué que l'établissement d'un programme de formation pertinent avec un financement suffisant et durable, et un engagement de financer les postes de IP à l'extérieur des hôpitaux font partie des critères essentiels à la réussite.

La source de l'offre d'infirmières praticiennes pour appuyer leur mise en place au Nouveau-Brunswick est un enjeu. La formation minimale pour l'exercice de la profession de IP au Nouveau-Brunswick est à l'étude. Le campus de Fredericton de l'Université du Nouveau-Brunswick (UNBF) offre actuellement un programme d'infirmières praticiennes à temps partiel dans le cadre du programme de maîtrise en sciences infirmières. Des 24 étudiants inscrits à temps partiel au programme, seulement deux devraient obtenir leur diplôme en 2002-2003. La Faculté de des sciences infirmières de l'UNBF a soumis au gouvernement une proposition, qui explique le besoin d'attribuer d'autres ressources pour assurer la viabilité du programme, en plus de fournir un choix d'études à temps plein afin de former un nombre suffisant de IP pour répondre à la demande prévue. L'Université de Moncton prévoit offrir la formation de IP au niveau de la maîtrise avec un choix d'études à temps plein (complétée en deux ans) et à temps partiel (complétée en cinq ans). Cette proposition sera présentée au Conseil des gouverneurs de l'Université de Moncton en septembre 2002, la date prévue de mise en oeuvre étant septembre 2003. Il y a beaucoup d'intérêt de la part d'étudiants potentiels et le contingent a été établi à six étudiants pour chacune des années 1 et 2, à huit étudiants pour la troisième année et à dix étudiants par année par après.

En l'absence d'infirmières praticiennes formées localement, le gouvernement devra faire du recrutement à l'extérieur de la province pour atteindre son objectif initial de 15 IP au cours du présent exercice financier. Les données du rapport de l'ICIS de 2001 sur le nombre et la répartition des infirmières et infirmiers autorisés au Canada révèlent qu'il y a actuellement 620 IP au Canada, comme l'indiquent les données obtenues de Terre-Neuve-et-Labrador, de l'Ontario, de l'Alberta et du Yukon. Depuis la parution du rapport de l'ICIS, la loi nouvelle ou modifiée permet l'exercice de la profession d'IP en Nouvelle-Écosse, au Manitoba, en Saskatchewan et maintenant au Nouveau-Brunswick. D'autres provinces étudient la possibilité d'adopter une loi semblable.

Il n'existe aucune norme de formation pour la préparation des IP au pays, certaines provinces offrant un programme d'études supérieures et d'autres des programmes de maîtrise. À la suite de la mise en place de ce nouveau fournisseur de soins de santé, il faudra établir un mécanisme, par exemple un examen national pour les IP, afin de définir les normes de compétence pour l'utilisation du service et afin d'assurer la réciprocité qui facilite la mobilité interprovinciale.

L'Ontario compte actuellement 467 IP des soins de santé primaires qui ne sont pas toutes employées à temps plein. Toutefois, la province a de la difficulté à recruter des infirmières praticiennes pour les localités rurales de la province où le besoin est le plus grand. En réponse à la demande rurale, le gouvernement de l'Ontario a annoncé récemment l'octroi de trois millions de dollars afin de créer des postes d'infirmières praticiennes des soins de santé primaires, comme premier point de contact dans les localités où il y a une grave pénurie de médecins locaux. L'Ontario peut être initialement une source des effectifs pour certaines régions du Nouveau-Brunswick; toutefois, la demande pour ce praticien augmente.

La Nouvelle-Écosse a quatre projets pilotes de soins de santé primaires en cours, auxquels participent quatre infirmières praticiennes immatriculées. D'après les annonces publiées récemment par la province, huit autres IP seront embauchées en 2002 pour appuyer les services de soins de santé primaires.

---

L'Université Dalhousie offre un programme de formation à distance d'infirmière praticienne des soins de santé primaires. Le nombre de places dans ce programme influera sur la demande du marché compte tenu des huit postes qui doivent être financés par le gouvernement l'an prochain. Des cours spécialisés d'IP sont aussi offerts dans le cadre du Programme de maîtrise en soins infirmiers de l'Université Dalhousie. Ce programme est conçu pour les IP travaillant dans des milieux de soins actifs et plusieurs infirmières dont le rôle est élargi qui travaillent dans des secteurs comme les services d'urgence poursuivent une spécialisation comme infirmière praticienne.

## 5.8 Groupes dentaires

La demande de propositions initiale incluait les groupes dentaires dans les professions de la santé devant être étudiées, analysées et documentées. Cette profession s'exerce surtout dans le secteur privé, la Société dentaire du Nouveau-Brunswick (SDNB) étant le registraire pour les dentistes, les hygiénistes-dentaires et les assistants dentaires. Le directeur général de la SDNB a indiqué qu'un projet en quatre volets à long terme est mis sur pied par Développement des ressources humaines Canada (DRHC) et l'Association dentaire canadienne (ADC), en collaboration avec les associations et sociétés dentaires provinciales afin d'analyser et de prévoir les besoins en matière de ressources humaines en santé pour les professions dentaires. Des réunions et des discussions avec la SDNB, DRHC et le College of Dental Surgeons of British Columbia ont eu lieu sur l'inclusion de ces groupes dans la base de données d'inventaire sur les ressources humaines en santé. La SDNB ne pense pas que l'étude récente fournirait assez d'avantages en plus de ceux de l'étude canadienne pour justifier un effort de la part de la société et de ses membres (dentiste, hygiéniste-dentaire et assistant dentaire) de recueillir des données. Elle a choisi de ne pas fournir d'information sur les particuliers. Après les réunions et les discussions avec le Comité directeur des ressources humaines en santé, il a été décidé de ne pas inclure les professions dentaires dans l'étude comme un niveau individuel.

L'information suivante pour le nombre de personnes qui exercent une profession dentaire dans la province est présentée à des fins d'étude. Ces chiffres ne sont pas inclus dans le total des 17 474 personnes inscrites dans la base de données d'inventaire car aucune information individuelle n'a été fournie. La SDNB a fourni l'information suivante à Fujitsu Conseil :

- 247 (91 %) des 272 dentistes qui exercent au Nouveau-Brunswick sont des hommes,
- 241 hygiénistes-dentaires,
- 328 assistants dentaires.

La SDNB a indiqué qu'il y a une pénurie et une demande élevée d'hygiénistes-dentaires au Nouveau-Brunswick et au Canada. Dans certains cas, les postes vacants ont été annoncés pendant une période pouvant aller jusqu'à six mois.

Il existe une demande forte et constante d'assistants dentaires immatriculés au Nouveau-Brunswick. L'offre semble aussi être suffisante actuellement.

---

## 5.9 Autres professions

### 5.9.1 Ambulanciers, TUM et travailleurs paramédicaux

#### Tendances et enjeux

Au Nouveau-Brunswick, les ambulanciers, les TUM et les travailleurs paramédicaux ne forment pas un groupe de professions réglementé et il n'y a actuellement aucune norme uniforme d'admission à la profession. Au moment de la publication du présent rapport, l'Alberta est la seule province au Canada où les travailleurs paramédicaux sont autoréglementés. La Nouvelle-Écosse, l'Ontario et la Saskatchewan envisagent d'adopter une loi semblable. Au Nouveau-Brunswick, l'Association des paramédics du Nouveau-Brunswick a indiqué qu'elle a l'intention de présenter un projet de loi privé à l'Assemblée législative.

Les principaux enjeux relatifs à la prestation des services ont été soulignés par ce groupe de professions.

- Les demandes diffèrent grandement entre les milieux urbains et ruraux. Le faible nombre et le niveau d'acuité des appels dans plusieurs localités rurales et régions éloignées rendent le recrutement et le maintien en poste difficiles dans ces communautés. Les TUM et les travailleurs paramédicaux ne peuvent pas obtenir un emploi à temps plein et ils doivent maintenir leurs compétences en raison de la nature des services qu'ils offrent.
- Il n'y a pas de TUM et de travailleurs paramédicaux francophones qui sont formés. La Maritime Medical School of Paramedicine a indiqué qu'elle éprouve de la difficulté à pourvoir les places du programme en français à Bathurst. Seulement huit des 22 places disponibles à cet endroit ont été pourvues l'an dernier et six sont remplies pour septembre 2002.
- À la suite de discussions, une nouvelle norme qui nécessite deux TUM et travailleurs paramédicaux qualifiés par appel n'a pas été mise en oeuvre en raison du profil actuel des titres de compétences et du personnel actuel des services ambulanciers respectifs dans la province.
- La mise en oeuvre de ces nouvelles normes pour l'admission à la profession et pour l'exercice de la profession a un impact sur les bénévoles actuels par rapport au personnel rémunéré.
- Le cadre des fonctions de ce groupe de professions est très variable au pays et l'Accord sur le commerce intérieur comporte le défi d'harmoniser les diverses pratiques provinciales.

À l'échelle nationale, le cadre des fonctions des travailleurs paramédicaux continue d'évoluer d'une intervention d'urgence réactive à un service de santé d'urgence plus proactif. À mesure que le secteur hospitalier des soins actifs continue d'être rationalisé, le besoin d'un système de soins aigus à l'extérieur de l'hôpital semble de plus en plus nécessaire. En consultation avec une vaste gamme d'intervenants provinciaux et nationaux, l'Association canadienne des travailleurs paramédicaux a établi un profil national des compétences professionnelles, qui est devenu le point de repère national pour les normes cliniques et de formation.<sup>47</sup> Le Nouveau-Brunswick n'a pas encore adopté ces normes. L'impact de l'adoption de ces normes sur les membres qui exercent actuellement la profession devra être déterminé, surtout pour ceux qui travaillent à titre bénévole. Il faudra établir une stratégie de transition qui

---

<sup>47</sup> *The Need for Quality Health Care by Paramedics: Canada's Front Line of Emergency Medical Services*, mémoire de l'Association canadienne des travailleurs paramédicaux à la Commission Romanow, avril 2002.

---

comprend l'évaluation des connaissances acquises et déterminer un moyen d'assurer une norme de compétences minimale.

### **Source des effectifs**

Au Nouveau-Brunswick, la Maritime School of Paramedicine, que possède et exploite l'Ambulance Saint-Jean, offre un programme de paramédecine de soins primaires qui est dispensé par les différents sites du programme à Saint-Jean, Fredericton, Moncton et Bathurst. C'est la première année du programme et il a reçu récemment le statut d'accréditation de l'Association médicale canadienne (AMC).

Le Collège communautaire du Nouveau-Brunswick offrait auparavant un programme semblable dans la province et les derniers diplômés sont entrés dans le système au printemps de 2001. Auparavant, l'Ambulance Saint-Jean offrait dans la province des programmes de formation de TUM – niveau I, d'une durée d'environ 350 heures et surtout subventionnés par le gouvernement provincial. Le programme actuel de paramédecine en soins primaires comprend 1 258 heures sur 40 semaines continues, et comporte des droits de scolarité de 11 000 \$, dont le coût doit être assumé par l'étudiant. Ce changement a limité le nombre de candidats dans une certaine mesure. Les diplômés de ce programme ont un niveau de qualification plus élevé que celui actuellement requis par la province, qui exige seulement le niveau 1 de TUM pour l'exercice de la profession. Cela pourrait avoir un impact négatif sur le maintien des diplômés au Nouveau-Brunswick. En plus de devoir se pencher sur les compétences minimales pour l'exercice de cette profession, le Nouveau-Brunswick doit déterminer la valeur de l'ajout de la classification des paramédicaux spécialisés au système de prestation des soins de santé de la province.

Bien que les programmes soient offerts en fonction de la demande du marché, la Maritime Paramedicine School a actuellement un contingent de 22 étudiants par site et un taux d'attrition d'environ 17 % pour la première année du programme. En 2001-2002, 66 étudiants étaient inscrits dans quatre endroits et 55 étudiants ont obtenu leur diplôme. Les étudiants sont surtout du Nouveau-Brunswick et certaines places sont réservées aux résidents de la Nouvelle-Écosse (3 en 2002 et 4 en 2001). Les diplômés doivent adhérer à l'Association des paramédics du Nouveau-Brunswick pour obtenir un numéro provincial d'ambulancier qui est requis pour exercer la profession. L'école effectue des sondages de suivi auprès des diplômés afin de déterminer les taux d'emploi des diplômés. Ces sondages n'étaient pas disponibles au moment de la rédaction du présent rapport.

Le Collège Holland offre aussi des programmes de paramédecine en soins primaires et de paramédecine en soins avancés. Le Collège Holland et le Nova Scotia Community College offrent un programme à temps partiel de paramédecine en soins avancés pour ceux qui désirent continuer de travailler tout en améliorant leurs compétences. Trente étudiants peuvent s'inscrire chaque année au programme d'une durée de dix mois. En septembre 2002, 33 étudiants étaient inscrits dont un résident du Nouveau-Brunswick. Le taux d'attrition est de 2 % seulement. Le programme de paramédecine avancée est d'une durée de treize mois, comprend 15 étudiants et a un taux d'attrition nominal d'environ 2 %. Quatorze étudiants de partout au Canada étaient inscrits en septembre 2002; toutefois, on ne sait pas si des étudiants du Nouveau-Brunswick étaient inscrits. La plupart de ces étudiants retournent dans leur province de résidence pour exercer leur profession.

Les diplômés de ces programmes occupent des postes dans le service d'ambulance aérien et au sol, dans les salles d'urgence aux fonctions de triage et dans les services de communication d'urgence (répartiteurs du 911), et des postes à l'étranger.

## Analyse des données

Il importe de noter que les données pour ce groupe proviennent de diverses sources qui n'ont pas pleinement documenté le Système d'information sur les matériels médicaux (SIMM). De plus, la compilation de ces diverses sources de données représentait un défi et un problème en raison de l'état incomplet de chaque source de données et de l'absence de normes sur les données. L'Association des paramédics du Nouveau-Brunswick connaît les préoccupations relatives aux données et elle révisé son processus de collecte et d'intégrité des données.

La base de données d'inventaire comprend 1 096 travailleurs paramédicaux, dont 951 occupent 988 emplois (un employé peut occuper plusieurs emplois). Le statut d'inscription des 1 096 travailleurs paramédicaux est comme suit : 998 (91 %) sont actifs et 17 (2 %) sont inactifs. Le statut d'inscription de 81 (7 %) travailleurs paramédicaux est inconnu.

L'analyse démographique par âge révèle que l'âge moyen des travailleurs paramédicaux est de 37 ans. La plupart (565 ou 52 %) des travailleurs paramédicaux ont moins de 40 ans; 242 (22 %) sont dans la catégorie d'âge des 40 à 50 ans, 72 (7 %) sont dans la catégorie d'âge des 50 à 54 ans et 51 (5 %) ont plus de 55 ans. Au total, 123 travailleurs paramédicaux pourraient prendre leur retraite au cours des cinq prochaines années, ce qui représente 11 % de la main-d'œuvre.

L'analyse par sexe révèle que 722 (66 %) travailleurs paramédicaux sont des hommes. Des 371 (34 %) travailleuses paramédicales, 177 ou 16 % du nombre total de travailleurs paramédicaux sont en âge de procréer (moins de 40 ans). Les retraites et les congés de maternité ne sont pas un enjeu aussi important pour ce groupe que pour la plupart des autres.

L'analyse de la compétence linguistique révèle que 686 travailleurs paramédicaux (63 %) ont des compétences linguistiques en anglais seulement, 231 (21 %) ont des compétences linguistiques en anglais et en français, et 57 (5 %) ont des compétences linguistiques en français seulement. Une répartition pour la région sanitaire figure au tableau ci-dessus. Le tableau 13 fournit une analyse de la compétence linguistique par région des 951 travailleurs paramédicaux à l'intérieur de la profession. Les chiffres entre parenthèses indiquent le pourcentage de tous les travailleurs paramédicaux dans la région sanitaire dont la compétence linguistique est précisée.

**Tableau 13 – Compétence linguistique des travailleurs paramédicaux**

Travailleurs paramédicaux	Anglais	Français	Anglais et français	Compétence linguistique inconnue	Total de la région dans la profession
Région 1	72 (44 %)	2 (1 %)	67 (41 %)	21 (13 %)	162
Région 2	238 (85 %)	(0 %)	8 (3 %)	33 (12 %)	279
Région 3	203 (84 %)	(0 %)	19 (8 %)	21 (9 %)	243
Région 4	4 (7 %)	25 (43 %)	26 (45 %)	3 (5 %)	58
Région 5	13 (33 %)	(0 %)	20 (51 %)	6 (15 %)	39
Région 6	3 (4 %)	27 (40 %)	27 (40 %)	11 (16 %)	68
Région 7	56 (62 %)	0	23 (25 %)	12 (13 %)	91
Région inconnue	9 (82 %)	1 (9 %)		1 (9 %)	11
Extérieur de la province					
<b>Total</b>	<b>598 (63 %)</b>	<b>54 (6 %)</b>	<b>191 (20 %)</b>	<b>108 (11 %)</b>	<b>951</b>

---

Le secteur d'emploi de 660 (69 %) des 951 travailleurs paramédicaux est inconnu, 282 (30 %) travaillent dans le secteur privé et 9 (1 %) travaillent pour le gouvernement provincial.

L'analyse des régions sanitaires révèle que la plupart (279 ou 29 %) des 951 travailleurs paramédicaux travaillent dans la Région 2, 243 (26 %) dans la Région 3, 162 (17 %) dans la Région 1, 91 (10 %) dans la Région 7, 68 (7 %) dans la Région 6, 58 (6 %) dans la Région 4 et 39 (4 %) dans la Région 5. La région sanitaire de 11 (1 %) travailleurs paramédicaux est inconnue.

L'analyse par secteur de la santé révèle que 785 (80 %) des 988 postes de travailleurs paramédicaux sont indiqués comme étant dans les services de santé publique, le secteur de santé de 183 (19 %) travailleurs médicaux est inscrit comme « autre » et 15 (2 %) sont dans le secteur universitaire. D'un point de vue plus détaillé, 955 (97 %) des 983 travailleurs paramédicaux travaillent dans un domaine de pratique clinique, 14 (1 %) sont en gestion et 14 (1 %) sont dans le secteur de la formation.

En raison du grand nombre de bénévoles dans ce groupe, le statut d'emploi de la plupart (689 ou 70 %) des 988 travailleurs paramédicaux est inconnu, 132 (7 %) occupent des postes occasionnels, 83 (8 %) des postes permanents à temps plein, 74 (7 %) des postes permanents à temps partiel et 7 (1 %) des postes permanents temporaires. L'analyse des ÉTP de la partie du secteur public (259 personnes) de ce groupe révèle que la plupart (57 %) travaillent >1 ÉTP, ce qui représente le plus haut pourcentage des professions des soins de santé du secteur public. Le reste du groupe est réparti selon les ÉTP comme suit : 17 % des travailleurs travaillent entre 0,76 et 1 ÉTP, 11 % travaillent <0,25 ÉTP, 7 % travaillent entre 0,51 et 0,76 ÉTP, et 8 % travaillent entre 0,26 et 0,50 ÉTP.

Le statut professionnel est établi en fonction des 1 096 travailleurs paramédicaux, dont 296 (27 %) exercent leur profession. Une personne est sans emploi et cherche un emploi dans la profession. Le statut professionnel des 799 autres (73 %) est inconnu.

### **Analyse de l'écart**

**On prévoit que la pénurie actuelle de moins de dix ambulanciers, TUM et travailleurs paramédicaux, s'intensifiera à environ 15 en 2003 avant d'atteindre un léger surplus en 2004 qui pourrait être de 80 travailleurs en 2007.**

Ces estimations sont basées sur les hypothèses suivantes :

- recrutement de 55 des 73 diplômés potentiels par année de la Maritime School of Paramedicine à Saint-Jean, Fredericton, Moncton et Bathurst;
- aucun changement à la méthode actuelle de prestation des services ou aux normes de compétence n'est inclus dans cette estimation. S'il y a des modifications législatives qui interdisent les travailleurs bénévoles dans cette profession, l'excédent prévu serait exagéré et pourrait devenir une pénurie.

En résumé, les ambulanciers, les TUM et les travailleurs paramédicaux forment un groupe relativement jeune (âge moyen de 37 ans) et à prédominance masculine (66 %) avec un faible taux de bilingues (20 %). Cette main-d'œuvre connaît actuellement une faible pénurie qui augmente puis diminue et devient un excédent d'ici la fin de la période de prévision de cinq ans. Si des modifications sont apportées à la loi et aux normes d'exercice de la profession au cours de la période de prévision, la vaste composante bénévole de cette main-d'œuvre peut être touchée et le surplus prévu pourrait être absorbé par le système.

---

## 5.9.2 Diététistes

### Source des effectifs

Les programmes de formation des diététistes sont offerts dans quatre universités au Canada atlantique. Les diplômés peuvent présenter une demande d'admission au programme d'internat de diététiste au Canada d'un an. L'Université de Moncton offre un baccalauréat en sciences (nutrition) de quatre à quatre ans et demi, le seul programme en français dans la région. Actuellement, sept nouveaux étudiants du programme d'alternance travail-études sont admis chaque année et 36 des 46 étudiants inscrits au programme en 2002 sont des résidents du Nouveau-Brunswick. L'Université Acadia et l'Université Memorial offrent un baccalauréat conjoint. Les étudiants de l'Université Memorial suivent deux ans à Terre-Neuve et les deux autres années à l'Université Acadia. L'Université Acadia signale que 99 étudiants sont inscrits au programme en septembre 2002, dont 13 sont du Nouveau-Brunswick. Le programme au niveau du baccalauréat de l'Université St.François Xavier peut accueillir 50 étudiants. Actuellement, 100 étudiants sont inscrits (30 en première année, 20 en deuxième et en troisième années, et 12 en quatrième année, en plus de 12 transferts et 6 étudiants à temps partiel inscrits au programme). Aucun étudiant du Nouveau-Brunswick n'a été indiqué. Cinq étudiants du Nouveau-Brunswick font partie des 42 étudiants inscrits au programme de baccalauréat en alimentation et en nutrition d'une durée de quatre ans de l'Université de l'Île-du-Prince-Édouard.

### Analyse des données

La base de données d'inventaire comprend 279 diététistes, dont 254 occupent 259 emplois (un employé peut occuper plusieurs emplois).

Le statut d'inscription des 279 diététistes est comme suit : 252 (90 %) sont actifs, 11 (4 %) ont pris leur retraite, 6 (2 %) sont inactifs et 9 (3 %) occupent des postes temporaires. Le statut d'inscription d'un diététiste est inconnu.

L'analyse démographique par âge révèle que l'âge moyen des diététistes est de 39 ans. L'analyse des catégories d'âge laisse supposer que la plupart 85 (30 %) des diététistes sont dans la catégorie d'âge des 35 à 44 ans. L'âge de 78 (28 %) diététistes est inconnu. L'analyse détaillée sur l'âge est donc limitée.

L'analyse par sexe révèle que la plupart (98 %) des diététistes sont des femmes et qu'environ 106 d'entre elles (39 % de la main-d'œuvre) ont moins de 40 ans et sont donc considérées comme en âge de procréer. Ce nombre pourrait être plus élevé si tous les âges inconnus étaient répartis parmi les catégories d'âge. Cette statistique est importante dans la planification des effectifs vu que les employées ont la possibilité de prendre un congé de maternité d'un an et vu les difficultés que cela comporte pour pourvoir les postes temporaires.

L'étude de la compétence linguistique de la main-d'œuvre des diététistes révèle que la compétence linguistique de 268 (96 %) des 279 diététistes inscrits dans la base de données d'inventaire est inconnue. Il est donc impossible d'effectuer une analyse des compétences linguistiques par région sanitaire en raison de l'information disponible.

Des 254 diététistes, 169 (67 %) travaillent pour le gouvernement provincial, 64 (25 %) dans le secteur privé et 21 (8 %) dans d'autres services du gouvernement provincial ou pour le gouvernement fédéral, ou dans un champ d'exercice « autre » ou inconnu.

---

L'analyse des régions sanitaires révèle que la plupart (67 ou 26 %) des 254 diététistes travaillent dans la Région 1 (15 dans la Région 1SE, 15 dans la Région 1B, 37 dans la Région 1 inconnue), 50 (20 %) dans la Région 2, 49 (19 %) dans la Région 3, 30 (12 %) dans la Région 6, environ 5 % dans chacune des Régions 4, 5, et 7, et 9 (4 %) à l'extérieur de la province. La région sanitaire de 5 (2 %) diététistes est inconnue.

L'analyse par secteur de santé révèle que 104 (40 %) des 259 postes de diététistes sont dans le secteur hospitalier, 34 (13 %) dans les services de santé publique, 33 (13 %) dans le secteur des foyers de soins, 22 (8 %) dans le Programme extra-mural, 16 (6 %) dans d'autres services et 27 (10 %) répartis entre les secteurs universitaires, les centres de santé communautaires, le gouvernement et les services de santé mentale. D'un point de vue plus détaillé, 183 (71 %) des 256 diététistes travaillent dans un domaine de pratique clinique, 32 (12 %) sont en gestion, 32 (12 %) ont indiqué « autre » comme champ d'exercice, 6 (2 %) sont en éducation et 3 (1 %) sont dans le secteur de la recherche.

L'analyse par statut d'emploi révèle que la plupart (160 ou 62 %) des 259 postes de diététistes sont des postes permanents à temps plein, 69 (27 %) sont des postes permanents à temps partiel, 12 (5 %) sont des postes occasionnels et 8 (3 %) sont des postes permanents temporaires. Un diététiste (moins de 1 %) est en congé. Le statut d'emploi des neuf autres (3 %) est inconnu. L'analyse des ÉTP du secteur public révèle que la plupart des diététistes (63 %) travaillent entre 0,76 et 1 ÉTP, et environ 10 % chacun travaillent >1 ÉTP, entre 0,26 et 0,50 ÉPT, et entre 0,51 et 0,76 ÉTP.

Le statut professionnel est établi en fonction des 279 personnes, dont 253 (91 %) exercent leur profession et 11 (4 %) ont pris leur retraite. Les 15 autres (5 %) travaillent à l'extérieur de leur profession, sont sans emploi ou leur profession est inconnue.

En résumé, les diététistes sont surtout des femmes (98 %), l'âge moyen étant de 39 ans (basé sur seulement 70 % de l'âge). Ces professionnels travaillent surtout pour le gouvernement provincial (67 %), dans divers milieux comme les hôpitaux (40 %), les services de santé publique (13 %), les foyers de soins (13 %) et le Programme extra-mural (8 %). Les diététistes occupent surtout des postes permanents à temps plein et permanents à temps partiel (89 %), un pourcentage relativement faible travaillant plus d'un ÉTP. Le plus grand risque pour cette main-d'œuvre quant à la planification des effectifs semble être le pourcentage élevé de jeunes femmes qui sont en âge de procréer. Le potentiel de congés de maternité d'un an est donc une préoccupation, vu la difficulté de trouver du personnel de remplacement temporaire pour les congés à court terme.

### 5.9.3 Inspecteurs en hygiène publique

#### Source des effectifs

Les particuliers qui entrent dans cette profession doivent obtenir leur formation à l'extérieur du Nouveau-Brunswick. Le University College of Cape Breton est la source des effectifs la plus près. Il offre un baccalauréat en technologie (santé de l'environnement) avec alternance travail-études de quatre ans qui est approuvé par le Comité national de certification des inspecteurs en hygiène publique. Les étudiants peuvent quitter après deux ans et demi et écrire l'examen national de l'Institut canadien des inspecteurs en hygiène publique, un processus qui comprend un stage de douze semaines.

La Ryerson Polytechnical University de Toronto offre aussi un programme de sciences appliquées de quatre ans en santé publique et en santé du travail ainsi qu'un programme d'études accélérées de deux ans

---

dont le contingent combiné est de 85 étudiants par année. Actuellement, 159 étudiants sont inscrits aux programmes (27 étudiants en première année, 15 en deuxième année, 58 en troisième année et 59 en quatrième année). Le programme de quatre ans a un taux d'attrition de 20 % comparativement à un taux d'attrition de 5 % pour le programme d'études accélérées. Essentiellement, 85 % des diplômés entrent sur le marché du travail immédiatement et 15 % poursuivent des études dans ce domaine. Aucun résident du Nouveau-Brunswick ne s'est inscrit à ce programme au cours des dernières années.

Les autres programmes approuvés au Canada sont offerts par la BCIT, le Concordia University College of Alberta et le Saskatchewan Indian Federated College de Régina.

Le certificat d'inspecteur en hygiène publique (Canada), CIHP(C), est décerné par l'Institut canadien des inspecteurs en hygiène publique (ICIHP) aux candidats qui répondent aux exigences établies dans le règlement intitulé Regulations Respecting the Certificate in Public Health Inspection (Canada) et régissant le Comité de certification des inspecteurs en hygiène publique.

Ce certificat de compétence a pour but de répondre aux besoins des provinces, des municipalités, du gouvernement fédéral et des autres employeurs d'inspecteurs en hygiène publique qualifiés.

La section du Nouveau-Brunswick de l'ICIHP est l'organisme qui représente les intérêts des inspecteurs en hygiène publique et du secteur de la santé environnementale au Nouveau-Brunswick.

L'ICIHP a entrepris une étude nationale des salaires qui sera achevée et affichée sur son site Web en janvier 2003.

### **Analyse des données**

La base de données d'inventaire comprend 46 inspecteurs en hygiène publique, dont 40 occupent 40 emplois.

Le statut d'inscription des 46 inspecteurs en hygiène publique figurant dans la base de données d'inventaire est celui de membre actif de l'association professionnelle.

L'analyse démographique par âge révèle que l'âge moyen des inspecteurs en hygiène publique est de 42 ans. La plupart (23 ou 50 %) des inspecteurs en hygiène publique sont dans la catégorie d'âge des 25 à 40 ans, 9 (19 %) sont dans la catégorie d'âge des 40 à 49 ans et 12 (26 %) sont dans la catégorie d'âge des 50 à 54 ans. Deux (4 %) inspecteurs sont dans la catégorie d'âge des 55+ et sont donc admissibles à la retraite, et 12 (26 %) se trouveront dans la zone d'admissibilité à la retraite pendant la période de prévision de cinq ans. Ainsi, 14 (30 %) inspecteurs pourraient prendre leur retraite au cours des cinq prochaines années.

L'analyse par sexe révèle que 33 (72 %) des inspecteurs en hygiène publique sont des hommes. L'analyse démographique révèle que 12 (26 %) des inspecteurs sont des femmes qui ont moins de 40 ans et qui sont considérées comme en âge de procréer. Même si cette main-d'œuvre est à prédominance masculine, cette statistique est importante dans la planification des effectifs, vu que les employées ont la possibilité de prendre un congé de maternité d'un an et vu les difficultés que cela comporte pour pourvoir les postes temporaires.

L'étude de la compétence linguistique de la main-d'œuvre des inspecteurs en hygiène publique n'est pas possible car cette information n'a pas été fournie.

---

Tous les inspecteurs en hygiène publique inscrits dans la base de données travaillent pour le gouvernement provincial. L'analyse des régions sanitaires révèle que la plupart (9 ou 22 %) des 40 inspecteurs en hygiène publique travaillent dans la Région 2, 8 (20 %) dans chacune des Régions 1 et 3, 5 (12 %) dans la Région 6, 4 (10 %) dans la Région 4 et 3 (8 %) dans chacune des Régions 5 et 7.

L'analyse par secteur de la santé révèle que les 40 postes d'inspecteurs en hygiène publique sont dans le secteur gouvernemental. Le champ d'exercice des 40 inspecteurs en hygiène publique figurant dans la base de données est indiqué comme autre ou inconnu.

L'analyse par statut d'emploi révèle que la plupart (39 ou 98 %) des 40 inspecteurs en hygiène publique occupent des postes permanents à temps plein et 1 (2 %) est en congé. Les données sur les ÉTP pour ce groupe n'étaient pas disponibles à des fins d'analyse.

Le statut professionnel est établi en fonction des 46 inspecteurs en hygiène publique, dont 40 (87 %) exercent leur profession. Le statut d'emploi des 6 autres (13 %) est inconnu.

### **Analyse de l'écart**

**On prévoit un équilibre relativement stable dans cette profession au cours de la période de prévision, d'après l'information et les hypothèses suivantes :**

- recrutement d'un ou de deux étudiants par année d'un des cinq établissements de formation au Canada (Le University College of Cape Breton est la source des effectifs la plus près mais l'information sur les diplômés n'était pas disponible; toutefois, Ryerson peut produire entre 50 à 60 diplômés par année);
- aucune nouvelle exigence de programme ou demande additionnelle du système n'est incluse au cours de la période de prévision de cinq ans.

En résumé, la main-d'œuvre d'inspecteurs en hygiène publique est à prédominance masculine (72 %), l'âge moyen étant de 42 ans, et travaille exclusivement pour le gouvernement provincial sur une base permanente à temps plein. Cette main-d'œuvre est actuellement stable et devrait le demeurer au cours de la période de prévision. Cette situation pourrait changer en raison de la demande accrue découlant de normes et de programmes nouveaux et plus rigoureux concernant l'environnement et la santé publique.

### **5.9.4 Dossiers médicaux**

#### **Tendances et enjeux**

Il est évident que le technicien des dossiers médicaux aura un rôle à jouer dans un avenir prévisible. La demande des compétences techniques offertes par cette profession augmente tandis que l'offre diminue. L'Association canadienne interprofessionnelle des dossiers de la santé (ACIDS) veut effectuer la transition vers un type de professionnels de l'information sur la santé afin que, d'ici 2010, seuls les diplômés des programmes de diplômes reconnus de l'ACIDS seront admissibles à la désignation de l'Association. Toutefois, en raison des conditions actuelles du marché, les membres de l'ACIDS ont voté majoritairement, en mars 2002, pour appuyer le maintien par l'Association de l'accréditation des diplômés des programmes qui répondent aux nouvelles normes Learning Outcomes for Health Record

---

Education (LOHRE) et l'acceptation par l'ACIDS des propositions pour la mise en oeuvre de nouveaux programmes LOHRE.

Les arriérés dans le codage dans plusieurs hôpitaux de la province et les projets comme la transition vers les normes ICD-10 sont des facteurs principaux de la demande de techniciens et ont contribué au taux actuel de cinq postes permanents vacants signalés à la fin de juillet 2002 par les régies régionales de la santé. Une proposition visant l'application de codes aux services d'urgence dans l'ensemble de la province fera toutefois augmenter considérablement la demande, qui pourrait représenter 34 nouveaux postes. Cette demande peut être réduite à long terme, par l'évolution des nouvelles technologies dans les domaines comme l'extraction de données, qui peut accroître la productivité des techniciens des dossiers médicaux.

Actuellement, le Nouveau-Brunswick vient au troisième rang au Canada atlantique en ce qui a trait aux taux salariaux des recrues et deuxième pour les travailleurs expérimentés. Il importe de noter toutefois qu'à Terre-Neuve, qui est quatrième dans les deux catégories pour ce groupe professionnel, des contrats sont actuellement à l'étude.

### **Source des effectifs**

Les techniciens des dossiers médicaux sont actuellement formés à l'extérieur du Nouveau-Brunswick. L'Association canadienne interprofessionnelle des dossiers de la santé (ACIDS) offre un programme de formation à distance de deux ans qui mène à un certificat. Cent quarante étudiants sont actuellement inscrits au programme dont trois du Nouveau-Brunswick.

Le George Brown College de l'Ontario offre un diplôme de deux ans en gestion de l'information sur la santé; le contingent du programme est de 40 étudiants et l'inscription actuelle de 86, 56 en première année et 30 en deuxième année, mais aucun étudiant du Nouveau-Brunswick.

En septembre 2002, l'Université Dalhousie a mis sur pied un nouveau programme de gestion de l'information sur la santé de quatre ans qui est reconnu par l'ACIDS. Le programme a un contingent de 30 étudiants, mais seulement six sont inscrits en 2002.

En 1999, la nouvelle norme de formation pour le programme d'études des techniciens des dossiers médicaux, Learning Outcomes for Health Record Education (LOHRE), a été adoptée pour refléter un fusionnement des anciens programmes d'administrateurs et de techniciens des archives médicales, et les demandes accrues de la technologie d'information à l'intérieur de la profession. En 1995, 16 programmes de techniciens et d'administrateurs des archives médicales étaient reconnus par l'ACIDS. Les projets de réforme en formation dans plusieurs provinces ainsi que les contraintes financières de chaque collège ont mené à l'abandon de six de ces programmes à la fin des années 90. Actuellement, cinq programmes menant à un diplôme reconnu selon la norme LOHRE et deux programmes menant à un diplôme non reconnu selon la norme LOHRE sont offerts à l'extérieur du Québec. Cinq autres programmes menant à un diplôme, dont trois au Québec, ont décidé de ne pas présenter une demande de reconnaissance par l'ACIDS.

L'offre de diplômés de ces programmes est toutefois insuffisante pour répondre à la demande de l'industrie de la santé. Plusieurs membres de la Alliance of Health Record Association in Canada ont exprimé des préoccupations et présenté des recommandations concernant la réforme en formation de l'ACIDS. Les intervenants ont souligné que l'abandon des programmes collégiaux a un impact négatif sur l'offre de codeurs à un moment où l'industrie a mentionné un besoin accru de ce type d'expertise en particulier qui est un résultat d'un programme menant à un diplôme.

---

Au printemps de 2001, l'ACIDS a reçu des lettres de deux collègues (un au Nouveau-Brunswick et un en Ontario) qui précisaient leur intention d'établir des programmes de techniciens des dossiers médicaux. Les collègues ont demandé la reconnaissance de l'ACIDS. Toutefois la date limite de 2010 est une préoccupation. Les négociations en vue d'établir un programme au Nouveau-Brunswick étaient encore au stade préliminaire au moment de la rédaction du présent rapport; il n'y aura donc pas de diplômés dans un avenir prévisible.

## **Analyse des données**

La base de données d'inventaire comprend 69 techniciens et 47 administrateurs des archives médicales pour un total de 116 dans les professions d'archiviste médicale. Pour les 116 professionnels, on compte 60 postes de techniciens des archives médicales et 43 postes d'administrateur des archives médicales. D'après les données sur l'adhésion à l'association professionnelle, 81 (70 %) des professionnels du groupe total sont des membres actifs. Le statut d'inscription des 35 autres (30 %) est inconnu. En raison des similitudes dans les rôles et les résultats, les techniciens et les administrateurs des archives médicales forment un groupe aux fins de l'analyse. Pour une analyse plus détaillée, les professions sont indiquées séparément dans les rapports de la base de données.

L'analyse par catégorie d'âge révèle que l'âge moyen des deux groupes est de plus de 40 ans. L'âge moyen des techniciens des archives médicales est de 41 ans et celui des administrateurs, de 45 ans. Des 116 professionnels, 34 (29 %) ont moins de 40 ans, 52 (45 %) sont dans la catégorie d'âge des 40 à 50 ans et 30 (26 %) sont dans la catégorie d'âge des 50+. Quatorze (12 %) professionnels des archives médicales ont plus de 55 ans et sont donc considérés comme se trouvant dans la zone d'admissibilité à la retraite; 30 (26 %) en feront partie au cours de la période de prévision de cinq ans.

Des 116 professionnels du groupe des archives médicales, 114 (98 %) sont des femmes, dont 33 (28 %) ont moins de 40 ans. La possibilité pour ces employées de prendre un congé de maternité est un facteur qui doit être pris en compte dans la planification des effectifs en santé.

L'information sur la compétence linguistique n'était pas disponible pour ce groupe.

Tous les techniciens et administrateurs des archives médicales inscrits dans la base de données travaillent pour le gouvernement provincial. L'analyse des régions sanitaires révèle que la plupart (27 ou 24 %) des 113 techniciens et administrateurs des archives médicales travaillent dans la Région 2, 25 (22 %) dans la Région 3, 21 (19 %) dans la Région 1 (11 dans la Région 1 SE et 10 dans la Région 1B), 12 (11 %) dans la Région 6, 9 (8 %) dans la Région 4, 7 (6 %) dans la Région 7 et 5 (4 %) dans la Région 5.

L'analyse par secteur de la santé révèle que 101 (98 %) des postes de technicien et d'administrateur des archives médicales se trouvent dans le secteur hospitalier. Le champ d'exercice des 60 techniciens des archives médicales est indiqué comme « autre »; 34 (79%) des 43 administrateurs des archives médicales ont indiqué « autre » comme leur champ d'exercice et les neuf autres (21 %) sont en gestion.

L'analyse par statut d'emploi révèle que la plupart (94 ou 91 %) des 103 postes de technicien et d'administrateur des archives médicales sont des postes permanents à temps plein, 6 (6 %) sont des postes permanents à temps partiel et 3 (3 %) sont des postes permanents temporaires. Quant aux ÉTP, la plupart des administrateurs et techniciens (77 % et 70 % respectivement) travaillent entre 0,76 et 1 ÉTP. Un taux semblable à l'intérieur de chaque groupe travaille >1 ÉTP (20 %), tandis que seulement 4 % des administrateurs travaillent <0,50 ÉTP et 10 % des techniciens travaillent <0,50 ÉTP.

---

Le statut professionnel est établi en fonction des 116 personnes qui sont des techniciens et des administrateurs des archives médicales, dont 103 (89 %) exercent leur profession. Le statut d'emploi des 13 autres (11 %) est inconnu.

### **Analyse de l'écart**

**Le modèle de prévision prévoit une très faible pénurie de techniciens et d'administrateurs des archives médicales en 2002, 2003 et 2004. Cette pénurie s'intensifie à environ 25 travailleurs en 2005 et à environ 45 (ou 43 % de la main-d'œuvre en archives médicales) d'ici la fin de la période de prévision.**

Ces estimations sont basées sur l'information et les hypothèses suivantes :

- recrutement de trois à quatre nouveaux diplômés par année des trois programmes de formation (ACIDS, George Brown College et Université Dalhousie), mais aucune inclusion de diplômés d'un programme de formation au Nouveau-Brunswick qui reste à être mis sur pied;
- reconnaissance de la demande additionnelle provenant de la transition vers les nouvelles normes de codage au cours de la période de prévision;
- scénario selon lequel les besoins de codage dans les salles d'urgence augmenteront la demande de dix autres travailleurs par année en 2005, 2006 et 2007.

En résumé, les techniciens et administrateurs des archives médicales sont surtout des femmes (98 %), l'âge moyen des techniciens étant de 41 ans, et celui des administrateurs de 45 ans. Ce groupe travaille uniquement en milieu hospitalier dans le secteur public, sur une base permanente à temps plein (91 %). Environ 20 % de la main-d'œuvre travaille plus d'un ÉTP. Cette main-d'œuvre est actuellement relativement stable mais elle pourrait connaître une pénurie au cours de la période de prévision de cinq ans en raison des nouvelles exigences de codage et de l'application du codage proposé dans les services d'urgence de la province.

### **5.9.5 Optométristes**

#### **Tendances et enjeux**

Au Canada, trois provinces (Alberta, Nouveau-Brunswick et Saskatchewan) et un territoire (Yukon) permettent aux optométristes agréés de prescrire des médicaments pour traiter des maladies des yeux et enlever des corps étrangers dans l'œil. Une des principales préoccupations de ce groupe de professionnel est le désir de faire reconnaître son champ d'exercice légitime par le gouvernement du Nouveau-Brunswick et la capacité de faire ajouter aux services assurés par l'Assurance-maladie une liste prescrite de traitements et de services nécessaires du point de vue médical, tout comme les traitements et services offerts par les médecins de famille et les ophtalmologistes.

---

## Source des effectifs

Les optométristes doivent suivre une formation postsecondaire d'au moins cinq ans pour obtenir leur désignation professionnelle de docteur en optométrie.

Deux programmes universitaires canadiens de formation des optométristes accrédités par le Canadian Examiners in Optometry et la Canadian Optometric Regulatory Authorities sont offerts par l'Université de Waterloo et l'Université de Montréal. Selon le site Web de l'Université de Waterloo, l'université a signé un contrat avec le Nouveau-Brunswick qui garantit une place par année à un étudiant de la province. L'Université de Montréal a conclu un contrat qui garantit deux places par année aux étudiants du Nouveau-Brunswick. Après avoir terminé le cours en optométrie, le diplômé doit satisfaire aux exigences du conseil de la province dans laquelle sa pratique sera établie. Il faut obtenir l'autorisation d'exercer la profession de l'organisme territorial ou provincial. Ces exigences permettent d'assurer que le public reçoit des soins en optométrie de qualité élevée.

## Analyse des données

La base de données d'inventaire comprend 94 optométristes qui occupent un seul emploi dans un domaine de pratique clinique dans le secteur privé. Les 94 optométristes sont membres actifs de leur association.

L'analyse démographique par âge révèle que l'âge moyen de ces optométristes est de 41 ans. La plupart (40 ou 43 %) des optométristes sont dans la catégorie d'âge des 25 à 40 ans, 35 (37 %) sont dans la catégorie d'âge des 40 à 50 ans, 6 (6 %) sont dans la catégorie d'âge des 50 à 54 ans et 8 (9 %) ont plus de 55 ans. L'âge de cinq optométristes est inconnu. Actuellement, 8 (9 %) optométristes se trouvent dans la zone d'admissibilité à la retraite (55+) et 6 (6 %) en feront partie au cours de la période de prévision de cinq ans. Ainsi, 14 (15 %) optométristes pourraient prendre leur retraite au cours des cinq prochaines années.

L'analyse par sexe révèle que 56 % des optométristes sont des hommes. Vingt-six (28 %) des optométristes sont des femmes qui ont moins de 40 ans. Bien que la plupart des optométristes soient des hommes, il faudrait tenir compte de la possibilité pour les employées de prendre un congé de maternité d'un an dans la planification des effectifs.

La compétence linguistique de 70 (74 %) optométristes est inconnue. Il n'est donc pas possible d'effectuer une analyse linguistique approfondie de cette main-d'œuvre. Quant aux autres optométristes, 12 (13 %) ont des compétences linguistiques en anglais seulement, 10 (11 %) ont des compétences linguistiques en anglais et en français, et 2 (2 %) ont des compétences linguistiques en français seulement. Il n'est donc pas possible d'effectuer une analyse linguistique valable par région sanitaire en raison des données disponibles.

L'analyse des régions sanitaires révèle que la plupart (25 ou 27 %) des 94 optométristes travaillent dans la Région 1, 21 (22 %) dans la Région 3, 16 (17 %) dans la Région 2, 15 (16 %) dans la Région 6, 8 (9 %) dans la Région 4, 5 (5 %) dans la Région 5 et 4 (4 %) dans la Région 7.

L'analyse par secteur de la santé révèle que les 94 optométristes travaillent dans le secteur privé ou d'autres secteurs.

L'analyse par statut d'emploi révèle que la plupart (90 ou 96 %) des 94 optométristes occupent des postes permanents à temps plein et quatre (4 %) occupent des postes permanents à temps partiel. Vu la nature du secteur privé de ce groupe, les données sur les ÉTP n'étaient pas disponibles à des fins d'analyse.

---

## Analyse de l'écart

**Le modèle de prévision indique actuellement un équilibre entre l'offre et la demande d'optométristes. Toutefois, une faible pénurie pouvant atteindre sept optométristes pourrait survenir d'ici la fin de la période de prévision de cinq ans.**

Ces estimations sont basées sur les hypothèses suivantes :

- utilisation des trois places réservées à contrat pour les étudiants du Nouveau-Brunswick à l'Université Waterloo et à l'Université de Montréal, et leur rapatriement au Nouveau-Brunswick;
- demande légèrement accrue des services d'optométrie, au cours de la période de prévision, en raison de la population vieillissante.

En résumé, les optométristes sont une main-d'œuvre à prédominance masculine (56 %), l'âge moyen étant de 41 ans. Ils travaillent uniquement dans le secteur privé sur une base permanente à temps plein (96 %). Cette profession est actuellement stable, mais pourrait connaître de faibles pénuries au cours de la période de prévision, en raison de la demande accrue d'une population vieillissante. De plus, si une liste des services d'optométrie médicaux nécessaires devait être établie et que ces services étaient couverts par l'Assurance-maladie au cours des cinq prochaines années, la pénurie pourrait s'aggraver.

## 5.9.6 Pharmaciens

### Tendances et enjeux

D'après les résultats d'un sondage effectué en novembre 2001 par Ipsos-Reid<sup>48</sup>, le Canada connaît une pénurie de 2 000 pharmaciens, ce qui équivaut à un taux de postes vacants de 10 % dans l'ensemble du pays. Le sondage a révélé que la moitié des pharmacies ayant participé qui avaient des postes vacants ne pouvaient pas les pourvoir et 83 % ont indiqué comme raison la non-disponibilité des pharmaciens. Près de la moitié des répondants ont indiqué que ce problème existe depuis au moins deux ans. Les pharmaciens ayant participé au sondage ressentent la pression, 76 % des pharmaciens qui travaillent dans une pharmacie ayant un poste vacant devant faire des heures supplémentaires pour compenser les pénuries de personnel et 14 % des pharmacies ayant signalé que les pénuries ont nui aux services offerts. D'après un sondage national auprès des pharmacies en 1999-2000<sup>49</sup>, c'est dans les Provinces atlantiques et au Manitoba que les postes sont vacants le plus longtemps, soit de six mois à un an. Cette information laisse supposer que les signes traditionnels de pénurie de main-d'œuvre, comme la hausse du nombre de postes vacants, les postes vacants plus longtemps, l'augmentation des heures supplémentaires et la hausse

---

<sup>48</sup> *Pénurie des pharmaciens : un signal d'avertissement pour les Canadiens*, Association canadienne des chaînes de pharmacie/Ipsos-Reid, novembre 2001.

<sup>49</sup> *Sondage sur les pharmacies hospitalières canadiennes 1999-2000* – Pharmacy Staffing and Drug Costs, Eli Lilly Canada, 2001.

---

des salaires dépassant le coût de la vie<sup>50</sup>, indiquent un resserrement du marché du travail créé par une main-d'œuvre qui ne peut suffire à la demande accrue.

Comme il est indiqué dans le sondage sur les pénuries de main-d'œuvre dans les pharmacies, il existe plusieurs tendances à l'intérieur de la profession qui ont un impact sur l'offre et la demande<sup>51</sup>. Quant à la demande, le public s'attend à des services de counseling clinique et cognitif accrus en plus de l'ordonnance de médicaments à mesure que la demande augmente en raison de la population vieillissante et d'une gamme accrue de pharmacothérapies. Les patients plus âgés représentent un plus grand pourcentage des ordonnances. Puisque les baby-boomers ont maintenant plus de 50 ans, plusieurs pensent que la demande de médicaments sur ordonnance augmentera rapidement au cours des vingt prochaines années.

Quant à l'offre de main-d'œuvre, il y a, comme dans la plupart des professions, un vieillissement de la main-d'œuvre. Les inscriptions restent à un niveau statique dans les écoles de pharmacie. La demande de pharmaciens est accrue dans des milieux non traditionnels comme le gouvernement et l'industrie, et la tendance aux grandes pharmacies dans les épiceries et les magasins à rayons s'est répandue.

Selon une étude effectuée récemment par Développement des ressources humaines Canada<sup>52</sup>, près de quatre pharmaciens sur cinq au Canada travaillent dans des pharmacies communautaires, 15 % dans les pharmacies d'hôpitaux ou d'établissement et les autres dans des associations, entreprises pharmaceutiques et firmes d'experts-conseils. D'après l'étude, le Nouveau-Brunswick compte 32 pharmacies, 97 pharmaciens communautaires, trois pharmaciens par pharmacie (comparativement à 2,6 pour le Canada), 4 313 personnes par pharmacie (semblable à la moyenne canadienne) et 1 423 personnes par pharmacien (comparativement à 1 652 pour le Canada). Selon l'étude, 2 000 postes de pharmacien sont actuellement vacants au Canada, ce qui rend le recrutement très compétitif.

L'étude mentionne aussi les données récentes sur les ordonnances qui indiquent une hausse considérable du taux d'ordonnances. Au cours des années 90, l'augmentation annuelle était de 2 à 3 %. Elle a fait un bond à 5,4 % en 1998, à 6,3 % en 1999 et à 7,6 % en 2000.

La documentation sur les ressources humaines dans la pharmacie fait ressortir deux enjeux importants : la pénurie actuelle de pharmaciens dans plusieurs régions du Canada et le rôle futur des pharmaciens dans le système de soins de santé au Canada. Ces deux enjeux sont les principaux facteurs liés à l'offre et à la demande de pharmaciens dans les secteurs professionnel et commercial, qui comprennent<sup>53</sup> :

---

<sup>50</sup> *Ibid.*, page ii.

<sup>51</sup> Association nationale des organismes de réglementation de la pharmacie, *Pharmacist Manpower Shortage Survey*, novembre 2000.

<sup>52</sup> Développement des ressources humaines Canada, *A Situational Analysis of Human Resource Issues in the Pharmacy Profession in Canada*, ébauche finale, mai 2001.

<sup>53</sup> « *A Situational Analysis of Human Resource Issues in the Pharmacy Profession in Canada* », Peartree Solutions Inc. pour Développement des ressources humaines Canada et l'Association des pharmaciens du Canada, juillet 2001, page 30.

---

## **Demande**

- Demande accrue d'ordonnances (Dépenses en médicaments au Canada 1997-2000 de l'ICIS).
- Complexité accrue liée aux ordonnances multiples et aux nouveaux médicaments.
- Demande accrue de services de counseling d'un public mieux renseigné.
- Restrictions sur le rôle et l'utilisation des techniciens en pharmacologie.
- Demande accrue de pharmaciens du système des soins de santé.
- Pressions ailleurs dans le système des soins de santé (y compris pénurie d'infirmières, d'infirmiers et de médecins).
- Nombre accru de pharmacies (la plupart dans des magasins d'alimentation et à rayons).
- Augmentation des heures d'ouverture des pharmacies.
- Temps accru pour transiger avec les payeurs et arbitres de tierce partie.

## **Offre**

- Réduction du nombre de diplômés en raison de la durée accrue du programme (temporaire).
- Disponibilité réduite prévue des pharmaciens étrangers.
- Incidence accrue des personnes qui désirent travailler à temps partiel seulement.
- Volonté réduite de travailler des heures supplémentaires, de la part des femmes qui ont des familles.
- Possibilités accrues pour les pharmaciens de travailler à l'extérieur des pharmacies (sociétés pharmaceutiques, firmes d'experts-conseils, etc.).
- Départ à la retraite à un âge moins avancé.
- Accent mis davantage sur la formation continue, ce qui peut inciter certaines personnes à prendre leur retraite plus tôt.

Une étude commandée par la Pharmacy Association of Nova Scotia (PANS) révèle que le nombre de postes dans les pharmacies dans les quatre provinces de l'Atlantique devrait augmenter de 12 % entre 2000 et 2005.

Le rôle des pharmaciens dans le système des soins de santé est un élément essentiel à l'établissement des perspectives à plus long terme de la demande de pharmaciens. Si les pharmaciens sont restreints à distribuer des médicaments et que les technologies plus avancées et le rôle élargi des techniciens en pharmacologie continuent d'empiéter sur leur rôle, la demande de leurs services à l'avenir pourrait bien diminuer. Toutefois, le scénario le plus probable est que les pharmaciens seront de plus en plus recherchés dans le système des soins de santé et appelés à jouer un rôle consultatif élargi à valeur ajoutée.

C'est la tendance nationale de la profession de pharmaciens à élargir son rôle dans le système de soins de santé. L'Association des pharmaciens du Canada a indiqué qu'il existe un besoin urgent de redéfinir et d'élargir le rôle des pharmaciens dans l'équipe des soins de santé afin d'offrir de meilleurs services aux

---

Canadiens. Nous devons supprimer les obstacles qui empêchent les pharmaciens et les autres professionnels des soins de santé d'exercer leur profession au mieux de leurs compétences.<sup>54</sup>

Selon une étude rendue publique par le gouvernement du Nouveau-Brunswick et par l'Association canadienne des chaînes de pharmacie (ACCP) en janvier 2001, les services et le counseling continus des pharmaciens contribuent au mieux-être et à la santé des patients, réduisent les visites aux médecins et assurent une utilisation plus efficace des ressources en soins de santé. L'étude intitulée Fredericton Pharmacy Initiative (FPI)<sup>55</sup> fournit la première évaluation des avantages des services de pharmaciens continus. Le projet d'une année portait sur les 21 pharmacies de la région de Fredericton-Oromocto et 262 patients. Les pharmaciens ont offert des conseils et de l'information sur l'utilisation des médicaments et le mode de vie ayant trait à la maladie du patient, et ont assuré un suivi continu. Un taux de 95 % des participants étaient satisfaits, la plupart d'entre eux ayant indiqué qu'ils aimeraient voir ce type de soins inclus dans les avantages de leur plan de médicaments. L'étude a aussi révélé que les visites chez les médecins de famille et les spécialistes ont diminué d'environ 9 % et 47 % au cours de la période de l'étude. Les visites aux salles d'urgence ont diminué de plus de 80 %.

Le ministre de la Santé et du Mieux-être a répondu à l'étude en indiquant que les résultats démontrent, de manière concluante, que les pharmaciens jouent un rôle très important dans la prestation de soins de santé de qualité rentables. Nous voulons nous inspirer de cette initiative pour maximiser le rôle du pharmacien dans la prestation des soins de santé communautaires.

D'après les statistiques d'avril 2002 sur les dépenses en médicaments au Canada de l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS), les dépenses en médicaments au Canada suivent les dépenses dans les services hospitaliers. Selon l'Association des pharmaciens du Canada (APC), cela démontre le besoin d'élargir le rôle des pharmaciens pour assurer les meilleurs résultats possibles de la pharmacothérapie. Beaucoup de preuves démontrent aussi que la participation des pharmaciens à la pharmacothérapie donne de meilleurs résultats pour les patients et réduit les coûts des soins de santé.<sup>56</sup>

L'APC a présenté à la Commission Romanow et au Comité Kirby des mémoires dans lesquels elle soulignait que le champ d'exercice des pharmaciens doit changer afin d'accroître l'efficacité du système des soins de santé. Les exemples cités sont l'autorisation des pharmaciens à prélever des échantillons de sang et à donner des vaccins. D'autres exemples comprennent autoriser les pharmaciens à faire davantage pour promouvoir le mieux-être et prévenir les maladies, dans des domaines comme le counseling sur le renoncement au tabac, l'asthme, le diabète et le contrôle. L'Association propose, entre autres :

- d'établir des équipes de soins primaires, comprenant des pharmaciens, pour assurer une utilisation optimale des médicaments, chaque membre contribuant aux soins du patient selon ses connaissances et ses compétences;
- d'établir et de financer des services de pharmacie consultatifs qui sont largement accessibles par l'entremise des pharmacies communautaires ou d'autres établissements;
- de créer un centre national de gestion de l'utilisation des médicaments qui serait chargé d'élaborer des politiques et de mettre en oeuvre des programmes en collaboration avec les provinces;

---

<sup>54</sup> Communiqué de l'APC – « Pharmacists Tell Romanow: Let us fill the gaps in health care », le 5 novembre 2001.

<sup>55</sup> « Pénurie des pharmaciens : un signal d'avertissement pour les Canadiens. » Ipsos-Reid, novembre 2001.

<sup>56</sup> Communiqué de l'APC – « CIHI Findings Confirm Need for Expanded Role for Pharmacists », le 26 avril 2002.

- 
- d'interdire la publicité des médicaments sur ordonnance au Canada.

Il existe toutefois des obstacles à l'élargissement du rôle des pharmaciens, y compris le barème des tarifs actuels utilisé pour rémunérer les pharmaciens communautaires (aucune rémunération pour services cognitifs – activités au-delà de la prestation des services traditionnels), la reconnaissance par les autres professionnels de la santé que les pharmaciens offrent des services cognitifs, et l'absence de normes et de certification des techniciens en pharmacologie.

Le sondage auprès des membres de l'ECCAD 2000<sup>57</sup> révèle que la pénurie des pharmaciens a incité de nombreuses chaînes de pharmacie à examiner et à utiliser des technologies économisant du travail comme l'utilisation d'un système intégré de voix-données pour remplir les ordonnances, un lieu central de production des ordonnances pour remplir les ordonnances et la robotique dans les dispensaires.

La pénurie actuelle des pharmaciens dans le secteur public signalée en juillet était de quinze postes permanents et de trois postes temporaires non pourvus. Pour compenser une grave pénurie de pharmaciens, une régie régionale de la santé a proposé d'utiliser la robotique et les codes à barre<sup>58</sup>. Cette technologie est aussi perçue comme une solution pour réduire le coût des pertes attribuables à l'élimination des médicaments non étiquetés lorsqu'un patient reçoit son congé plus tôt que prévu. Ces coûts se situent entre 200 000 \$ et 400 000 \$ par année pour une grande régie régionale de la santé. À l'échelle provinciale, ces coûts sont considérables.

En plus des économies du coût de la main-d'œuvre et des pertes de médicaments, ces technologies de codes à barre et de robotique fournissent un niveau de précision plus élevé, avec des taux d'erreur beaucoup plus bas que les systèmes manuels. Des études américaines révèlent que les systèmes manuels comportent un taux d'erreur moyen de trois par 100 administrations de médicaments. Cela comprend tout à partir du mauvais médicament, de la mauvaise posologie ou de l'administration du médicament au mauvais moment. L'utilisation de la robotique rend les probabilités d'erreur d'une sur 37 millions. D'après une estimation préliminaire, l'investissement dépasse un million de dollars pour une régie régionale de la santé. Les économies d'échelle qui peuvent être réalisées par l'adoption provinciale d'une telle technologie n'ont pas encore été étudiées.

Les employeurs du secteur public font face à une concurrence accrue pour des pharmaciens en raison des pressions du marché générées par le secteur privé. Toutefois, le Nouveau-Brunswick se classe au troisième rang des Provinces atlantiques quant aux taux salariaux actuels des recrues et deuxième pour les professionnels expérimentés à la suite de la signature des dernières conventions collectives. C'est une nette amélioration dans la catégorie des travailleurs expérimentés où la province est passée de la quatrième à la deuxième place en ce qui a trait aux salaires.

Un pharmacien expérimenté dans le secteur public au Nouveau-Brunswick gagne environ 59 495 \$ par année. Les pharmaciens du secteur de la vente au détail à temps plein dans le secteur privé en Nouvelle-Écosse gagnent actuellement 59 773 \$.<sup>59</sup> Le secteur public en Nouvelle-Écosse est toutefois beaucoup moins compétitif que celui du Nouveau-Brunswick; il offre 53 430 \$ par année pour un pharmacien cadre intermédiaire.

---

<sup>57</sup> Association canadienne des chaînes de pharmacies, sondage auprès des membres en 2000, page 2.

<sup>58</sup> « Region 3 pharmacies urged to use robots », *Telegraph-Journal*, le 10 mai 2002.

<sup>59</sup> Wage and Benefit Survey Results 2002, Pharmacy Association of Nova Scotia, p.1.

---

L'information de 2001 sur le secteur privé pour les pharmaciens au Nouveau-Brunswick et à l'Île-du-Prince-Édouard révèle que les pharmaciens du secteur de la vente au détail à temps plein gagnent en moyenne 58 880 \$<sup>60</sup> et 57 663 \$<sup>61</sup> respectivement. Au cours de la dernière décennie, on a enregistré une forte croissance dans le secteur privé avec de nouveaux dispensaires dans les grandes chaînes d'alimentation comme Sobeys Stores Ltd. et Atlantic Superstores. Manifestement, les pressions concurrentielles générées par cette croissance continueront d'influencer les taux des salaires dans les secteurs privé et public au Canada atlantique.

### **Source des effectifs**

Les pharmaciens suivent leur formation à l'extérieur du Nouveau-Brunswick. L'Université Dalhousie est la source la plus près pour le programme en anglais, et l'Université de Montréal et l'Université Laval le sont pour les programmes en français. L'Université Dalhousie avait, en 2002, un contingent de 78 étudiants qui augmentera, au cours des deux prochaines années, à 90 étudiants par année d'ici 2004. En septembre 2002, 63 étudiants du Nouveau-Brunswick faisaient partie des 302 étudiants inscrits au baccalauréat ès sciences en pharmacie de quatre ans. Au cours des cinq dernières années, 62 étudiants du Nouveau-Brunswick ont reçu leur diplôme de ce programme, dont le taux d'attrition est minime.

Sept étudiants du Nouveau-Brunswick font partie des 550 inscrits au baccalauréat en sciences de la santé (pharmacie) à l'Université de Montréal. Le contingent est de 170 par année, parmi lesquels trois places sont réservées, par un contrat, chaque année, aux étudiants du Nouveau-Brunswick. Le programme de baccalauréat en pharmacie de l'Université Laval compte 13 étudiants du Nouveau-Brunswick parmi les 530 actuellement inscrits. En 2000, le nombre de places réservées dans ce programme a augmenté de 20 pour un total de 140 par année.

### **Analyse des données**

L'analyse pour les pharmaciens est incomplète en raison du faible taux de réponse au sondage des employeurs. Les données sont donc incomplètes pour ce groupe. Ces professionnels travaillent surtout dans le secteur privé. Il a donc fallu compléter les données de l'Ordre des pharmaciens du Nouveau-Brunswick par de l'information obtenue du milieu de travail au moyen d'un sondage. Vu le taux de réponse de 15 % seulement, la capacité de documenter plusieurs éléments de données utiles pour la présente étude était donc limitée. À cet égard, une brève analyse sera effectuée à l'aide des données disponibles.

La base de données d'inventaire comprend 567 pharmaciens. Le statut d'inscription de 553 (98 %) pharmaciens est inconnu. Les 14 autres (2 %) sont actifs.

L'analyse démographique par âge révèle que l'âge moyen des pharmaciens est de 40 ans. La plupart (302 ou 53 %) des pharmaciens sont dans la catégorie d'âge des 40 ans et moins, 172 (30 %) sont dans la catégorie d'âge des 40 à 50 ans et 42 (7 %) sont dans la catégorie d'âge des 50 à 54 ans. Actuellement, 49 (9 %) pharmaciens se trouvent dans la zone d'admissibilité à la retraite (55+) et 42 autres (7 %) en

---

<sup>60</sup> 2001 New Brunswick Wage and Benefit Survey, Association des pharmaciens du Nouveau-Brunswick, Inc., p. 1.

<sup>61</sup> 2001 Prince Edward Island Wage and Benefit Survey, PEI Pharmacists' Association, p.1.

---

feront partie au cours de la période de prévision de cinq ans. Ainsi, 16 % des pharmaciens pourraient prendre leur retraite au cours de la période de prévision de cinq ans.

L'analyse par sexe révèle que 357 (63 %) pharmaciens sont des femmes dont 216 (38 %) d'entre elles ont moins de 40 ans et sont considérées comme en âge de procréer. Cette statistique est importante dans la planification des effectifs, vu que les employées ont la possibilité de prendre un congé de maternité d'un an et vu les difficultés que cela comporte pour pourvoir les postes temporaires.

La compétence linguistique de 489 (86 %) pharmaciens inscrits dans la base de données d'inventaire est inconnue.

Des 567 pharmaciens inscrits dans la base de données, 469 (83 %) travaillent dans le secteur privé et les 98 autres (17 %) travaillent pour le gouvernement provincial, qui comprend le ministère de la Santé et du Mieux-être, les Services familiaux et communautaires, et les régions régionales de la santé.

L'analyse par région sanitaire pour les pharmaciens n'a pas pu être effectuée de manière confidentielle car la région sanitaire de 395 (70 %) pharmaciens est inconnue.

L'analyse par statut d'emploi révèle que la plupart (416 ou 64 %) des 653 postes de pharmacien sont des postes permanents à temps plein, 121 (19 %) sont des postes permanents à temps partiel, 90 (14 %) sont des postes occasionnels et 25 (4 %) sont des postes temporaires. Un particulier est en congé. L'analyse des ÉTP des pharmaciens dans le secteur public révèle qu'il y a une répartition relativement égale des pharmaciens qui travaillent entre 0,76 et 1 ÉTP (39 %), et >1 ÉTP (37 %), tandis que 14 % travaillent entre 0,51 et 0,75 ÉTP, et 9 % travaillent <0,25 ÉTP.

Le statut professionnel de 399 (69 %) pharmaciens est inconnu et 133 (23 %) pharmaciens travaillent à temps plein.

## **Analyse de l'écart**

**Une pénurie de pharmaciens allant d'un peu plus de 40 en 2002 à un peu plus de 200 en 2007 est prévue, d'après le modèle de prévision, basée sur l'information disponible suivante :**

- recrutement de 14 à 18 étudiants par année des trois établissements de formation (Université Dalhousie, Université de Montréal et Université Laval).

En plus, cette profession a cerné plusieurs facteurs clés relatifs à l'offre et à la demande qui auront un impact sur les effectifs en pharmacie au cours de la période de prévision de cinq ans :

- la qualité de vie professionnelle (mauvaises conditions de travail, non utilisation de l'ensemble des compétences, etc.) a un impact négatif sur l'offre, le recrutement et le maintien en poste au Nouveau-Brunswick;
- l'élargissement du cadre des fonctions des pharmaciens (consultation, ventes, etc.) signifie un impact positif sur la demande de pharmaciens;
- l'ouverture d'autres sites dans le secteur privé\*, une augmentation des ordonnances, etc., équivalent à une augmentation de la demande des services de pharmacie.

\* Si le taux de 20 à 30 % d'augmentation par année au Nouveau-Brunswick des ouvertures de pharmacie dans le secteur privé se maintient au cours de la période de prévision, la pénurie de pharmaciens sera sous-représentée dans ces estimations.

---

En résumé, la main-d'œuvre de pharmaciens est à prédominance féminine (63 %), l'âge moyen étant de 40 ans. Cette main-d'œuvre (83 %) travaille surtout dans le secteur privé, principalement dans des postes permanents à temps plein ou à temps partiel (83 %). Près de 37 % des pharmaciens du secteur public travaillent plus d'un ÉTP. Cette profession connaît actuellement une pénurie qui s'intensifiera considérablement au cours de la période de prévision. La croissance continue dans le secteur privé exercera des pressions sur le secteur public, vu la nature du travail, le champ d'exercice élargi et d'autres possibilités d'emploi à l'extérieur de la main-d'œuvre traditionnelle. L'ampleur de l'écart dans cette main-d'œuvre nécessitera à la fois une stratégie de recrutement et de maintien en poste dynamique, et d'autres modèles de pratique pour assurer une main-d'œuvre stable.

### 5.9.7 Aides-pharmaciens et techniciens en pharmacie

#### Tendances et enjeux

Les pharmaciens sont, en vertu de la loi, les seuls professionnels autorisés à fournir des médicaments sur ordonnance et à vendre des médicaments choisis sans ordonnance. Dans les milieux hospitaliers et communautaires toutefois, les pharmaciens peuvent être appuyés par des aides-pharmaciens ou techniciens en pharmacie.<sup>62</sup> La documentation actuelle suggère que les techniciens peuvent jouer un rôle important pour alléger la demande actuelle de pharmaciens. Par exemple, dans plusieurs hôpitaux, où il y a moins d'obstacles à l'utilisation des techniciens en pharmacie, une bonne partie de la fonction de prestation de médicaments a été confiée aux techniciens, ce qui libère les pharmaciens et leur permet de jouer un rôle plus actif dans l'équipe des soins de santé et de donner des conseils sur les pharmacothérapies pertinentes.<sup>63</sup>

Les définitions de la profession des techniciens en pharmacie n'étant pas aussi précises que celles des pharmaciens, il n'y a aucune source de données nationales qui permet d'établir un profil de cette profession. La Classification type des professions (CTP) utilisée par Statistique Canada ne comprend pas une classification unique des techniciens en pharmacie. Au lieu, les techniciens en pharmacie, les aides-pharmaciens et les assistants font partie du groupe de techniciens du système des soins de santé sous le code D313 – Autres aides et assistants/assistantes de soutien des services de santé.

Comme il est mentionné dans le mémoire de l'Association des pharmacies du Canada à la Commission Romanow sur l'avenir des soins de santé au Canada<sup>64</sup>, avant que les pharmaciens puissent jouer un rôle plus consultatif axé sur le patient, certains changements devront être apportés au sein de la profession et du système de soins de santé. Les futurs pharmaciens doivent réduire leur participation à la préparation des ordonnances. Les techniciens en pharmacie devraient être encouragés à assumer plusieurs de ces fonctions. Pour que les pharmaciens se sentent à l'aise avec le rôle élargi du technicien en pharmacie, une norme nationale devrait être établie pour les techniciens en pharmacie et des méthodes de réglementation pertinentes devraient être mises en oeuvre.

---

<sup>62</sup> *A Situational Analysis*, page 5.

<sup>63</sup> *A Situational Analysis*, page 44.

<sup>64</sup> Octobre 2001.

---

Le rôle des techniciens en pharmacie est élargi et devient plus systématisé à mesure que les provinces adoptent une formation ou une accréditation obligatoire. Toutefois, les méthodes actuelles de formation, d'accréditation et d'utilisation des techniciens en pharmacie semblent varier considérablement entre les provinces et les milieux de pratique.<sup>65</sup>

Les travaux effectués à l'échelle nationale révèlent que les pharmaciens ont tendance à quitter les pharmacies dans les hôpitaux (secteur public) pour des postes dans des pharmacies communautaires (secteur privé) qui offrent habituellement un meilleur salaire.<sup>66</sup> Selon le rapport de 2001 de DRHC,<sup>67</sup> les taux de salaire offerts aux techniciens en pharmacie sont plus élevés en milieu hospitalier (secteur public) en raison de la convention collective. Les techniciens en pharmacie préfèrent donc travailler en milieu hospitalier que dans les pharmacies communautaires.

### **Source des effectifs**

Les programmes de formation pour ce groupe de professions sont offerts dans les Maritimes. Le Collège communautaire du Nouveau-Brunswick offre un programme de certificat des techniciens en pharmacie de 40 semaines en anglais et en français. En septembre 2002, 20 étudiants étaient inscrits au programme anglais et 22 au programme français. Le CompuCollege School of Business offre aussi un diplôme de technicien en pharmacie de 49 semaines; le contingent est de 35 étudiants. Ce programme mis sur pied en 2001 a produit 17 diplômés dès la première année. Trente-quatre étudiants du Nouveau-Brunswick étaient inscrits au campus de ce collège à Fredericton en septembre 2002. Un programme semblable de 52 semaines offert à l'Île-du-Prince-Édouard accepte 20 étudiants par année et le Nova Scotia Community College offre un programme d'un an menant à un certificat pour 22 étudiants par année.

### **Analyse des données**

La base de données d'inventaire comprend 202 techniciens en pharmacie qui occupent 203 emplois. Tous les aides-pharmaciens et techniciens en pharmacie exercent leur profession.

Aucune association professionnelle n'existe au Nouveau-Brunswick pour cette main-d'oeuvre.

L'analyse démographique par âge révèle que l'âge moyen des aides-pharmaciens et des techniciens en pharmacie est de 35 ans. La plupart (135 ou 67 %) d'entre eux ont moins de 40 ans, 38 (19 %) sont dans la catégorie d'âge des 40 à 50 ans et 22 (11 %) ont plus de 50 ans. Actuellement, 6 (3 %) aides-pharmaciens et techniciens en pharmacie se trouvent dans la zone d'admissibilité à la retraite (55+) et 16 (8 %) en feront partie au cours de la période de prévision de cinq ans. Ainsi, 22 (11 %) aides-pharmaciens et techniciens en pharmacie pourraient prendre leur retraite au cours des cinq prochaines années. L'âge de 7 (3 %) aides-pharmaciens et techniciens en pharmacie est inconnu.

---

<sup>65</sup> *A Situational Analysis*, page 44.

<sup>66</sup> « *A Situational Analysis of Human Resource Issues in the Pharmacy Profession in Canada* », Peartree Solutions Inc. pour Développement des ressources humaines Canada et l'Association des pharmaciens du Canada, juillet 2001, page 14.

<sup>67</sup> *Ibid.*, page 15.

---

L'analyse par sexe révèle que 189 (94 %) des 202 aides-pharmaciens et techniciens en pharmacie sont des femmes et que 128 (63 %) d'entre elles ont moins de 40 ans et sont considérées comme en âge de procréer. Cette statistique est importante dans la planification des effectifs, vu que les employées ont la possibilité de prendre un congé de maternité d'un an et vu les difficultés que cela comporte pour pourvoir les postes temporaires.

Il n'est pas possible d'effectuer une étude approfondie de la compétence linguistique des aides-pharmaciens et techniciens en pharmacie car la compétence linguistique de 149 (74 %) d'entre eux est inconnue. Les compétences des autres particuliers sont comme suit : 38 (19 %) ont des compétences linguistiques en anglais seulement, 9 (4 %) ont des compétences linguistiques en anglais et en français, et 6 (3 %) ont des compétences linguistiques en français seulement. Il est donc impossible de faire une analyse linguistique par région sanitaire en raison du pourcentage élevé d'aides-pharmaciens et de techniciens en pharmacie dont la compétence linguistique est inconnue.

Des 202 aides-pharmaciens et techniciens en pharmacie, 145 (72 %) travaillent pour le gouvernement provincial et 57 (28 %) dans le secteur privé.

L'analyse des régions sanitaires révèle que la plupart (58 ou 29 %) des 202 aides-pharmaciens et techniciens en pharmacie travaillent dans la Région 2, 48 (24 %) dans la Région 1 (24 dans la Région 1SE, 20 dans la Région 1B et 4 dans la Région 1 inconnue), 33 (16 %) dans la Région 3, 24 (12 %) dans la Région 6, 15 (7 %) dans la Région 4 et 12 (6 %) dans chacune des Régions 5 et 7.

L'analyse par secteur de la santé révèle que 145 (71 %) des 203 aides-pharmaciens et techniciens en pharmacie travaillent dans le secteur hospitalier et 56 (28 %) dans le secteur privé. Un poste est classé comme « autre ». D'un point de vue plus détaillé, 199 des 202 aides-pharmaciens et techniciens en pharmacie (99 %) travaillent dans le domaine de pratique clinique.

L'analyse par statut d'emploi révèle que la plupart (132 ou 65 %) des 203 postes d'aides-pharmaciens et de techniciens en pharmacie sont des postes permanents à temps plein, 38 (19 %) sont des postes permanents à temps partiel, 18 (9 %) sont des postes occasionnels et 8 (4 %) sont des postes permanents temporaires. Le statut d'emploi de 6 (3 %) aides-pharmaciens et techniciens en pharmacie est inconnu. L'analyse des ÉTP est possible pour le secteur public de ce groupe. Elle révèle que la plupart (64 %) travaillent entre 0,76 et 1 ÉTP, 23 % travaillent >1 ÉTP et moins de 5 % chacun travaillent <0,25, entre 0,26 et 0,50 ÉTP, et entre 0,50 et 0,75 ÉTP.

## **Analyse de l'écart**

**On prévoit que cette profession, qui est actuellement stable, connaîtra progressivement un important surplus de travailleurs, environ 200, au cours de la période de prévision de cinq ans.**

Ces estimations sont basées sur l'hypothèse suivante :

- maintien de 80% des diplômés du Nouveau-Brunswick (deux programmes de formation en anglais et un programme de formation en français), ce qui équivaut à environ 50 nouveaux venus par année dans cette profession.

De plus, plusieurs facteurs clés relatifs à la demande ont été indiqués comme ayant un impact positif sur la demande au cours de la période de prévision :

- 
- l'utilisation accrue des aides-pharmaciens et techniciens en pharmacie au cours des cinq prochaines années, a un impact moyen sur la demande en raison d'une pénurie de pharmaciens et du champ d'exercice élargi des pharmaciens qui donne lieu à un rôle plus cognitif et moins technique;
  - l'utilisation accrue de la technologie et de la robotique dans les secteurs hospitaliers, qui pourrait remplacer une bonne partie de la composante humaine du travail des aides-pharmaciens et des techniciens en pharmacie a un impact négatif sur la demande au cours des deux dernières années de la période de prévision (2006 et 2007).

En résumé, la main-d'œuvre des aides-pharmaciens et des techniciens en pharmacie est jeune, l'âge moyen étant de 35 ans, et à prédominance féminine (94 %). Elle occupe surtout des postes permanents à temps plein et à temps partiel (84 %) et 71 % travaille dans le milieu hospitalier, dont 23 % travaille plus d'un ÉTP. Cette profession est actuellement relativement stable. Un surplus cumulatif considérable est prévu au cours de la période de cinq ans et est en partie attribuable à une augmentation des programmes de formation du secteur public dans la région. Des modifications aux modèles de pratique de pharmacie et aux normes de formation peuvent accroître l'utilisation de ces travailleurs. Il faudrait donc s'attendre à un surplus moyen dans une certaine mesure.

### **5.9.8 Prothésistes**

#### **Source des effectifs**

Ce groupe de professionnel est formé à l'extérieur du Nouveau-Brunswick et la source la plus près est le George Brown College en Ontario, qui offre un programme technique de deux ans menant à un diplôme et un diplôme de méthodes cliniques de deux ans en prothétique et en orthétique. Le BCIT offre aussi un programme de diplôme clinique de deux ans. L'accréditation est accordée par le Conseil canadien de la certification des prothésistes et orthésistes après que le candidat a terminé avec succès un programme approuvé, suivi d'un stage de 22 mois et réussi un examen national. Les membres agréés de cette profession doivent suivre une formation continue obligatoire.

Le programme de méthodes cliniques du George Brown College accepte huit étudiants par année et actuellement huit sont inscrits dans chaque année du programme mais aucun étudiant du Nouveau-Brunswick. L'école signale un taux d'attrition de 0 %.

#### **Analyse des données**

L'analyse de ce groupe est limitée en raison des préoccupations concernant la confidentialité car ce groupe est petit, il n'y a aucun organisme de réglementation provincial et l'information de l'Association nationale n'a pas été fournie malgré des demandes répétées. De plus, en raison de la faible taille de ce groupe et des préoccupations de confidentialité connexes, l'information démographique détaillée n'est pas présentée dans le présent rapport.

La base de données d'inventaire comprend quatre prothésistes qui exercent tous leur profession. Il importe de noter que l'âge moyen de ce groupe est de 47 ans et que les retraites au sein de cette main-d'œuvre devront donc être prises en compte dans la planification des effectifs au cours des cinq à dix prochaines années.

D'après la base de données d'inventaire, tous les prothésistes ont des compétences linguistiques en anglais seulement.

L'analyse des secteurs d'emploi révèle que deux (50 %) prothésistes travaillent pour le gouvernement provincial et deux (50%) dans le secteur privé. La région sanitaire de deux (50 %) prothésistes est inconnue. Un prothésiste travaille dans la Région 2 et un dans la Région 3.

### Analyse de l'écart

**Le modèle de prévision ne pouvait pas être appliqué en raison de la faible taille de ce groupe. Toutefois, d'après les prévisions relatives à la retraite, ce groupe pourrait perdre deux (50 %) membres au cours de la période de prévision de cinq ans.**

#### 5.10 Sommaire des répercussions sur les ressources humaines

Les tableaux suivants montrent les répercussions sur les ressources humaines par groupe de professions, du modèle de prévision. Il présente aussi les groupes auxquels le modèle de prévision ne pouvait pas être appliqué en raison de l'information insuffisante ou du faible nombre de personnes constituant le groupe.

Il importe de reconnaître que les pénuries et surplus sont cumulatifs car, si aucune mesure n'est prise pour redresser la situation à temps (2002), la pénurie ou le surplus est la base de la prévision de l'année suivante et ainsi de suite, et tous les facteurs positifs et négatifs relatifs à l'offre et à la demande pendant chaque année de la période de prévision (de 2002 à 2007) sont pris en compte.

Les groupes de professions sont présentés par ordre d'importance décroissante, selon l'écart des ressources humaines (pénurie ou surplus) en tant que pourcentage de la demande prévue en 2007, calculé dans la dernière colonne du tableau : « % (pénurie)/surplus ». Les chiffres entre parenthèses dans le tableau indiquent une pénurie. Un tiret (-) représente une stabilité relative dans cette profession à la fin de la période de prévision, ce qui équivaut à une pénurie prévue ou une pénurie de moins de 3 %.

**Tableau 14 – Pénurie ou surplus des ressources humaines en santé**

PROFESSION	PRÉVISION DE L'OFFRE EN 2007	PRÉVISION DE LA DEMANDE EN 2007	RH PRÉVUES (PÉNURIE)/ SURPLUS EN 2007	% (PÉNURIE)/ SURPLUS
Techniciens et administrateurs des dossiers médicaux	105	152	(47)	(30 %)
Pharmaciens	529	739	(210)	(28 %)
Orthophonistes	179	226	(47)	(21 %)
Techniciens en ECG	90	111	(21)	(19 %)
Technologues en radiation médicale	414	500	(86)	(17 %)
Technologues de laboratoire médical	689	816	(127)	(16 %)
Ergothérapeutes	238	279	(41)	(15 %)

Radiothérapeutes*	41	48	(7)	(15 %)
Inhalothérapeutes et techniciens en inhalothérapie	243	280	(37)	(13 %)
Infirmières immatriculées (II)	7 047	8 125	(1 078)	(13 %)
Physiothérapeutes	457	521	(64)	(12 %)
Travailleurs sociaux	1 189	1 319	(130)	(10 %)
Audiologistes	52	56	(4)	(7 %)
Inspecteurs de la santé publique**	43	41	(2)	(5 %)
Échographistes	53	55	(2)	(3 %)
Infirmières auxiliaires autorisées (IAA)	2 591	2 682	(91)	(3 %)
Techniciens d'équipement médical et technologues**	77	78	(1)	-
Optométristes**	97	94	3	-
Ambulanciers, TUM et travailleurs paramédicaux	1 181	1 101	80	7 %
Aides-pharmaciens et techniciens en pharmacie	417	230	187	81 %

\*Ne tient pas compte de tout l'impact des nouveaux programmes de services de lutte contre le cancer dans la province, car le plan de mise en oeuvre et son impact sur les ressources humaines ne sont pas déterminés.

\*\* stabilité relative = impact de <3 % de la main-d'oeuvre

Le tableau 15 indique les groupes de professions auxquels le modèle de prévision ne pouvait pas être appliqué, et les raisons et les estimations basées sur l'information démographique seulement (retraites prévues, migration, décès, taux d'attrition de la main-d'oeuvre). Ces estimations sont limitées car elles NE tiennent PAS compte des « nouveaux venus » dans la main-d'oeuvre en raison de l'information non disponible.

**Tableau 15 – Limites des données à des fins de prévision**

<b>Profession</b>	<b>LIMITES DES DONNÉES OU ESTIMATIONS DE L'IMPACT SUR LES EFFECTIFS BASÉES SUR LA DÉMOGRAPHIE (pénurie/surplus et % de la main-d'oeuvre)</b>
Intervenants en toxicomanie	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Le modèle de prévision n'a pas pu être utilisé car les données de l'offre concernant les « nouveaux venus » n'étaient pas disponibles (il n'existe aucun programme de formation officiel pour ce groupe).</li> <li>▪ 50 % des intervenants en toxicomanie se trouveront dans la zone d'admissibilité à la retraite de 55+ au cours de la période de prévision de cinq ans.</li> </ul>

Infirmières cliniciennes spécialisées	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Le modèle de prévision n'a pas pu être utilisé car les données sur l'offre concernant les « nouveaux venus » n'étaient pas disponibles.</li> <li>▪ 22 % des infirmières cliniciennes spécialisées se trouveront dans la zone d'admissibilité à la retraite de 55+ au cours de la période de prévision de cinq ans.</li> </ul>
Diététistes	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Le modèle de prévision n'a pas pu être utilisé et les retraites n'ont pas pu être prévues car les données sur les dates de naissance pour ce groupe étaient insuffisantes.</li> </ul>
Dosimétristes	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Le modèle de prévision n'a pas pu être utilisé en raison de la faible taille de ce groupe (quatre dans la base de données).</li> <li>▪ Aucun dosimétriste ne se trouve actuellement ou ne se trouvera dans la zone d'admissibilité à la retraite au cours de la période de prévision; toutefois, la petite taille du groupe et la « demande élevée » se traduisent par un plus grand impact sur les effectifs si un seul dosimétriste quittait la main-d'œuvre au Nouveau-Brunswick.</li> </ul>
Techniciens en EEG	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Le modèle de prévision n'a pas pu être utilisé en raison de la faible taille de ce groupe (11 dans la base de données).</li> <li>▪ 36 % des techniciens en EEG se trouveront dans la zone d'admissibilité à la retraite de 55+ au cours de la période de prévision de cinq ans.</li> </ul>
Psychologues	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Le modèle de prévision n'a pas pu être utilisé car les données sur les dates de naissance de ce groupe étaient insuffisantes.</li> </ul>
Psychométriciens	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Le modèle de prévision n'a pas pu être utilisé en raison de la faible taille de ce groupe (21 dans la base de données).</li> <li>▪ 14 % des psychométriciens se trouveront dans la zone d'admissibilité à la retraite de 55+ au cours de la période de prévision de cinq ans.</li> </ul>
Prothésistes	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Le modèle de prévision n'a pas pu être utilisé en raison de la faible taille de ce groupe (quatre dans la base de données).</li> <li>▪ 50 % des prothésistes se trouveront dans la zone d'admissibilité à la retraite de 55+ au cours de la période de prévision de cinq ans.</li> </ul>
Aides en réadaptation	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Puisque les données sur l'offre concernant les « nouveaux venus » n'étaient pas disponibles (il n'existe pas encore de programmes de formation spécialisée pour ce groupe), le modèle de prévision a été appliqué à un scénario, avec l'hypothèse suivante :</li> <li>▪ Orientation vers un ratio d'aides en réadaptation de 1 à 4 par rapport à la population totale de professionnels en réadaptation (audiologie, orthophonie, ergothérapie et physiothérapie) d'ici 2007 = demande dans le système de plus de 200 aides en réadaptation d'ici 2007.</li> </ul>

---

## 6. RECOMMANDATIONS

---

La planification des ressources humaines en santé est un projet complexe et difficile, tout comme l'élaboration des directives concernant l'offre, le déploiement, l'utilisation et le déplacement de la main-d'œuvre. Les résultats de la présente étude et les produits livrables du projet ne constituent pas un plan des ressources humaines en santé. Ils fournissent au ministère de la Santé et du Mieux-être de l'information, des données et des outils pour établir un plan solide des ressources humaines en santé qui appuie les diverses composantes du plan provincial des services de santé du gouvernement et qui garantit un effectif stable en santé au Nouveau-Brunswick.

Il n'y a pas une recommandation unique pour remédier aux pénuries de main-d'œuvre actuelles dans plusieurs professions de la santé et assurer la stabilité de la main-d'œuvre. La gestion efficace des ressources humaines en santé nécessite des stratégies synergiques multiples. Les défis associés aux pénuries de main-d'œuvre actuelles ne sont pas survenus du jour au lendemain et ils ne seront pas résolus du jour au lendemain. Le gouvernement ne pourra pas à lui seul entreprendre la planification et la gestion efficaces de la main-d'œuvre en santé au Nouveau-Brunswick. Il faudra compter sur la participation active des employeurs, des fournisseurs de soins de santé, des associations professionnelles, des organismes de réglementation, des syndicats et des éducateurs à une démarche collective.

Les recommandations qui suivent forment un ensemble qui vise à trouver une solution et qui, avec l'engagement des parties, peut être mise en oeuvre progressivement à court et à moyen terme. Ces recommandations représentent un plan d'action qui nécessitera un investissement considérable à long terme de la part du gouvernement et des autres intervenants en soins de santé. Elles comporteront un investissement de ressources financières et humaines, et de temps ainsi qu'une volonté de la part de toutes les parties de collaborer davantage et même différemment pour assurer une utilisation optimale de toutes les ressources. C'est un bon début, une base dont le ministère et les principaux intervenants peuvent s'inspirer pour établir un cadre de planification des ressources humaines en santé intégré au Nouveau-Brunswick.

Les recommandations de suivi, qui ne sont pas présentées par ordre de priorité, sont groupées dans six catégories :

- planification des ressources humaines en santé,
- données, sources et gestion des données,
- offre de main-d'œuvre,
- utilisation,
- recrutement et maintien en poste,
- prévision de l'offre et de la demande.

### 6.1 Planification des ressources humaines en santé

Le Nouveau-Brunswick connaîtra des pénuries à court et à moyen terme dans plusieurs professions de la santé. Plusieurs mesures évidentes ont été prises par le gouvernement au cours des dernières années, ce qui démontre un engagement ferme à relever les défis relatifs aux ressources humaines en santé à l'échelle provinciale ainsi qu'au niveau régional et national, par la participation du Nouveau-Brunswick au Comité consultatif sur les ressources humaines en santé des Maritimes et à un Comité consultatif

---

national de planification des ressources humaines en santé. À l'échelle provinciale, il semble y avoir une tendance vers un modèle de prestation des soins de santé plus intégré et collectif. Le ministère de la Santé et du Mieux-être du Nouveau-Brunswick a entrepris la mise sur pied d'une section structurée de la planification des ressources humaines en santé. Cette approche sera essentielle à la planification intégrée efficace des ressources humaines en santé. Il faudra toutefois accroître grandement les efforts dans ce secteur. Le gouvernement devrait s'assurer que le Nouveau-Brunswick possède une main-d'œuvre en soins de santé suffisante afin de donner accès à un ensemble de services nécessaires pour répondre aux besoins des gens du Nouveau-Brunswick en matière de soins de santé à l'avenir. **Il est donc recommandé ce qui suit :**

1. Le ministère de la Santé et du Mieux-être du Nouveau-Brunswick doit poursuivre la mise sur pied d'une section structurée de la planification des ressources humaines en santé dotée de suffisamment de ressources et qui a la propriété et la responsabilité de la gestion de la base de données d'inventaire sur la santé qui est un produit de la présente étude. Les autres besoins en matière de personnel pour cette section devraient être comblés à partir des postes actuels dans ce domaine (c.-à-d. conseillère en main-d'œuvre infirmière et conseillère en ressources de la santé). Cette section devrait comprendre au moins un effectif représenté par les disciplines suivantes : économie de la santé, analyse des politiques sur la santé, analyse des données et programmation, épidémiologie et analyse statistique. Il faudra aussi avoir accès aux chercheurs spécialisés qui peuvent être consultés pour fournir un soutien à la section selon le but de la demande. Cette section devrait avoir la responsabilité générale et continue des fonctions suivantes :
  - création et raffermissement des liens avec les autres organismes qui représentent les intérêts des diverses professions afin d'appuyer la planification des ressources humaines en santé;
  - collecte et gestion des données essentielles à la planification de la main-d'œuvre en soins de santé au Nouveau-Brunswick, y compris le développement et la mise à jour des ensembles de données à des fins de recherche, l'accessibilité et la sécurité des données, et les liens des données, et point d'accès pour les chercheurs de l'extérieur de la section qui désirent consulter les données;
  - projets de recherche pertinents aux questions de planification et de gestion de la main-d'œuvre en santé.
2. Le ministère de la Santé et du Mieux-être du Nouveau-Brunswick doit établir un Comité consultatif des ressources humaines en santé composé de représentants des principaux organismes de réglementation des professions de la santé, des syndicats et des associations professionnelles, ainsi que de représentants des principaux groupes d'employeurs en santé (RRS, Services familiaux et communautaires) et des éducateurs en santé, qui seront les principaux contributeurs à la planification conjointe des ressources humaines en santé. Le mandat du comité peut être exercé par l'entremise de groupes de travail particuliers aux professions. Le mandat et la composition du Comité consultatif sur la main-d'œuvre infirmière (CCMI) actuelle et du Comité consultatif sur les services de réadaptation (CCSR) devraient donc être revus quant à leur rôle et contribution au sein d'un Comité consultatif des ressources humaines en santé (CCRHS).
3. Le gouvernement, en collaboration avec les organismes qui représentent les diverses professions de la santé, doit financer conjointement la planification et le lancement d'une campagne de marketing générale visant à promouvoir les soins de santé comme un choix de carrière positif auprès des étudiants, des parents, des éducateurs et de la communauté en général.

Le ministère de la Santé et du Mieux-être du Nouveau-Brunswick devrait dévoiler un nouveau plan provincial des services de santé en 2003. De plus, pour obtenir leur financement, les régies régionales

---

de la santé devront établir et présenter des plans d'affaires de trois ans. Vu la pénurie actuelle dans plusieurs professions de la santé, **il est recommandé ce qui suit :**

4. Des critères uniformes doivent être établis et adoptés par tous les ministères du gouvernement afin d'évaluer et de quantifier l'impact de toutes les modifications proposées aux programmes, aux politiques et à la législation sur les besoins en matière de ressources humaines en santé, y compris les changements dans les exigences de formation.
5. Les ministères de la Santé et du Mieux-être, et des Services familiaux et communautaires du Nouveau-Brunswick doivent adopter un cadre de planification garantissant que la planification des ressources humaines en santé fait partie intégrante des efforts de planification stratégique à l'échelle provinciale et régionale, afin que :
  - tous les employeurs du secteur public entreprennent une analyse de l'impact des ressources humaines en santé dans le cadre de tout nouveau programme ou service prévu, ou de modifications à ceux-ci à l'échelle provinciale ou régionale, et que cette information soit recueillie et mise à jour à l'échelle provinciale;
  - les ressources humaines en santé correspondent aux besoins de la population en matière de soins et de services comme le démontrent les statistiques et la recherche en santé sur la population du Nouveau-Brunswick, et que le meilleur coefficient des effectifs soit prévu pour offrir le service;
  - le processus de planification de la relève fasse partie intégrante de la planification opérationnelle de tous les employeurs dans l'ensemble du système et qu'il ait une orientation régionale et provinciale. À mesure que les RRS élargissent leur mandat, ce processus devrait devenir plus intégré;
  - les profils linguistiques du personnel requis pour les divers programmes ou services dans une région de santé soient mis à jour et servent de documentation annuelle à la Section de la planification des ressources humaines en santé pour documenter le modèle de prévision des ressources humaines en santé et fournir au gouvernement de l'information sur les besoins relatifs à l'offre afin de répondre aux dispositions de la *Loi sur les langues officielles*.

Le Nouveau-Brunswick ne semble pas miser sur l'utilisation stratégique de la technologie habilitante qui pourrait réduire les pénuries de ressources humaines en santé, en améliorant la situation concurrentielle du Nouveau-Brunswick dans le recrutement et le maintien des ressources limitées, et en compensant la demande par une productivité accrue ou une main-d'œuvre compétente en technologie. Le coût de ces investissements est considérable. **Il est donc recommandé ce qui suit :**

6. Le gouvernement doit élaborer immédiatement une stratégie d'investissement à long terme dans la technologie conçue pour appuyer le Plan provincial des services de santé qui devrait être rendu public en 2003. La valeur de ces investissements doit être déterminée dans un portefeuille regroupant toutes les possibilités technologiques, en tenant compte des rendements tangibles et non tangibles des investissements.

Les exemples comprennent des registres communs des clients et des systèmes améliorant la circulation de l'information dans le système de soins de santé, la mise en place de la robotique dans les pharmacies de toutes les installations régionales des RRS, les technologies des points de service pour la médecine de laboratoire et l'élargissement continu de l'utilisation actuelle des technologies de télésanté au Nouveau-Brunswick, dans le contexte d'une stratégie provinciale générale.

- 
7. La perte temporaire de productivité qui accompagne tout changement important doit être incluse dans la planification des ressources humaines et du budget, et les plans de gestion des changements connexes doivent être établis régulièrement afin d'assurer la mise en place de la nouvelle technologie et la réalisation des avantages prévus.

## 6.2 Données, sources et gestion des données

Il ne se fait actuellement aucune planification générale des ressources humaines en santé au Nouveau-Brunswick. Il est difficile de recueillir des données en raison des structures de santé régionales et de l'absence de systèmes d'information intégrés. Il n'existe aucune norme ni aucun mécanisme centralisé pour recueillir et emmagasiner les données essentielles à la planification et à la prise de décisions.

La planification générale des ressources humaines en santé doit être basée sur des données fiables. La méthode de collecte des données actuelle au Nouveau-Brunswick ne permet pas de suivre les particuliers entre le moment où ils présentent leur demande d'inscription et l'obtention de leur diplôme, et entre leur entrée sur le marché du travail et leur retraite. Cela limite la fiabilité et l'utilité des données. Les organismes de réglementation et les associations qui représentent les groupes de professions pour lesquelles il faut obtenir une accréditation ou une autorisation d'exercer sont une source principale d'information pour la planification des ressources humaines. Dans le cadre de leur mandat, ces organismes doivent mettre à jour l'information sur leurs membres chaque année. **Il est donc recommandé ce qui suit :**

8. Le ministère de la Santé et du Mieux-être du Nouveau-Brunswick devrait jouer un rôle de leadership, par l'entremise de la Section des ressources humaines en santé, dans le développement d'une approche systématique à la collecte de données uniformisée qui tient compte du besoin d'information sur la planification des ressources humaines provinciales et qui respecte le nouveau cadre national de la planification des ressources humaines en santé.
9. Le ministère de la Santé et du Mieux-être, par l'entremise de la Section des ressources humaines en santé, doit collaborer avec les organismes provinciaux qui représentent les diverses professions de la santé afin d'établir un consensus sur un ensemble de données uniforme sur les ressources humaines en santé, une structure commune d'une base de données, et les méthodes et outils de collecte en vue de la planification continue des ressources humaines en santé. Un processus doit être établi pour que l'employeur valide les données fournies par les membres eux-mêmes sur l'exercice de la profession (heures de travail).
10. Le ministère de la Santé et du Mieux-être du Nouveau-Brunswick doit établir un plan de transition, en collaboration avec les associations professionnelles et organismes de réglementation qui ont la responsabilité de recueillir les données sur leurs membres, afin de créer des données uniformes, des procédés et des outils, et de télécharger électroniquement en amont régulièrement des plates-formes de données communes. Ce plan de transition doit comprendre l'investissement requis de la part de toutes les parties participant à l'acquisition et à la présentation des données requises.

L'information sur l'offre n'est pas recueillie régulièrement à un niveau suffisamment détaillé dans un registre central pour les programmes de formation à l'université ou au collège communautaire au Canada atlantique ou au Canada. Afin d'uniformiser les définitions des données en vue de la mise à jour et de l'interprétation de cette base de données et afin de pouvoir maintenir un modèle de prévision des ressources humaines en santé dynamique et efficace, **il est recommandé ce qui suit :**

---

11. La Section des ressources humaines en santé doit susciter la collaboration entre le gouvernement, le Atlantic Community College Consortium, et l'Association des universités de l'Atlantique, afin d'établir un cadre en vue de recueillir un ensemble de données minimales définies pouvant être intégrées à la planification des ressources humaines en santé pour des professions définies qui comprennent, mais non exclusivement :

- niveau agrégé : contingent du programme, durée du programme en mois, inscriptions par année, difficulté à remplir les places, nombre réel et prévu de diplômés par année, taux d'attrition du programme, taux et lieux d'emploi des diplômés;
- niveau individuel : date de naissance, lieu de résidence, langue maternelle et compétence linguistique;
- placement clinique, stage pratique et résidence;
- information universitaire : démographie, postes vacants, congés d'études et plans de relève.

Puisque la formation pour certaines professions de santé est uniquement offerte dans certains établissements d'enseignement canadiens, le ministère, comme membre du Comité consultatif national des ressources humaines en santé, devrait promouvoir la prise de mesures pour établir un registre central national de ces données, qui est tenu à jour afin d'appuyer la planification des ressources humaines en santé à l'échelle nationale, régionale et provinciale.

La compétition intraprovinciale, interrégionale et interprovinciale pour les ressources humaines en santé rares est très vive. Afin de cibler les efforts de recrutement en vue d'assurer une main-d'œuvre stable et de maintenir les services au public, **il est recommandé ce qui suit :**

12. Les régies régionales de la santé, le ministère de la Santé et du Mieux-être, les Services familiaux et communautaires, et le Bureau des ressources humaines doivent collaborer pour alimenter régulièrement une base provinciale de données sur les postes vacants « difficiles à pourvoir » qui est établie et tenue à jour par la Section des ressources humaines en santé.

### 6.3 Offre de main-d'oeuvre

Cette partie comprend les recommandations sur les enjeux découlant de la présente étude qui sont axés en particulier sur les actions et les politiques relatives à l'offre de main-d'œuvre.

Une des solutions immédiates pour remédier à une pénurie peut être d'accroître l'offre. Bien que cela semble être une seule piste de solution, un tel accroissement comporte des problèmes qui doivent être pris en compte. Lorsqu'une profession de la santé connaît une pénurie, il peut être difficile de recruter suffisamment de professeurs qualifiés pour enseigner un programme. Une main-d'œuvre universitaire vieillissante peut aggraver la situation. La concurrence pour les placements cliniques est aussi un aspect important dans un milieu où le personnel professionnel déjà surchargé doit assumer une fonction de préceptorat. L'espace physique pour plusieurs programmes de formation est limité, surtout lorsque des laboratoires simulés sont intégrés aux programmes d'études. L'augmentation de l'offre doit donc être bien planifiée. Pour les professions dont les programmes de formation de base sont de plus longue durée, il n'y a pas de solution à court terme pour résoudre les pénuries mais une solution à moyen et à long terme pour maintenir une main-d'œuvre stable.

À **court terme**, le Nouveau-Brunswick a un besoin urgent de main-d'œuvre dans certains groupes de professions de la santé, qui pourraient connaître une grave pénurie au cours des cinq prochaines années.

---

Afin d'assurer une relève suffisante pour une main-d'œuvre stable, au cours de la période de planification et après, le gouvernement doit immédiatement prendre des mesures dans plusieurs secteurs décrits dans les recommandations suivantes.

Un des principaux déficits dans plusieurs professions de la santé visées par la présente étude est la capacité du Nouveau-Brunswick à satisfaire aux exigences linguistiques dans la prestation des services de santé. **Il est donc recommandé ce qui suit :**

13. Le gouvernement doit effectuer une analyse de rentabilisation afin d'élargir les programmes de formation linguistique en français au Nouveau-Brunswick, ce qui réduirait le niveau de dépendance vis-à-vis de la province de Québec et ce qui répondrait aux normes nationales d'accréditation dans les professions respectives. Il est de plus recommandé que le Nouveau-Brunswick fasse activement la promotion de ces programmes à l'échelle nationale.

Le Nouveau-Brunswick connaît actuellement une importante pénurie de 300 **infirmières et infirmiers immatriculés** (II). Au cours de la période de prévision de cinq ans, la pénurie de main-d'œuvre pourrait atteindre 1 078 II ou 15 % de la main-d'œuvre d'ici 2007. Une mesure immédiate et soutenue dans plusieurs secteurs est nécessaire pour remédier à cette pénurie et réduire son taux constant d'augmentation. Une des solutions est d'accroître le nombre d'infirmières et d'infirmiers actifs et maintenir les infirmières et infirmiers faisant déjà partie de la main-d'œuvre en améliorant les conditions de travail et la qualité des milieux de travail professionnels. **Il est donc recommandé ce qui suit :**

14. Le gouvernement doit évaluer la situation qui cause une réduction des inscriptions au programme du baccalauréat en sciences infirmières de base au campus de l'Université du Nouveau-Brunswick à Saint-Jean. Il doit prendre des mesures immédiatement pour accroître le nombre d'inscriptions à l'échelle provinciale afin d'atteindre la capacité maximale de 380, comme il a été établi lors du transfert de la formation en sciences infirmières au secteur universitaire.

15. Le gouvernement doit collaborer avec la Commission de l'enseignement supérieur des provinces Maritimes (CESPM), l'Université du Nouveau-Brunswick et l'Université de Moncton afin de dresser un plan d'action qui prévoit une hausse immédiate des inscriptions au programme du baccalauréat en sciences infirmières aux deux universités du Nouveau-Brunswick. Le plan devrait du moins être conforme aux recommandations du rapport de 2002 du Comité consultatif canadien sur les soins infirmiers : hausse de 25 % à compter de 2004, augmentant progressivement de 20 % par année, pour chacune des cinq prochaines années. Ce plan doit tenir compte des besoins accrus de ressources universitaires qualifiées.

(Il importe de noter que, si on tient compte des taux d'attrition, cette augmentation du nombre d'inscriptions établirait une moyenne de la pénurie d'offre prévue d'environ 50 % d'ici 2007, ce qui laisserait une pénurie d'environ 500 II, au lieu de plus de 1 000 prévus.)

Vu la démographie de cette main-d'œuvre, le nombre de II sera considérablement réduit par les départs à la retraite au cours des dix à quinze prochaines années. **Il est donc recommandé ce qui suit :**

16. Dans le cadre d'une stratégie de marketing des ressources humaines en santé, le ministère doit prendre des mesures afin de rehausser le profil public de la Stratégie en matière de ressources infirmières actuelles de trois ans. Il doit aussi évaluer l'impact de la stratégie chaque année au cours des deux prochaines années et voir à ce qu'une mesure soit prise en vue d'accroître et d'élargir l'investissement dans les divers incitatifs de recrutement décrits dans la stratégie, au cours des cinq prochaines années, pour assurer un nombre suffisant d'inscriptions aux programmes de base et

---

de recyclage. (La Stratégie en matière de ressources infirmières est complémentaire à la mise en oeuvre de la recommandation 15.)

17. Une mesure doit être prise immédiatement pour mettre en oeuvre les changements du coefficient des effectifs infirmiers, dans le cadre de la Stratégie d'utilisation des ressources infirmières du ministère de la Santé et du Mieux-être qui est axée sur l'utilisation optimale du champ d'exercice de divers groupes de professions infirmières.
18. Le gouvernement, les employeurs et la profession infirmière doivent collaborer afin de déterminer les caractéristiques d'un milieu de travail de qualité et les résultats particuliers qui pourraient améliorer le milieu de travail, et élaborer ensemble et mettre en oeuvre une stratégie globale de gestion des changements afin d'obtenir ces résultats au cours des deux ou trois prochaines années. Ces mesures sont nécessaires pour maintenir les ressources infirmières et les effectifs des autres professions faisant actuellement partie de la main-d'oeuvre et pour améliorer les résultats des efforts de recrutement.
19. Le ministère de la Santé et du Mieux-être, l'Université du Nouveau-Brunswick et l'Université de Moncton doivent prendre collectivement la mesure nécessaire afin de garantir un nombre suffisant de professeurs qualifiés pour offrir le programme de formation en sciences infirmières à temps plein, de façon à produire un nombre suffisant d'infirmières praticiennes pour appuyer la mise en oeuvre d'une stratégie provinciale des soins de santé primaires.

Le Nouveau-Brunswick est la seule source des effectifs dans les provinces Maritimes pour les **technologues de laboratoire médical (TLM)**. Le gouvernement devrait donc revoir le nombre de places disponibles et sa situation concurrentielle, pour assurer la reconstitution de la main-d'oeuvre. À l'échelle nationale, la concurrence est vive pour ce groupe professionnel et le Nouveau-Brunswick n'offre pas un salaire compétitif au Canada atlantique. Il faut accorder une attention immédiate au grand nombre prévu de départs à la retraite dans cette profession afin d'éviter les écarts dans la prestation des services. **Il est donc recommandé que des mesures immédiates soient prises afin d'accroître le nombre de diplômés des programmes de technologie de laboratoire médical et afin de freiner la pénurie prévue :**

20. Réexaminer les critères d'admission au Collège communautaire du Nouveau-Brunswick dans le but « de monter la barre » pour l'admission comme un indicateur de réussite dans le programme, ce qui diminuerait le taux d'attrition du programme;
21. Examiner le modèle actuel de prestation des programmes du Collège communautaire du Nouveau-Brunswick à Saint-Jean afin d'accroître le contingent de ce programme en anglais, à compter de 2004. La capacité du programme est actuellement limitée par l'espace physique pour le modèle de laboratoire simulé (interne);
22. Augmenter le nombre de places au programme en français offert par le Collège communautaire du Nouveau-Brunswick, l'Université de Moncton et la Régie régionale de la santé Beauséjour de la région 1, à compter de 2004;

(Vu les contraintes relatives à l'offre de ce groupe professionnel au pays, il est difficile d'obtenir le personnel d'enseignement suffisant pour accroître considérablement les inscriptions et maintenir un rapport étudiants-enseignants acceptable. Il faudrait tenter toutefois d'accroître de 50 % le nombre d'inscriptions dans les programmes de formation de base du Nouveau-Brunswick à compter de 2004, afin de réduire de 65 % la pénurie prévue de plus de 120 TLM, à environ 40 d'ici 2007.)

- 
23. Créer des partenariats avec les autres provinces pour offrir le volet pédagogique du programme au Collège communautaire du Nouveau-Brunswick et le volet clinique du programme dans la province d'origine de l'étudiant;
  24. Dresser des plans de relève qui prévoient de nouveaux postes au besoin pour les nouveaux venus dans le système, de manière progressive, au cours de la période de prévision, afin de combler le vide qui sera créé par le grand nombre de départs à la retraite prévus. Cette mesure tient compte du statut d'emploi actuel de la main-d'œuvre qui occupe surtout des postes à temps plein et de l'impact des nombreux départs de la main-d'œuvre en raison des retraites prévues au cours des cinq à dix prochaines années.

Comme pour les autres groupes de professions, la médecine de laboratoire fait appel aux travailleurs de soutien qui font partie de l'équipe de technologie de laboratoire médical. Il n'y a pas d'uniformité au pays dans le cadre des fonctions de ces travailleurs de soutien ou assistants de laboratoire. La Société canadienne de science de laboratoire médical a établi un profil de compétence des assistants de laboratoire médical et un examen d'accréditation national sera accessible à ces praticiens en juin 2003. **Il est donc recommandé ce qui suit :**

25. Le Nouveau-Brunswick doit mettre en place un modèle d'exercice durable pour ce groupe de professions, à l'aide d'un ratio pertinent de technologues et d'assistants de laboratoire médical accrédités qui répondent aux normes de compétence de la Société canadienne de science de laboratoire médical.

Vu le nombre minime ou réduit de la main-d'œuvre au Canada et le risque d'une pénurie dans ces groupes de professions, ce qui aura un impact sur la prestation des services, **il est recommandé ce qui suit :**

26. Le gouvernement doit voir à ce qu'il y ait un nombre suffisant de technologues en EEG, en poursuivant les négociations avec la British Columbia Institute of Technology et le Collège d'Ahuntsic afin de devenir un endroit satellite pour les programmes de diplôme en électroneurophysiologie ou il doit établir un programme en milieu hospitalier au Nouveau-Brunswick qui répond aux normes de la CBRET et aux besoins du Nouveau-Brunswick, et possiblement des autres provinces Maritimes en matière de main-d'œuvre.
27. Le Nouveau-Brunswick doit prendre des mesures afin d'accroître le nombre de techniciens des dossiers médicaux en mettant sur pied au Nouveau-Brunswick, d'ici 2003, un programme menant à un diplôme approuvé par l'Association canadienne interprofessionnelle des dossiers de santé dont la capacité est suffisante pour réduire la pénurie prévue de 43 % de cette main-d'œuvre d'ici 2007.
28. Les efforts doivent être redoublés afin de pourvoir les places disponibles dans les programmes pour ces professions dont la main-d'œuvre disponible est limitée, dans les programmes offerts au Nouveau-Brunswick et ceux pour lesquels le Nouveau-Brunswick a conclu des contrats, une attention particulière devant être accordée aux radiothérapeutes et aux orthophonistes.
29. Le nombre de places réservées à contrat pour les étudiants du Nouveau-Brunswick dans les programmes offerts à l'extérieur de la province en physiothérapie, ergothérapie et orthophonie doit être réévalué en fonction des pénuries de main-d'œuvre prévues dans chacune de ces professions au cours des cinq prochaines années.

Les recommandations suivantes portent sur les stratégies à **long terme** que le gouvernement peut entreprendre pour atténuer les pénuries futures, tout en appuyant le perfectionnement professionnel de la

---

main-d'œuvre et le maintien d'une main-d'œuvre qualifiée au Nouveau-Brunswick. **Il est recommandé ce qui suit :**

30. Le gouvernement doit encourager activement le secteur de la formation à collaborer avec les professions de la santé pour développer de nouveaux modèles d'enseignement qui reconnaissent les acquis et qui offrent l'occasion d'obtenir des niveaux de scolarité plus élevés ou de changer les cheminements de carrière.

La Direction des affaires postsecondaires du ministère de l'Éducation a le mandat d'évaluer la reconnaissance des acquis et possède le personnel pour développer et exercer ce mandat. La Commission de l'enseignement supérieur des provinces Maritimes a établi des directives sur l'évaluation des demandes de programmes de formation qui incluent des programmes de formation articulés. Les exemples de ce concept servent de plus en plus à satisfaire à la demande accrue d'une main-d'œuvre qualifiée, y compris des programmes accélérés comme le programme d'équivalences en sciences infirmières qui reconnaît les crédits universitaires acquis, et la mobilité verticale dans les programmes affiliés aux sciences infirmières du CCNB. L'Université de la Colombie-Britannique dresse actuellement un plan pour un programme de baccalauréat en pharmacie de vingt à vingt-quatre mois à l'intention des personnes qui s'inscrivent au programme avec un baccalauréat en sciences. Ce programme peut aussi être utilisé comme programme de recyclage pour les diplômés étrangers.

31. Le gouvernement doit effectuer une analyse de la viabilité de la mise en place de programmes de formation au Nouveau-Brunswick pour des disciplines spécialisées, qui tient compte de la capacité de la province d'attirer des étudiants d'autres provinces. Des modèles de partenariat peuvent aussi être envisagés.

Cette recommandation tient compte du nombre de professions de la santé dont la formation est offerte à l'extérieur du Nouveau-Brunswick, de la concurrence pour les places limitées dans plusieurs de ces programmes de formation spécialisée dont le nombre d'inscriptions dépasse le nombre de places disponibles, du besoin de stages cliniques et des défis de recruter pour ces professions dans un marché caractérisé par une pénurie de main-d'œuvre. Le Nouveau-Brunswick pourrait investir dans le développement de sa propre main-d'œuvre pour répondre aux demandes accrues de services de soins de santé, tout en offrant une capacité additionnelle aux étudiants d'autres provinces.

32. Le gouvernement et les professionnels en réadaptation doivent s'entendre sur le rôle d'un travailleur de soutien en réadaptation et un modèle de formation qui répond aux divers besoins des patients de l'ensemble des services de soins de santé et des professions de réadaptation respectives. Ce programme doit être élaboré et mis en oeuvre au plus tard en 2004.

33. Le ministère de la Santé et du Mieux-être doit exercer un rôle de leadership auprès des organismes professionnels et des établissements d'enseignement afin d'établir des normes minimales de formation des travailleurs de soutien qui répondent aux compétences requises pour l'exercice de leurs professions et l'accréditation dans leurs disciplines respectives. Cela permettra d'assurer la sécurité des patients et l'aisance professionnelle dans la délégation des responsabilités à ces travailleurs.

Les modèles actuellement en voie d'élaboration comprennent l'établissement d'un programme d'accréditation volontaire national pour les programmes de techniciens en pharmacie, dirigé par le Conseil canadien de l'agrément des programmes de pharmacie et un examen d'agrément national pour les assistants de laboratoire médical devant être mis sur pied en juin 2003 par la Société canadienne de science de laboratoire médical. Il faudrait obtenir plus d'information sur ces programmes. Plusieurs professions en réadaptation ont aussi établi des profils de compétence nationaux pour les travailleurs de soutien dans leurs professions respectives.

---

Le Nouveau-Brunswick a besoin d'un système ambulancier bien établi et responsable qui est un soutien essentiel à un plan provincial de services de santé efficace. Actuellement, les qualifications, la dotation et le déploiement de personnel qualifié appuyant ce système varient. **Il est donc recommandé ce qui suit :**

34. Le Nouveau-Brunswick doit envisager l'adoption de normes de formation et d'exercice de la profession pour les travailleurs paramédicaux, comme il est décrit dans le profil national des compétences professionnelles de l'Association des travailleurs paramédicaux du Canada, et doit dresser un plan de transition pour mettre en oeuvre ces nouvelles normes au cours des cinq prochaines années. L'impact de cette mesure sur les praticiens actuels du système devra être déterminé, surtout pour ceux qui travaillent à titre bénévole. La capacité du Nouveau-Brunswick d'être compétitif dans le recrutement et le maintien de nouveaux diplômés diminuera si la province n'offre pas une norme conforme à la tendance au pays.

Certains groupes de professions sont à diverses étapes de la planification des changements relatifs à l'admission à leur profession au cours des huit prochaines années. Ces groupes comprennent, mais non exclusivement, les psychologues, technologues en radiation médicale, thérapeutes de laboratoire médical, techniciens des dossiers médicaux, ergothérapeutes et physiothérapeutes. Ces changements aux critères d'admission à la profession pourraient accroître le temps de mise en oeuvre pour plusieurs professions, créer des écarts dans les résultats pendant la transition et aggraver les pénuries actuelles et prévues de la main-d'œuvre. Le dilemme pour le Nouveau-Brunswick est de demeurer compétitif dans le recrutement et le maintien des travailleurs dans ces professions, tout en continuant de répondre aux exigences de prestation des services. **Il est donc recommandé ce qui suit :**

35. Le gouvernement doit tenir des rencontres avec les organismes professionnels qui représentent les groupes de professions autoréglementés et les employeurs, afin de participer conjointement aux changements prévus des critères d'admission à la profession, de déterminer les facteurs relatifs aux changements proposés, d'atteindre un consensus concernant l'impact prévu sur la santé des populations servies, et de déterminer les moyens de fournir un effectif stable de la profession à court, à moyen et à long terme. Puisque cette question est d'ordre national, il importe que les discussions à l'échelle nationale sur l'entrée prévue dans la profession comportent un niveau semblable de participation et de dialogue, et une planification conjointe.

Même si cet aspect ne relève pas de la présente étude, il importe que les professionnels de la santé puissent maintenir les compétences requises pour exercer leurs professions. Il faut donc dresser au Nouveau-Brunswick un inventaire des programmes de formation professionnelle continue accessibles aux diverses professions de la santé afin de bien appuyer le développement de la main-d'œuvre pour répondre aux nouvelles technologies et aux besoins des patients en matière de soins.

#### 6.4 Utilisation

Vu les défis mentionnés dans le présent rapport que devront relever le gouvernement et les employeurs pour assurer une main-d'œuvre stable, l'utilisation efficace de la main-d'œuvre en soins de santé n'a jamais été aussi importante. Toute stratégie ou directive ayant un impact sur l'utilisation doit tenir compte du fait que la main-d'œuvre en soins de santé est à prédominance féminine. Il faut donc des horaires de travail plus souples, le partage d'emploi, etc., car les femmes sont aussi les principaux fournisseurs de soins des enfants et des parents vieillissants.

Il faut aussi reconnaître le fait que la main-d'œuvre actuelle est poussée à ses limites, 26 % de la main-d'œuvre en soins de santé dans le secteur public travaillant en moyenne plus d'un ÉTP (1 950 heures

---

par année). Ce rythme ne peut pas être maintenu. Une mesure doit être prise immédiatement afin de soulager une main-d'œuvre fatiguée et vieillissante. À cet égard, **il est recommandé ce qui suit :**

36. Les RRS et les employeurs des soins de santé du secteur communautaire doivent examiner immédiatement la possibilité de mettre en place des modèles de dotation en personnel novateurs afin d'assurer un exercice de la profession sécuritaire et afin de prévenir l'épuisement professionnel continu d'une main-d'œuvre de plus en plus fatiguée et vieillissante.

La technologie et le transfert vers l'utilisation d'un nouveau coefficient des professionnels et des travailleurs de soutien sont des stratégies qui doivent être envisagées pour compenser en partie la pénurie de ressources professionnelles dans le secteur de la santé. Il faut développer une pensée innovatrice dans ces domaines. C'est la profession de pharmacien qui connaîtra la plus grande pénurie au cours des cinq prochaines années, en pourcentage de sa main-d'œuvre et les II, en fonction du nombre de travailleurs. **Il est donc recommandé ce qui suit :**

37. Le gouvernement doit collaborer avec la profession de pharmacien et les employeurs des RRS afin d'établir un « modèle d'exercice de la profession de pharmacien » en milieu hospitalier qui reconnaît et utilise les compétences spécialisées d'un pharmacien clinique, en optimisant l'utilisation des techniciens en pharmacie et de la technologie. Ce modèle doit être évalué quant à son impact clinique, financier et opérationnel et mis en oeuvre dans l'ensemble de la province si l'évaluation est concluante.

38. Dans l'élaboration et l'exécution d'un plan général pour une meilleure utilisation de la main-d'œuvre infirmière, comme il est indiqué à la recommandation 17, le ministère de la Santé et du Mieux-être doit déterminer les champs d'exercice complémentaires des ressources infirmières (II/IAA/IP) qui favorisent l'utilisation uniforme et constante de la main-d'œuvre infirmière.

39. Le ministère de la Santé et du Mieux-être, en collaboration avec les employeurs du secteur public, doit élaborer et mettre en oeuvre un plan d'action coordonné au cours des deux prochaines années pour permettre au personnel infirmier faisant actuellement partie du réseau d'acquérir les compétences requises, au besoin, afin d'optimiser leurs champs d'exercice respectifs.

La demande relative aux professions en réadaptation a été documentée au paragraphe 5.5 du présent rapport. En l'absence d'un plan provincial des services de santé, aucun nouveau poste n'a été identifié pour répondre aux listes d'attente qui s'allongent et qui sont d'à peu près deux ans pour certaines professions en réadaptation. En l'absence de normes provinciales relatives aux listes d'attente, il est aussi difficile d'établir un lien direct pour prédire la demande accrue. Il est toutefois possible que les pénuries dans les professions en réadaptation soient plus graves que le prévoit le présent rapport. **Il est donc recommandé ce qui suit :**

40. Le gouvernement doit prendre des mesures en vue d'établir un modèle durable de services de réadaptation au cours des trois à cinq prochaines années :

- Qui utilise un coefficient des effectifs des travailleurs de soutien et des professionnels pertinents, déterminé par les besoins du patient ou du client;
- Qui assure la prestation équitable des services dans l'ensemble des soins actifs, de réadaptation et continus, quel que soit l'endroit;
- Qui comprend de nouveaux modèles comme des partenariats public et privé pour les professions en réadaptation qui sont activement utilisées dans les deux secteurs.

---

Les employeurs s'attendent à ce que les nouveaux diplômés dans plusieurs professions de la santé soient prêts à travailler comme des praticiens expérimentés, dans un domaine spécialisé, et comme un personnel mobile permanent, qui a besoin de compétences dans plusieurs secteurs cliniques. Ces attentes ne sont pas réalistes pour plusieurs nouveaux diplômés et elles ne permettent pas de regrouper les compétences. Les membres des professions touchés ont indiqué que cette pratique a un impact négatif sur le maintien des diplômés qui se sentent à risque dans ces milieux, ce qui contribue à un taux élevé de mobilité à l'intérieur de certaines professions. Plusieurs intervenants du secteur des soins de santé considèrent l'accès à des programmes d'orientation satisfaisants et à des mentors plus expérimentés comme un luxe. **Il est donc recommandé ce qui suit :**

41. Le ministère de la Santé et du Mieux-être doit reconnaître l'importance de cette situation et accorder le financement adéquat pour que les employeurs du secteur public puissent offrir des programmes d'orientation aux nouveaux diplômés dans les professions de la santé.
42. Les ministères de la Santé et du Mieux-être, et des Services familiaux et communautaires, comme principal employeur du secteur public des professions de la santé doivent organiser des tables rondes particulières aux professions sur *l'accueil des nouveaux diplômés au sein de la main-d'œuvre des soins de santé du secteur public* afin d'entamer des discussions entre le secteur de la formation et les employeurs sur les attentes des diplômés d'aujourd'hui et afin d'améliorer leur intégration à la main-d'œuvre et leur maintien en poste.
43. Le gouvernement doit favoriser des programmes d'incitatifs de l'employeur pour des cliniciens expérimentés afin qu'ils participent activement aux programmes de préceptorat.

#### 6.5 Recrutement et maintien en poste

Le Nouveau-Brunswick fait concurrence à différents niveaux pour plusieurs professions de la santé. Il y a non seulement une concurrence interprovinciale, nationale et mondiale, mais aussi une concurrence intraprovinciale entre les employeurs du secteur public et le secteur privé. Actuellement, les professions infirmières sont les seuls groupes pour lesquels une stratégie provinciale de recrutement et de maintien en poste a été établie en avril 2001 pour une période de trois ans. Le gouvernement offre aussi une prime de signature de 10 000 \$ aux radiothérapeutes, y compris les dosimétristes, qui acceptent de travailler au Nouveau-Brunswick. Certaines régies régionales de la santé offrent aussi des incitatifs aux professionnels qui sont difficiles à recruter. Certaines initiatives peuvent toutefois être entreprises simultanément pour améliorer la situation concurrentielle du Nouveau-Brunswick et pour gérer, de manière proactive, les effectifs requis des travailleurs des soins de santé. **Il est recommandé ce qui suit :**

44. Pour demeurer compétitif, le Nouveau-Brunswick doit engager des ressources dans un ensemble de projets visant à assurer l'offre dans les professions de la santé dont la demande est élevée et la main-d'œuvre est insuffisante. Complémentaires aux autres recommandations dans cette partie du rapport, ces projets devraient comprendre l'achat de places dans des programmes de formation ciblés à l'extérieur de la province, en plus de bourses d'études, de programmes de réduction des dettes étudiantes et des primes à l'embauche, chacun de ces volets devant être visé par des ententes de services compensatoires. Au cours de la période de prévision de cinq ans, ces investissements devraient être destinés aux professions suivantes :

- Pharmaciens, pour réduire la pénurie prévue de 40 % de cette main-d'œuvre d'ici 2007;

- 
- Techniciens en ECG, pour réduire l'écart qui sera ressenti d'ici 2007, la pénurie possible de cette main-d'œuvre peu nombreuse pouvant atteindre plus de 20 %. Des programmes de technologie en cardiologie sont offerts à seulement deux établissements d'enseignement au Canada –Mohawk College et BCIT. Le Nouveau-Brunswick souhaitera peut-être envisager d'accroître sa propre main-d'œuvre en ECG comme il est indiqué à la recommandation 31;
  - Technologues en radiation médicale, selon la demande par sous-spécialité, afin de réduire l'impact d'une pénurie prévue de 17 % de cette main-d'œuvre;
  - Orthophonistes, vu la pénurie actuelle et la pénurie prévue causée en partie par la demande accrue découlant de la mise sur pied à l'échelle provinciale d'un programme de développement du langage.

Il importe de souligner que le gouvernement a déjà engagé des ressources pour une stratégie de recrutement de ressources infirmières et des primes de recrutement pour les radiothérapeutes, y compris les dosimétristes, qui devraient être maintenues.

45. Afin d'éviter les écarts dans le service dus à la perte d'un seul petit groupe de travailleurs de soins de santé très recherchés, le ministère de la Santé et du Mieux-être doit établir les exigences des nouveaux postes de dosimétriste, à la suite de sa nouvelle stratégie de lutte contre le cancer, et promouvoir et appuyer activement le perfectionnement des dosimétristes agréés à l'intérieur de la main-d'œuvre des radiothérapeutes actuelle, afin que le Nouveau-Brunswick puisse offrir un salaire compétitif pour ce groupe professionnel et continue d'offrir la prime de 10 000 \$ au cours des trois à cinq prochaines années.
46. Les stratégies de recrutement dynamiques doivent être élargies et axées sur la première et la deuxième année des programmes de formation ciblés afin d'être plus compétitif pour recruter les diplômés dans la main-d'œuvre du Nouveau-Brunswick. Cette stratégie devrait comprendre les groupes mentionnés à la recommandation 44.
47. Un accent accru doit être mis sur le renforcement des programmes de stage et de résidence clinique pour les professions dont la formation est offerte à l'extérieur du Nouveau-Brunswick (p. ex. professions en réadaptation, pharmacie, etc.) comme principale stratégie de recrutement. Ces programmes sont les moyens les plus propices au recrutement des nouveaux diplômés et ils devraient être appuyés pour toutes les professions auxquelles ils s'appliquent. Lorsque cela est possible, les mentors et précepteurs des stages cliniques devraient être surnuméraires au personnel permanent.
48. Le Bureau des ressources humaines doit repérer les données à l'échelle nationale sur les indemnités et les avantages, par discipline professionnelle et emplacement géographique, à des fins de comparaison, pour fournir à la Section des ressources humaines en santé l'information pertinente requise pour permettre au gouvernement d'être plus concurrentiel en matière de recrutement.
49. Le secteur public doit réaménager les horaires de travail pour prévoir un plus grand nombre de postes à temps plein, afin d'attirer les nouveaux diplômés et assurer le maintien en poste des employés précieux.
50. Les entrevues confidentielles des travailleurs au moment du départ doivent devenir une source régulière d'information précieuse pour les employeurs afin d'améliorer les taux de maintien en poste.
51. Des forums d'employeur-employés doivent être créés dans le milieu de travail afin de savoir comment améliorer les conditions de travail et le milieu de travail.

- 
52. Une évaluation systématique des besoins en matière de perfectionnement des cadres doit être effectuée et un plan doit être élaboré pour assurer la mise en place de modèles efficaces de leadership et de gestion qui sont propices au recrutement et au maintien de la main-d'œuvre.
  53. Les incitatifs au maintien en poste doivent viser à retenir les travailleurs plus âgés le plus longtemps possible jusqu'à ce qu'ils atteignent l'âge normal de la retraite selon les normes nationales.
  54. Les plans de classification des professionnels dans des rôles de cliniciens doivent être revus dans l'ensemble des services publics afin que des échelons progressifs reconnaissent la formation additionnelle et les connaissances spécialisées des praticiens cliniques, de façon à démontrer que ce sont des éléments fondamentaux et essentiels à un système de soins de santé stable.

## 6.6 Prévion de l'offre et de la demande

La prévision exacte de l'offre et de la demande d'une main-d'œuvre doit être basée sur une analyse approfondie des données et des quantités. Elle doit aussi tenir compte de la conception future du système des soins de santé au Nouveau-Brunswick, des technologies de la santé, des méthodes cliniques et des variations des coefficients du personnel, et de la méthode d'affectation du personnel dans l'ensemble des services. Le coefficient particulier de ces variables donnera des résultats différents. Par conséquent, à mesure que le Nouveau-Brunswick solidifie son plan provincial des services de santé et enrichit sa source d'information et de données, la valeur informative des prévisions des ressources humaines en santé sera aussi accrue.

Pour assurer des prévisions exactes de l'offre et de la demande, **il est recommandé ce qui suit :**

55. La responsabilité de la gestion et de l'utilisation du modèle de prévision doit être confiée à une équipe de base formée d'employés à la Section de la planification des ressources humaines en santé du ministère de la Santé et du Mieux-être, qui connaît le développement du modèle, l'utilisation des résultats du modèle, les méthodes de planification des ressources humaines, et les orientations stratégiques du ministère en général.
56. Le ministère de la Santé et du Mieux-être doit adopter le modèle de prévision présenté comme un outil servant à appuyer et à améliorer la planification des ressources humaines futures, et doit modifier et adapter le modèle en fonction des besoins futurs en matière de planification des ressources humaines, des nouvelles données disponibles et l'élaboration de normes provinciales relatives à la dotation en personnel.
57. En l'absence de normes provinciales relatives à la dotation en personnel et des coefficients recommandés de fournisseurs par rapport à la population dans les divers secteurs de la santé, le ministère de la Santé et du Mieux-être, en consultation avec les intervenants pertinents, doit déterminer les éléments acceptables pour chaque groupe de professions qui seront appliqués uniformément dans la prévision de l'offre et de la demande future.
58. Le ministère de la Santé et du Mieux-être doit établir un processus d'analyses régulières du marché du travail et du contexte pour comprendre l'impact sur l'offre et la demande dans les professions à risque élevé. Le modèle de prévision des ressources humaines en santé devra tenir compte des impacts perçus.

---

## ANNEXE A – COMITÉ DIRECTEUR

---

Les personnes suivantes sont membres du Comité directeur de l'Analyse de l'offre et de la demande des ressources humaines en santé du Nouveau-Brunswick.

<b>Nom</b>	<b>Organisme</b>
Joanne Fletcher	Gestionnaire du projet (présidente), MSME
Lyne St. Pierre-Ellis	Conseillère en ressources paramédicales, MSME
Alice Thériault	Conseillère en ressources infirmières, MSME
Clare Brennan	Gestionnaire de la base de données, MSME
Yvon Pitre	Systèmes d'information, MSME
Emely Poitras	Représentante des communications, MSME
Kelly Rodgers-Sturgeon	Analyse du marché du travail, FDE
Margo Dower-Vincent	Représentante du Bureau des ressources humaines
Pascal Robichaud	Représentant de l'enseignement postsecondaire (Éducation)
	Équipe de Fujitsu Conseil

---

## **ANNEXE B – GROUPES DE PROFESSIONS (SANTÉ ET MIEUX-ÊTRE)**

---

Les groupes de professions suivants sont inclus dans l'étude :

### **SCIENCES SOCIALES**

Intervenant et conseiller en toxicomanie

Psychologue (clinicien)

Psychométricien

Travailleur social

### **PROFESSIONS EN RÉADAPTATION**

Audiologiste

Ergothérapeute

Physiothérapeute

Prothésiste

Aide en réadaptation

Orthophoniste

### **GROUPES TECHNIQUES**

Échographiste

Technicien en ECG

Technicien en EEG

Technicien d'équipement médical

Technologue de laboratoire médical

Spécialiste de laboratoire médical

Radiothérapeute et technologue en radiation médicale (médecine nucléaire, radiographie, IRM, dosimétrie)

Inhalothérapeute et technologue en inhalothérapie

### **SCIENCES INFIRMIÈRES**

Infirmière auxiliaire autorisée

Infirmière immatriculée

Infirmière clinicienne spécialisée

### **AUTRES PROFESSIONS**

Ambulancier, TUM et travailleur paramédical

Diététiste

Inspecteur en hygiène publique

Technicien des dossiers médicaux

---

Administrateur des dossiers médicaux

Optométriste

Pharmacien

Aide-pharmacien (technicien)

## ANNEXE C – ENSEMBLE DE DONNÉES MINIMALES

ÉLÉMENT DE DONNÉES	DESCRIPTION
<b>PARTICULIER</b>	
Prénom	Non utilisés directement dans l'analyse; toutefois, ces champs sont requis afin d'identifier l'information obtenue des différentes sources sur le même particulier. Sans cette information, il est possible qu'une personne puisse être comptée à plusieurs reprises, surtout si l'information vient des secteurs public et privé.
Nom	
Initiale du deuxième prénom	
Noms précédents	Changements de nom comme nom de jeune fille. Il peut y en avoir plus d'un pour la même personne. Ces données, si elles sont disponibles, permettront d'assurer qu'une personne n'est pas comptée sous un ancien nom et un nouveau nom.
Adresse domiciliaire (rue, ville, province ou État, code postal, pays)	Si elle est disponible, cette information sert à déterminer la région de santé dans laquelle demeure la personne (par opposition à la région de santé dans laquelle elle travaille).
Date de naissance	AAAA
Langue <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Compétence linguistique</li> <li>▪ Préférence (anglais ou français)</li> </ul>	Anglais Français Anglais et français Autre Inconnu
Sexe	Homme/femme
Profession	Une personne peut avoir plusieurs professions. L'information sur la profession est recueillie d'après les groupes de professions définis par le ministère de la Santé et du Mieux-être et ceux déterminés par Formation et Développement de l'emploi (définitions de la CNP).
Critère d'entrée à la profession Origine de la formation (école, province ou État, pays)	Pour chaque groupe professionnel, si cette information est disponible.
Niveau de formation le plus élevé atteint dans la profession <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Origine de la formation (école, province ou État, pays)</li> <li>▪ Année du diplôme</li> </ul>	Pour chaque groupe professionnel, si cette formation est disponible.
Diplômes	Description et titre du diplôme reçu pour chaque profession.
Accréditation	Indique si la personne est agréée pour chaque profession (oui ou non).
Nom de l'organisme d'immatriculation ou d'autorisation	Pour chaque profession, le particulier peut avoir une ou plusieurs immatriculations.
Numéro d'immatriculation	Pour chaque immatriculation auprès d'un organisme professionnel ou de réglementation.

ÉLÉMENT DE DONNÉES	DESCRIPTION
Statut d'inscription	Comprend le statut actif, inactif, temporaire ou retraité pour chaque immatriculation.
Domaine de pratique <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Principal domaine de pratique</li> <li>▪ Deuxième domaine de pratique</li> </ul>	Clinique, gestion, éducation, recherche et autre. Pour chaque profession, un domaine de pratique principal et un deuxième domaine seront indiqués. Un deuxième domaine est facultatif.
Travail dans ce secteur	Indique si la personne travaille dans la profession.
Sans emploi	Indique si une personne est sans emploi (oui ou non).
Cherche du travail dans ce secteur	Indique si une personne cherche un emploi dans la profession (oui ou non).
<b>EMPLOYEUR</b>	<b>Information sur chaque employeur d'un professionnel de la santé.</b>
Nom de l'employeur et lieu de travail	
Adresse de l'employeur	Un employeur peut avoir plus d'une adresse.
Ville de l'employeur	
Code postal de l'employeur	
Secteur de la santé	Secteur de la santé associé à chaque emploi d'un particulier. (Une personne peut avoir deux emplois à temps partiel, un dans un hôpital et un dans un foyer de soins par exemple.) Valeurs possibles : <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Hôpital</li> <li>▪ Extra-mural</li> <li>▪ Foyer de soins</li> <li>▪ Foyer de soins spéciaux</li> <li>▪ Cabinet du médecin</li> <li>▪ Centre de santé communautaire</li> <li>▪ Services de santé mentale</li> <li>▪ Services de santé publique</li> <li>▪ Gouvernement</li> <li>▪ Université</li> <li>▪ Privé</li> <li>▪ Autre</li> </ul>
Région de santé	Associé à chaque adresse de l'employeur.
ETP – secteur public	Sera fournie pour les médecins seulement. D'autres champs peuvent être indiqués selon la définition du calcul.
Secteur d'emploi	Le secteur d'emploi sera indiqué pour chaque employeur. Valeurs possibles : <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Services communautaires et de santé provinciaux (MSME, SFC)</li> <li>▪ Autre service du gouvernement provincial (autres ministères du gouvernement, sociétés de la Couronne, CSSIAT, Justice et</li> </ul>

ÉLÉMENT DE DONNÉES	DESCRIPTION
	Services correctionnels) <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Gouvernement fédéral</li> <li>▪ Privé</li> <li>▪ Autre (extérieur de la province ou pays)</li> <li>▪ Inconnu</li> </ul>
Statut d'emploi	Pour chaque poste qu'un particulier occupe, le statut d'emploi est requis. Valeurs possibles : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Permanent               <ul style="list-style-type: none"> <li>a. À temps plein</li> <li>b. À temps partiel</li> <li>c. Temporaire</li> </ul> </li> <li>• Occasionnel</li> <li>• Congé (motivé)</li> </ul>
<b>DONNÉES SUR L'OFFRE</b>	<b>Données sur les programmes de formation des professionnels de la santé dans les Provinces atlantiques, au Québec et dans les centres d'excellence ailleurs au Canada. Aux fins de la présente étude, un centre d'excellence peut être considéré comme le seul programme de formation accessible au Canada atlantique ou au Canada.</b>
Critères d'entrée à la profession	
Inventaire des programmes de formation	Sélectif à l'extérieur du Canada atlantique, c'est-à-dire centres d'excellence ou programmes indiqués par la profession ou l'employeur comme étant des sites de formation préférés.
Critères d'admission au programme	Préalables requis par l'établissement d'enseignement pour être admis au programme.
Durée du programme	Exprimé en semaines, mois ou années.
Langue du programme	Anglais ou français.
Contingent du programme	Contingent en première année.
Capacité totale du programme	Toutes les années du programme.
Diplômes obtenus	Comprennent les changements proposés.
Nombre d'inscriptions en première année	Inscriptions réelles pour l'année d'inscription la plus récente.
Nombre d'inscriptions pour toutes les années	Nombres réels.
Nombre d'étudiants du Nouveau-Brunswick actuellement inscrits en première année	Si cette information est disponible à partir des programmes individuels.
Nombre d'étudiants du Nouveau-Brunswick actuellement inscrits pour toutes les années	Comme ci-dessus.
Nombre de sièges <b>achetés par le</b>	Ententes du gouvernement avec des établissements d'enseignement

---

<b>ÉLÉMENT DE DONNÉES</b>	<b>DESCRIPTION</b>
<b>Nouveau-Brunswick</b>	à l'extérieur de la province.
Nombre de diplômés au cours des dix dernières années	Pour chaque année.
Incitatifs de recrutement	Comprennent l'origine des incitatifs.

---

## ANNEXE D – PARTICIPANTS AUX GROUPES DE DISCUSSION ET ENTREUVES DES INTERVENANTS

---

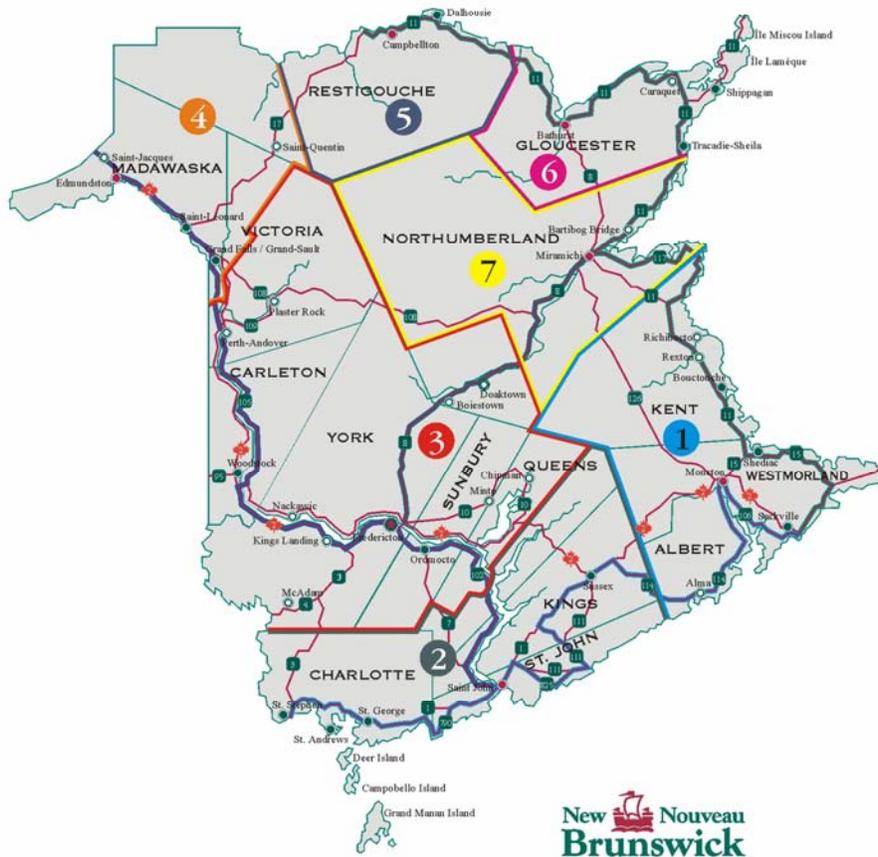
Les entrevues et les groupes de discussion suivants ont servi à documenter l'analyse du contexte, et la définition et les résultats du modèle de prévision de l'offre et de la demande pour la présente étude.

<b>Entrevues</b>
<b>Ministère de la Santé et du Mieux-être du Nouveau-Brunswick</b>
Équipe des cadres supérieurs
Andrée Robichaud, directrice générale de la Division de la planification et de l'évaluation
Joanne Fletcher, directrice de la Planification stratégique et de la politique de la santé
Alice Thériault, conseillère en ressources infirmières
Pam Mitchell, utilisation des ressources infirmières
Lyne St. Pierre-Ellis, conseillère en professions paramédicales et ressources médicales
Ron Durelle, sous-ministre adjoint de l'Administration et des finances
Marilyn Evans-Born, directrice de la Législation de la santé et de la réglementation des professions
David Cowperthwaite, directeur des Systèmes d'information
Michelle Rousell, conseillère en formation clinique en réadaptation
Paula Dubé, Soutien administratif aux programmes cliniques en réadaptation
Stephanie Smith, conseillère en cliniques hospitalières
Karen Carvell, Gestion de l'utilisation, Cliniques hospitalières
John Boyne, Analyse et évaluation des programmes
Directeurs et directrices des ressources humaines des régions régionales de la santé
Verna Morrissey, conseillère en ressources humaines de la Direction des ressources humaines
Bronwyn Davies, coordonnatrice des langues officielles
<b>Ministère des Services familiaux et communautaires du Nouveau-Brunswick</b>
<b>Cadres supérieurs comme entrevue de groupe</b>
David Easby, sous-ministre adjoint de la Planification et des services ministériels
Carolyn MacKay, sous-ministre adjointe de la Prestation des programmes
André LePine, directeur des Services aux adultes handicapés et aux personnes âgées
Barbara Burnett, directrice des Services des foyers de soins et des établissements résidentiels
Lisa Doucette, directrice du Service des ressources humaines
<b>Entrevues liées à l'éducation</b>
Mireille Duguay, directrice générale, Commission de l'enseignement supérieur des provinces Maritimes (CESPM)
Louise Boudreau, directrice des Programmes postsecondaires, ministère de l'Éducation
Pascal Robichaud, conseiller en politique, Enseignement postsecondaire, ministère de l'Éducation
Kelly Rodgers-Sturgeon, directrice de l'Analyse du marché du travail, Formation et Développement de l'emploi (FDE)
Bernard-Marie Thériault, directeur par intérim des collèges francophones, CCNB, FDE
Richard Corey, directeur des Services collégiaux des CCNB, FDE
Brenda McCavour, conseillère en éducation, Services collégiaux des CCNB, FDE
Cheryl Gibson, doyenne de la Faculté de nursing de l'UNB à Fredericton et de membres choisis de la faculté

Keith DeBell, doyen des Sciences de la santé de l'UNB à Saint-Jean (entrevue par téléphone)
Cynthia Baker, doyenne de l'École des infirmières et infirmiers, Université de Moncton (entrevue par téléphone)
<b>Autres organismes</b>
Tom Mann, directeur général de l'Association des employés de la fonction publique du Nouveau-Brunswick
Gérène Gautreau, directrice des Services d'éducation et de communication, Association des infirmières et infirmiers du Nouveau-Brunswick
Debbie McGraw, président du Syndicat des infirmières et infirmiers du Nouveau-Brunswick
Frances Ward, vice-présidente de l'Association des foyers de soins spéciaux du Nouveau-Brunswick Inc.
Directeur général de la Société dentaire du Nouveau-Brunswick
Jocelyn Johnstone, directeur général du College of Dental Surgeons of British Columbia
D <sup>r</sup> Benoit Soucy, Association dentaire canadienne
Paul Stoll, Analyse du marché du travail, Développement des ressources humaines Canada
<b>Participants aux groupes de discussion</b>
<b>Groupe de discussion des travailleurs sociaux</b>
Linda Turner, professeure à l'Université St. Thomas
Paul Cartwright, directeur général de la Régie Santé de la Vallée
Brenda McPherson, MSME
Suzanne McKenna, directrice générale de l'ATSNB
Vicki Coy, directrice adjointe de l'ATSNB
Jean, travailleuse sociale (retraîtée)
<b>Infirmières et infirmiers auxiliaires immatriculés (maintenant infirmières et infirmiers auxiliaires autorisés - IAA)</b>
Kevin Symes, directeur général de l'Association des infirmières et infirmiers auxiliaires autorisés du Nouveau-Brunswick (AIAANB)
Wayne Brown, secrétaire de l'Association des infirmières et infirmiers auxiliaires autorisés du Nouveau-Brunswick (AIAANB) (IAA au Foyer de soins Spencer)
Anita Boucher, présidente de l'Association des infirmières et infirmiers auxiliaires autorisés du Nouveau-Brunswick (AIAANB) (IAA à l'Hôpital Northern Carleton)
<b>Groupes combinés en réadaptation</b>
Karen Candy, AENB
Wendy Hills, AENB
Patrick Lynch, directeur général de l'AENB
André Lafargue, AOANB
Anne Gallagher, AOANB
Katherin Puder, AOANB
Laura Garland, AOANB
Ann Connolly, APNB
Marilyn Rowan, CPNB
Sandra Simms, présidente de l'AENB
<b>Pharmaciens</b>
Hugh Ellis, Shoppers Drug Mart de Moncton (relations gouvernementales)
Bill Veniot, registraire de l'Ordre des pharmaciens du Nouveau-Brunswick

Peter Hogan, président de l'Association des pharmaciens du Nouveau-Brunswick (pharmacien, Saint-Jean au Nouveau-Brunswick)
Jeanne Collins-Beaudin, propriétaire de la pharmacie de Keswick
Andrée Hachey, propriétaire de la pharmacie Miramichi
Faith Louis, directrice des Services de pharmacie dans la Région 3 (maintenant la Régie Santé de la Vallée)
<b>Groupe technique combiné</b>
Michel Doucette, président de l'Association canadienne des technologues en radiation médicale (travaille à l'Hôpital George Dumont)
Lin (Linda) Richardson, représentante de la Maritime Association of Electroneurophysiology Technologists (gestionnaire et technologue dans la Région 3)
Janet Kingston, directrice générale des technologues de laboratoire médical (TLM)
Edna Smith, présidente des TLM
Mariraine Dein, gestionnaire régionale des TRM
Elaine Dever, directrice des programmes, Saint John School of Radiological Technology (CSSA)
Kathy Kowalski, gestionnaire régionale des services d'inhalothérapie dans la Région 3
Bill Koval, président de l'Association des inhalothérapeutes du Nouveau-Brunswick
<b>Infirmières et infirmiers immatriculés</b>
Karen Brine, RRS 1SE (coordonnatrice de l'emploi – ressources humaines)
Marise Auffrey, RRS 1B (soins de longue durée – DSI)
Dorothy Arseneau, RRS 2 (infirmière gestionnaire)
Doug Wilson, RRS 3 (santé des anciens combattants)
Linda LeBlanc RRS 4 (DSI)
Kristin Gauvin RRS 5 (DSI)
Debbie Gammon, RRS 6 (DSI)
Kerry Kennedy, RRS 7 (Recrutement et analyste des ressources infirmières) – n'est pas une infirmière
Ann Johnson, administratrice du Foyer de soins Drew à Moncton
Lucie Marteau, administratrice de la Villa Sormany
Ruth Rogers, AIINB
Heather Kane, SIINB

## Health and Wellness Regions Régions : Santé et Mieux-être



NOUVEAU-BRUNSWICK

---

## **ANNEXE F – ENTENTE GÉNÉRALE DE CONFIDENTIALITÉ (ASSOCIATIONS)**

---

Le ministère de la Santé et du Mieux-être, Fujitsu Conseil et les représentants de chacune des associations régissant les professions de la santé ont signé l'entente de confidentialité suivante.

---

Entente conclue le \_\_\_\_\_ 2002.

**Entre :**

---

(ci-après appelée « l'Association »)

-et-

**SA MAJESTÉ LA REINE** du chef de la Province du Nouveau-Brunswick, représentée par le ministre de la Santé et du Mieux-être  
(ci-après appelé le « Ministre »)

-et-

**Fujitsu Conseil (Canada) inc.**, une entreprise dûment constituée en corporation en vertu des lois du Canada, dont le siège social est situé 1000, rue Sherbrooke Ouest, bureau 1600, Montréal (Québec) H3A 3R2  
(ci-après appelée « Fujitsu »)

**ATTENDU QUE** l'Association recueille et conserve des renseignements à l'égard de ses membres;

**ATTENDU QUE** le Ministre désire obtenir ces renseignements dans le but de réaliser une analyse de l'offre et de la demande de ressources humaines en santé au Nouveau-Brunswick ainsi que pour planifier les ressources humaines en santé sur une base permanente;

**ET ATTENDU QUE** Fujitsu réalisera ladite analyse de l'offre et de la demande;

**À CES CAUSES**, les parties s'entendent sur ce qui suit :

1. L'Association fournira à Fujitsu une copie de la base de données sur ses membres (ci-après appelée « renseignements confidentiels ») contenant les renseignements les plus complets et précis sur tous les membres de l'Association, selon l'année la plus récente. Afin d'assurer l'exactitude des données devant servir à l'analyse, l'Association fournira à Fujitsu le nom de chaque membre comme identificateur unique du membre. Le nom, en tant qu'identificateur unique, est essentiel afin d'empêcher qu'une personne soit comptée deux fois, surtout lorsque les renseignements sur la personne proviennent de plus d'une source, comme l'Association elle-même et l'employeur de la personne.
2. Les « renseignements confidentiels » ne comprennent pas les renseignements :
  - a) déjà connus de Fujitsu au moment de leur divulgation;
  - b) connus du public ou qui le deviennent sans que Fujitsu ne commette d'acte illégal;
  - c) obtenus légitimement d'une tierce partie sans restriction à la divulgation ou sans violation de la présente entente;
  - d) préparés de manière indépendante par Fujitsu;
  - e) approuvés pour la publication par une autorisation écrite de l'Association; ou

- 
- f) divulgués par Fujitsu comme l'exige la loi.
3. Fujitsu traitera, sous le sceau de la confidentialité, les renseignements confidentiels fournis par l'Association et ne s'en servira que pour les besoins d'une analyse de l'offre et de la demande de ressources humaines en santé au Nouveau-Brunswick.
  4. Fujitsu ne révélera, sous aucune forme, les renseignements confidentiels à aucune personne ou entité autre que les employés ou agents de Fujitsu, sur justification, ainsi que le Ministre, tel qu'il est établi dans la présente entente.
  5. Pour les besoins de l'analyse de l'offre et de la demande, Fujitsu créera deux bases de données d'inventaire des ressources humaines en santé. À l'origine, la première base de données contiendra toutes les données. Une fois que la qualité des données aura été assurée et que les renseignements en double auront été enlevés, le tableau contenant la liste des noms de personnes sera transféré à une autre base de données, laquelle sera protégée par mot de passe. Seuls les employés de Fujitsu chargés d'assurer l'intégrité des données auront accès aux noms de personnes. Des identificateurs uniques seront utilisés dans toute la base de données pour avoir accès aux tableaux et aux renseignements qui s'y rapportent. Si des données supplémentaires étaient importées ultérieurement dans la base de données, l'identificateur unique des personnes permettra l'utilisation du tableau des noms de personnes.
  6. Une fois l'analyse terminée, Fujitsu fournira au Ministre les deux bases de données et ne conservera aucune copie des renseignements confidentiels. Le Ministre fera en sorte que l'accès aux bases de données soit réservé au personnel autorisé.
  7. Le Ministre ne se servira pas des renseignements confidentiels fournis par Fujitsu dans un but autre que la planification des ressources humaines en santé. Si le Ministre désirait se servir des renseignements dans un autre but, il devrait obtenir la permission écrite de l'Association.
  8. Le Ministre fournira à l'Association un résumé des résultats de l'analyse de l'offre et de la demande dans le métier de santé auquel appartiennent les membres de l'Association.
  9. Les données fournies par l'Association pour les besoins de la présente entente ne seront déclarées qu'au niveau agrégé par Fujitsu et le Ministre.

**EN FOI DE QUOI**, le présent contrat a été signé par les parties à la date indiquée ci-dessus.

Témoin

Signataires de l'entente

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Association

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Ministre de la Santé et du Mieux-être

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

---

Fujitsu Conseil (Canada) inc.

---

## **ANNEXE G – ENTENTE GÉNÉRALE DE CONFIDENTIALITÉ (EMPLOYEUR)**

---

Le ministère de la Santé et du Mieux-être, Fujitsu Conseil et les représentants des employeurs ayant fourni de l'information sur les professions de la santé ont signé l'entente de confidentialité suivante.

---

Entente conclue le \_\_\_\_\_ 2002.

**Entre :**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
(ci-après appelée « l'Employeur »)

-et-

**SA MAJESTÉ LA REINE** du chef de la Province du Nouveau-Brunswick, représentée par le ministre de la Santé et du Mieux-être  
(ci-après appelé le « Ministre »)

-et-

**Fujitsu Conseil (Canada) inc.**, une entreprise dûment constituée en corporation en vertu des lois du Canada, dont le siège social est situé 1000, rue Sherbrooke Ouest, bureau 1600, Montréal (Québec) H3A 3R2  
(ci-après appelée « Fujitsu »)

**ATTENDU QUE** l'Employeur recueille et conserve des renseignements à l'égard de ses membres;

**ATTENDU QUE** le Ministre désire obtenir ces renseignements dans le but de réaliser une analyse de l'offre et de la demande de ressources humaines en santé au Nouveau-Brunswick ainsi que pour planifier les ressources humaines en santé sur une base permanente;

**ET ATTENDU QUE** Fujitsu réalisera ladite analyse de l'offre et de la demande;

**À CES CAUSES**, les parties s'entendent sur ce qui suit :

1. L'Employeur fournira à Fujitsu une copie de la base de données sur ses membres (ci-après appelée « renseignements confidentiels ») contenant les renseignements les plus complets et précis sur tous les membres de l'Employeur, selon l'année la plus récente. Afin d'assurer l'exactitude des données devant servir à l'analyse, l'Employeur fournira à Fujitsu le nom de chaque membre comme identificateur unique du membre. Le nom, en tant qu'identificateur unique, est essentiel afin d'empêcher qu'une personne soit comptée deux fois, surtout lorsque les renseignements sur la personne proviennent de plus d'une source, comme l'Employeur lui-même et l'employeur de la personne.
2. Les « renseignements confidentiels » ne comprennent pas les renseignements :
  - a) déjà connus de Fujitsu au moment de leur divulgation;
  - b) connus du public ou qui le deviennent sans que Fujitsu ne commette d'acte illégal;

- 
- c) obtenus légitimement d'une tierce partie sans restriction à la divulgation ou sans violation de la présente entente;
  - d) préparés de manière indépendante par Fujitsu;
  - e) approuvés pour la publication par une autorisation écrite de l'Employeur; ou
  - f) divulgués par Fujitsu comme l'exige la loi.
3. Fujitsu traitera, sous le sceau de la confidentialité, les renseignements confidentiels fournis par l'Employeur et ne s'en servira que pour les besoins d'une analyse de l'offre et de la demande de ressources humaines en santé au Nouveau-Brunswick.
  4. Fujitsu ne révélera, sous aucune forme, les renseignements confidentiels à aucune personne ou entité autre que les employés ou agents de Fujitsu, sur justification, ainsi que le Ministre, tel qu'il est établi dans la présente entente.
  5. Pour les besoins de l'analyse de l'offre et de la demande, Fujitsu créera deux bases de données d'inventaire des ressources humaines en santé. À l'origine, la première base de données contiendra toutes les données. Une fois que la qualité des données aura été assurée et que les renseignements en double auront été enlevés, le tableau contenant la liste des noms de personnes sera transféré à une autre base de données, laquelle sera protégée par mot de passe. Seuls les employés de Fujitsu chargés d'assurer l'intégrité des données auront accès aux noms de personnes. Des identificateurs uniques seront utilisés dans toute la base de données pour avoir accès aux tableaux et aux renseignements qui s'y rapportent. Si des données supplémentaires étaient importées ultérieurement dans la base de données, l'identificateur unique des personnes permettra l'utilisation du tableau des noms de personnes.
  6. Une fois l'analyse terminée, Fujitsu fournira au Ministre les deux bases de données et ne conservera aucune copie des renseignements confidentiels. Le Ministre fera en sorte que l'accès aux bases de données soit réservé au personnel autorisé.
  7. Le Ministre ne se servira pas des renseignements confidentiels fournis par Fujitsu dans un but autre que la planification des ressources humaines en santé. Si le Ministre désirait se servir des renseignements dans un autre but, il devrait obtenir la permission écrite de l'Employeur.
  8. Le Ministre fournira à l'Employeur un résumé des résultats de l'analyse de l'offre et de la demande dans le métier de santé auquel appartiennent les membres de l'Employeur.
  9. Les données fournies par l'Employeur pour les besoins de la présente entente ne seront déclarées qu'au niveau agrégé par Fujitsu et le Ministre.

---

**EN FOI DE QUOI**, le présent contrat a été signé par les parties à la date indiquée ci-dessus.

Témoin

Signataires de l'entente

---

---

Employeur

---

---

Ministre de la Santé et du Mieux-être

---

---

Fujitsu Conseil (Canada) inc.

---

## ANNEXE H – RÉFÉRENCES (DOCUMENTATION)

Les documents suivants ont été utilisés pour documenter l'analyse de contexte et la définition du modèle de prévision de l'offre et de la demande.

Ouvrages et documentation
▪ <i>Vers un meilleur avenir : Le plan de prospérité du Nouveau-Brunswick</i> , gouvernement du Nouveau-Brunswick, 2001.
▪ <i>Pour un avenir en santé : Deuxième rapport sur la santé de la population canadienne</i> , Santé Canada, Septembre 1999.
▪ Budget de 2002-2003, <i>Choisir la prospérité : Une approche équilibrée</i> , gouvernement du Nouveau-Brunswick.
▪ Indicateurs de rendement généraux du gouvernement du Nouveau-Brunswick, juillet 2001.
▪ Registered Nursing Assistants Study, Orion Marketing Research, janvier 2001.
▪ <i>Revue nationale des ressources humaines des technologistes de laboratoire médical : Une invitation à passer à l'action</i> , Société canadienne de science de laboratoire médical, avril 2001.
▪ <i>PEI Health Human Resources Supply and Demand Analysis – Rapport final</i> , DMR Consulting, 2001.
▪ <i>Renouveler les soins de santé – Rapport du Conseil du premier ministre sur la qualité des soins de santé</i> , janvier 2002.
▪ <i>Étude sur les services de santé – Rapport du Comité d'étude sur les services de santé</i> , 1999.
▪ Déclaration du ministre Dennis Furlong à l'Assemblée législative, budget principal – ministère de la Santé et du Mieux-être, exercice 2001-2002.
▪ Rapports annuels du ministère de la Santé et du Mieux-être : 1995-1996, 1996-1997, 1997-1998, 1998-1999, 1999-2000 et 2000-2001.
▪ Rapport annuel des services hospitaliers du ministère de la Santé et du Mieux-être, avril 2001.
▪ Recensement de 2001 de Statistique Canada, mars 2001.
▪ Budget préliminaire des dépenses en santé des provinces – 1974-2002, Institut canadien d'information sur la santé (ICIS), octobre 2001.
▪ Plan directeur du réseau hospitalier du Nouveau-Brunswick 1997, ministère de la Santé et des Services communautaires, 1997.
▪ Rapport de la phase IIA, Groupe de la conception du programme clinique, mars 2002.
▪ Évaluation du rendement du réseau hospitalier au Nouveau-Brunswick – Phase I, Comité coordonnateur provincial de la gestion de l'utilisation, septembre 1999.
▪ Plan de gestion des ressources et des services infirmiers, ministère de la Santé et des Services communautaires, 1993.
▪ <i>Stratégie pour les soins infirmiers au Canada</i> , Comité consultatif sur la main-d'œuvre infirmière, octobre 2000.
▪ <i>Ressources humaines en matière de santé – Rapport préliminaire – Division de la planification et de l'évaluation des II</i> , ministère de la Santé et du Mieux-être du Nouveau-Brunswick, 2001.
▪ <i>Nombre et répartition des infirmières et infirmiers autorisés dans les régions rurales au Canada</i> , ICIS, 2000.
▪ <i>Offre future des infirmières autorisées au Canada</i> , Association des infirmières et infirmiers du Canada, 1997.
▪ <i>Lack of Funding stymies efforts to hire more doctors (02/01/22)</i>
▪ <i>Patient time with doctors to drop (02/03/28)</i>
▪ <i>Full Nursing Classes won't solve shortage (02/04/02)</i>
▪ <i>Doctors propose plan to put nurses into offices (02/04/05)</i>
▪ Ross Finnie, <i>La mobilité interprovinciale au Canada : Une analyse longitudinale</i> , Développement des

ressources humaines Canada, Direction de la recherche appliquée, septembre 1998.
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Jaime A. Caceres, <i>Health Human Resources Model: Projection Tool for Health Policy</i>, préparé pour la conférence de l'Association canadienne pour la recherche en économie de la santé, mai 2001, Direction de la recherche appliquée et de l'analyse, Santé Canada.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Bureau of Labour Statistics des États-Unis. <i>Handbook of Methods</i>, chapitre 13.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Francois Nault, démographe, entrevue sur les résultats du recensement de 2001 de Statistique Canada.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Rapport de la Phase I de l'<i>Étude des ressources humaines pour technologues de laboratoire médical et technologique en radiation</i>, le 1<sup>er</sup> août 2001.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <i>Stratégie canadienne de lutte contre le cancer</i>, janvier 2002.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Statistique Canada, <i>L'emploi et le revenu en perspective</i>, février 2001, vol. 2, n<sup>o</sup> 2.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Notes d'allocation du premier ministre Bernard Lord à l'assemblée générale annuelle de l'Association des infirmières et infirmiers du Nouveau-Brunswick, le 2 mai 2001.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <i>Les enfants priment tout : Étude et refonte globales des services en matière de bien-être à l'enfance</i>, ministère de la Santé et des Services communautaires du Nouveau-Brunswick, janvier 2000.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Mise en oeuvre et évaluation de certaines mesures énoncées dans le Plan des services de réadaptation du Nouveau-Brunswick, octobre 2000.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Rehabilitation Resources: Funding Allocation Project, <i>Discussion Paper: Issues, Options and Recommendations</i>, Management Dimensions, mars 2002.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Mémoire de l'Association des ergothérapeutes du Nouveau-Brunswick présenté dans le cadre de l'Étude de l'offre et de la demande des ressources humaines en santé, le 28 juin 2002.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ La formation, l'offre et la répartition des ergothérapeutes au Canada, publication de l'ACE, le 22 novembre 2001.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <i>Public Sector Physiotherapy Services</i>, Association des physiothérapeutes du Nouveau-Brunswick, septembre 2000.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <i>Profil des compétences : Compétences essentielles du personnel de soutien travaillant en physiothérapie au Canada</i>, juillet 2002, Alliance canadienne des organismes de réglementation de la physiothérapie et Association canadienne de physiothérapie, p. 3.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <i>Nursing Home Services Resident Care Needs Project</i>, DMR Consulting Inc. février 2002.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Site Web de l'Association canadienne des professionnels autorisés en échographie diagnostique : <a href="http://www.cardup.org">www.cardup.org</a>, juillet 2002.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <i>Trends in Engineering Work</i>, ARA Consulting Group - Division de KPMG, 1999.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <i>Analyse de la conjoncture des questions liées aux ressources humaines qui touchent les technologues de laboratoire médical et les technologues en radiation médicale</i>, préparée par Stratégies en évaluation, mars 1999.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Profil démographique, Division du Nouveau-Brunswick de l'ACTRM, avril 2002.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <i>Human Resource Planning Issues Affecting Radiation Therapists</i>, Canadian Journal of Medical Radiation Technology, été 2000.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <i>Rapport du Groupe de travail sur la planification des ressources humaines de la Stratégie canadienne de lutte contre le cancer</i>, le 21 février 2000.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <i>The Coming RT Shortage</i>, Miriam Sobel, Patrick Litwin, Cliff Seville et Cheryl Homuth, hiver 2000, société canadienne des thérapeutes respiratoires.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <i>Nombre et répartition des infirmières et infirmiers autorisés au Canada, 2001</i>, Institut canadien de l'information sur la santé.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Registraire de l'Association des infirmières et infirmiers du Nouveau-Brunswick, juin 2002.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <i>Notre santé, notre avenir : un milieu de travail de qualité pour les infirmières canadiennes</i>, rapport final du Comité consultatif canadien sur les soins infirmiers, septembre 2002.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Dussault, G. et al. <i>Le marché du travail en soins infirmiers du Canada : revue de la littérature/rapport présenté à la Table ronde des intervenants en soins infirmiers</i>, 2001.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <i>The Need for Quality Health Care by Paramedics: Canada's Front Line of Emergency Medical Services</i>.</li> </ul>

mémoire de l'Association canadienne des travailleurs paramédicaux à la Commission Romanow, avril 2002.
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <i>Pénurie des pharmaciens : un signal d'avertissement pour les Canadiens</i>, Association canadienne des chaînes de pharmacies/Ipsos-Reid, novembre 2001.</li> <li>▪ Sondage sur les pharmacies hospitalières canadiennes 1999-2000 – Pharmacy Staffing and Drug Costs, Eli Lilly Canada, 2001.</li> <li>▪ Association nationale des organismes de réglementation de la pharmacie, <i>Pharmacist Manpower Shortage Survey</i>, novembre 2000.</li> <li>▪ <i>A Situational Analysis of Human Resource Issues in the Pharmacy Profession in Canada</i>, Peartree Solutions Inc. pour Développement des ressources humaines Canada et l'Association des pharmaciens du Canada, juillet 2001, page 30.</li> <li>▪ Communiqué de l'APC – « Pharmacists Tell Romanow: Let us fill the gaps in health care », le 5 novembre 2001.</li> <li>▪ Communiqué de l'APC – « CIHI Findings Confirm Need for Expanded Role for Pharmacists », le 26 avril 2002.</li> <li>▪ Association canadienne des chaînes de pharmacies, sondage auprès des membres en 2000, page 2.</li> <li>▪ « Region 3 pharmacies urged to use robots ». <i>Telegraph-Journal</i>, le 10 mai 2002.</li> <li>▪ 2002 Wage and Benefit Survey Results, Pharmacy Association of Nova Scotia, p. 1</li> <li>▪ 2001 New Brunswick Wage and Benefit Survey, Association des pharmaciens du Nouveau-Brunswick, Inc., p. 1.</li> <li>▪ 2001 Prince Edward Island Wage and Benefit Survey, PEI Pharmacists' Association, p.1.</li> </ul>
<b>Communications Nouveau-Brunswick – Communiqués de presse en ligne</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Embauche d'un agent de recrutement et de maintien des ressources médicales (00/10/26)</li> <li>▪ Annonce de la stratégie en matière de ressources infirmières (01/04/09)</li> <li>▪ Nouveau poste de conseillère en main-d'œuvre infirmière (01/11/28)</li> <li>▪ Établissement des régions régionales de la santé (01/12/14)</li> <li>▪ Programme de remboursement des frais de scolarité pour le cours de recyclage (02/02/19)</li> </ul>
<b><i>Telegraph-Journal</i></b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Young Nurses Quitting Quickly (02/01/18)</li> <li>▪ Lack of Funding stymies efforts to hire more doctors (02/01/22)</li> <li>▪ Patient time with doctors to drop (02/03/28)</li> <li>▪ Full Nursing Classes won't solve shortage (02/04/02)</li> <li>▪ Doctors propose plan to put nurses into offices (02/04/05)</li> </ul>

---

## **ANNEXE I – LISTE DES PRODUITS LIVRABLES**

---

Les produits livrables suivants ont été remis au ministère de la Santé et du Mieux-être dans le cadre de l'étude.

- Base de données d'inventaire sur Microsoft Access 2000 avec deux sous-systèmes : inventaire de 27 groupes de professions et inventaire des programmes de formation.
- Rapports types par éléments de données multiples tirés du sous-système de la base de données d'inventaire.
- Documentation technique appuyant le développement et l'alimentation de la base de données.
- Copie électronique (Microsoft Word 2000), sept copies reliées et une copie non reliée du rapport final en anglais.
- Modèle de prévision des ressources humaines en santé sur Microsoft Excel 97.
- Analyse du marché du travail.