Document généré le 11 oct. 2024 22:50

Cahiers québécois de démographie

La planification de la main-d'oeuvre du réseau des affaires sociales du Québec
Quelques considérations

Jacques La Haye

Volume 9, numéro 2, août 1980

URI : https://id.erudit.org/iderudit/600819ar
DOI : https://doi.org/10.7202/600819ar

Aller au sommaire du numéro

Éditeur(s)

Association des démographes du Québec

ISSN

0380-1721 (imprimé)
1705-1495 (numérique)

Découvrir la revue

Citer cet article

La Haye, J. (1980). La planification de la main-d'oeuvre du réseau des affaires sociales du Québec : quelques considérations. *Cahiers québécois de démographie*, *9*(2), 77–103. https://doi.org/10.7202/600819ar

Résumé de l'article

Dans cet article, l'auteur expose la façon dont se pose le problème de la planification de la main-d'oeuvre du réseau des établissements de santé et de services sociaux du ministère des Affaires sociales du Québec. L'auteur apporte diverses considérations notamment sur la dimension de ce réseau, les problêmes reliés à la connaissance quantitative et qualitative des personnels, les principaux éléments de la problématique de la planification de cette main-d'oeuvre ainsi que sur la nature des questions que soulève cette problématique.

L'auteur met plus particulièrement en relief la nature du défi que constitue l'harmonisation des deux problématiques des besoins et des effectifs, compte tenu des éléments souvent complexes qui les composent. L'auteur s'attarde également à présenter quelques aspects particuliers du travail de planification de la main-d'oeuvre en décrivant quelques dossiers spécifiques qui sont en cours au Service de planification et développement de la main-d'oeuvre : l'évolution des effectifs médicaux, la répartition géographique des professionnels de la santé et le chevauchement des tâches.

Tous droits réservés © Association des démographes du Québec, 1980

Ce document est protégé par la loi sur le droit d'auteur. L'utilisation des services d'Érudit (y compris la reproduction) est assujettie à sa politique d'utilisation que vous pouvez consulter en ligne.

https://apropos.erudit.org/fr/usagers/politique-dutilisation/

Cet article est diffusé et préservé par Érudit.

Érudit est un consortium interuniversitaire sans but lucratif composé de l'Université de Montréal, l'Université Laval et l'Université du Québec à Montréal. Il a pour mission la promotion et la valorisation de la recherche.

https://www.erudit.org/fr/

Cahiers québécois de démographie
Vol. 9, no 2, août 1980

Jacques LA HAYE*: LA PLANIFICATION DE LA MAIN-D'OEUVRE DU RÉSEAU DES AFFAIRES SOCIALES DU QUÉBEC: QUELQUES CONSIDÉRATIONS

(Communication présentée au 48e congrès de l'ACFAS, section de démographie, mai 1980)

RÉSUMÉ

Dans cet article, l'auteur expose la façon dont se pose le problème de la planification de la main-d'oeuvre du réseau des établissements de santé et de services sociaux du ministère des Affaires sociales du Québec. L'auteur apporte diverses considérations notamment sur la dimension de ce réseau, les problèmes reliés à la connaissance quantitative et qualitative des personnels, les principaux éléments de la problématique de la planification de cette main-d'oeuvre ainsi que sur la nature des questions que soulève cette problématique.

L'auteur met plus particulièrement en relief la nature du défi que constitue l'harmonisation des deux problématiques des besoins et des effectifs, compte tenu des éléments souvent complexes qui les composent. L'auteur s'attarde également à présenter quelques aspects particuliers du travail de planification de la main-d'oeuvre en décrivant quelques dossiers spécifiques qui sont en cours au Service de planification et développement de la main-d'oeuvre: l'évolution des effectifs médicaux, la répartition géographique des professionnels de la santé et le chevauchement des tâches.

---

* Ministère des Affaires sociales du Québec, Direction générale des Relations de travail, Service de planification et développement de la main-d'oeuvre, 2050 boul. St-Cyrille ouest, Québec, G1V 2K8.

Cahiers québécois de démographie
Vol. 9, no 2, août 1980

LA PLANIFICATION DE LA MAIN-D'OEUVRE DU RÉSEAU DES AFFAIRES SOCIALES DU QUÉBEC: QUELQUES CONSIDÉRATIONS

Par Jacques LA HAYE*

Communication présentée au 48e congrès de l'ACFAS,
section de démographie, mai 1980

Introduction

Au ministère des Affaires sociales, existe depuis deux ans environ, un service responsable de la planification et du développement des ressources humaines qui oeuvrent dans le réseau des Affaires sociales. Ce service est chargé entre autres d'effectuer des prévisions sur les besoins et la disponibilité de la main-d'oeuvre, de proposer des mesures pour assurer une meilleure utilisation et une meilleure répartition de

* Ministère des Affaires sociales du Québec, Direction générale des Relations de travail, Service de planification et développement de la main-d'oeuvre, 2050 boul. St-Cyrille ouest, Québec, G1V 2K8.
Les opinions exprimées dans ce texte n'engagent que la responsabilité de l'auteur.

cette main-d'oeuvre, de mettre au point les éléments devant permettre d'élaborer la politique du Ministère(1) en matière de formation et de perfectionnement de la main-d'oeuvre. Ce service participe aussi à l'évaluation des politiques de rémunération, de condition de travail, de formation et de main-d'oeuvre, afin de garantir une cohérence entre les orientations du secteur, les politiques de la main-d'oeuvre et les politiques des relations de travail.

Notre intention n'est pas de faire ici le tour de tous les aspects reliés aux différents volets de ce mandat; un tel objectif déborderait largement le cadre de cette présentation. Plus modestement, nous tenterons de montrer comment se pose d'une façon générale le problème de la planification de la main-d'oeuvre au ministère des Affaires sociales, en donnant un bref aperçu de la dimension du Réseau, des problèmes reliés à la connaissance quantitative et qualitative des personnels, des grandes lignes de la problématique de la planification de cette main-d'oeuvre et enfin de la nature des questions que soulève principalement cette problématique.

1. La dimension du réseau des Affaires sociales

Par réseau des Affaires sociales, il faut entendre ici l'ensemble des établissements qui relèvent du ministère des Affaires sociales. Le Réseau se trouve donc à constituer un sous-ensemble de l'ensemble des organismes et des individus qui dispensent des services de santé et des services sociaux.

1.1- Les établissements

Un coup d'oeil sur le tableau 1 permet de constater, sur la base des informations de 1978, que le réseau des Affaires sociales compte

---

(1) Ministère: ministère des Affaires sociales; Réseau: réseau des Affaires sociales.

Tableau 1

Le réseau des Affaires sociales du Québec et ses établissements, 1978

Catégorie d'établissements*	Nombre	%	% de la main-d'oeuvre**
Centres hospitaliers (CH)	245	14,9	77,1
. Courte durée	44	(18,0)	
. Soins prolongés	92	(37,6)	
. Courte durée et soins prolongés	109	(44,4)	
Centres d'accueil (CA)	1 281	78,0	18,2
. Transition	32	(2,5)	
. Garderie	378	(29,5)	
. Réadaptation	253	(19,8)	
. Hébergement	616	(48,1)	
. Réadaptation et hébergement	2	(0,1)	
Centres locaux de santé communautaire (CLSC)	61	3,7	1,7
Centres des services sociaux (CSS)	56	3,4	3,0
GRAND TOTAL	1 643	100,0	100,0

Source: Ministère des Affaires sociales, Fichiers des établissements de santé et de services sociaux, au 5 avril 1978.

* Voir la définition de ces catégories à l'annexe A.

** Basé sur les données de l'année 1977. Ministère des Affaires sociales, Direction générale des Relations de travail, Banque de données de 1977, (voir tableau 2).

tout près de 1 650 établissements[2]. Les centres hospitaliers (CH), qui forment à peine le septième de ces établissements, regroupent 77% de la main-d'oeuvre. Les 1 281 centres d'accueil, qui représentent 78% des établissements, constituent le second plus gros employeur avec 18% de la main-d'oeuvre.

Près de 45% des centres hospitaliers dispensent à la fois des soins de courte et de longue durées. Pour leur part, presque 50% des centres d'accueil sont des centres d'hébergement. Ces derniers accueillent des personnes qui, en raison d'une diminution de leur autonomie physique ou psychique, doivent séjourner en résidence protégée.

Soulignons enfin que ce regroupement ne tient pas compte du phénomène des "vocations multiples", c'est-à-dire par exemple des centres hospitaliers qui ont une section utilisée comme centre d'accueil et même une autre section servant de centre local de santé communautaire. Sans insister davantage, disons seulement que ce phénomène cause quelques problèmes quand vient le temps de répartir la main-d'oeuvre par catégorie d'établissements. Les intéressés trouveront à l'annexe B une idée des combinaisons que donne une telle répartition.

1.2- La main-d'oeuvre

La main-d'oeuvre du réseau des Affaires sociales est habituellement divisée en trois groupes selon le type de relations existant entre employés et employeurs. Nous avons ainsi le groupe des employés syndicables[3] dont les conditions de travail sont définies par une convention collective, le groupe des employés-cadres pour qui elles sont fixées par le Ministère suivant sa politique administrative et salariale, et enfin le groupe des professionnels indépendants qui à toutes fins pratiques

---

(2) Voir la définition des catégories d'établissements à l'annexe A.

(3) Cette catégorie regroupe tous les employés de niveau syndicable, qu'ils soient syndiqués ou non.

n'ont de lien avec le Ministère que par le biais du régime d'assurance-maladie.

A partir des données de l'année 1977, on peut constater que la main-d'oeuvre du Réseau se chiffre à près de 230 000 travailleurs (tableau 2). Toutefois, 88% se retrouvent dans la même catégorie, soit celle des employés syndicables. Cette catégorie n'en demeure pas moins très hétérogène puisqu'elle se subdivise en six sous-groupes, pour lesquels le Ministère distingue environ 300 titres d'emploi ou fonctions spécifiques. On peut se rendre compte par ailleurs que mis à part le sous-groupe des infirmières, où plusieurs niveaux de scolarité se retrouvent, chaque sous-groupe correspond à un niveau de scolarité différent: études universitaires pour les professionnels, études collégiales pour les techniciens, études secondaires (sec. V) pour les assistants-techniciens, etc. Dans le cadre des travaux de planification et de développement de la main-d'oeuvre, ces distinctions sont importantes.

Quant aux 12% qui restent, ils sont répartis également entre les employés-cadres (6%) et les professionnels indépendants (6%). On peut remarquer que les employés-cadres sont surtout des cadres de niveau intermédiaire (66%): chefs de service, coordonnateurs, chefs de division, contremaîtres, etc. Par ailleurs, les professionnels indépendants sont constitués aux trois quarts de médecins dont 54% sont des spécialistes représentant les 32 spécialités médicales, chirurgicales, radiologiques et de laboratoire reconnues par la Corporation professionnelle des médecins du Québec.

Il convient de souligner pour conclure cette section sur la main-d'oeuvre, que tous ces groupes n'ont pas la même importance dans les préoccupations de planification de la main-d'oeuvre du Ministère. Actuellement, c'est le groupe des professionnels indépendants qui retient le plus l'attention, du fait précisément que ses membres sont indépendants et qu'il représente une des pièces importantes du régime d'assurance-maladie. Retient également l'attention, le groupe des professionnels

Tableau 2

Le réseau des Affaires sociales du Québec et sa main-d'oeuvre, 1977

Catégories	Nombre de fonctions spécifiques	Travailleurs	
		Nombre	%
Employés syndicables(1)	299	201 325	88,1
. Professionnels	41	7 530	(3,7)
. Techniciens	69	21 257	(10,6)
. Infirmières	12	39 117	(19,4)
. Assistants-techniciens	54	63 060	(31,3)
. De bureau	44	26 631	(13,3)
. Ouvriers	79	43 730	(21,7)
Employés-cadres(1)	176	13 802	6,0
. Supérieurs	43	2 542	(18,4)
. Intermédiaires	86	9 106	(66,0)
. Autres	47	2 154	(15,6)
Professionnels indépendants		13 389	5,9
. Médecins omnipraticiens(3)		4 477	(33,4)
. Médecins spécialistes(3)	32 spécialités	5 359	(40,0)
. Dentistes(2)		1 708	(12,8)
. Optométristes(2)		690	(5,2)
. Pharmaciens-propriétaires(2)		1 155	(8,6)
GRAND TOTAL		228 516	100,0

Sources: (1) Ministère des Affaires sociales, Direction générale des Relations de travail, Banque de données de 1977.

(2) R.A.M.Q., Rapport annuel 1977.

(3) C.P.M.Q., Les effectifs médicaux au Québec, situation de 1976 à 1978 et projection pour 1982, juin 1979.

syndicables, notamment en raison des études de besoins dont font l'objet plusieurs des sous-groupes constituants. Mais nous n'insistons pas davantage sur ce point, car nous décrirons plus loin quelques dossiers spécifiques sur lesquels nous travaillons actuellement.

2. La connaissance quantitative et qualitative des personnels

Une des premières conditions pour être en mesure d'élaborer de bonnes politiques de main-d'oeuvre, c'est d'avoir une bonne connaissance quantitative et qualitative de l'effectif en place. Dans cette section, nous dirons quelques mots sur les principales sources de données qui permettent de remplir tant bien que mal cette condition ainsi que sur les problèmes particuliers qu'elles soulèvent.

2.1- Les sources de données

Il existe deux types de sources permettant de connaître le personnel du Réseau:

- les sources internes au Ministère,
- les sources externes au Ministère.

Les sources internes sont les banques de données, les organismes, les fichiers administratifs et les documents qui servent directement les besoins du Ministère. Ces sources sont au nombre de quatre:

1. La banque des syndiqués et cadres du réseau des Affaires sociales.
2. Le fichier de la Régie de l'assurance-maladie du Québec (R.A.M.Q.).
3. Les rapports financiers des établissements du réseau des Affaires sociales.
4. Le fichier des établissements de santé et de services sociaux.

En ce qui concerne les sources internes, la banque des syndiqués et des cadres, comme l'indique son nom, assure une connaissance des deux groupes des employés syndicables et des employés-cadres. La seconde de ces sources couvre quant à elle les professionnels qui adhèrent au régime d'assurance-maladie du Québec, c'est-à-dire les médecins, les dentistes, les optométristes et les pharmaciens-propriétaires. Ces deux sources sont, parmi les sources internes, celles qui présentent certes le plus d'intérêt tant par la pertinence que par la qualité des informations qu'elles contiennent. En effet, la première est mise au point pour permettre la préparation des négociations et des politiques salariales, et la seconde pour administrer le régime d'assurance-maladie, en d'autres mots pour payer les professionnels adhérents. Les deux dernières sources fournissent des informations d'ordre général, et ne permettent pas à vrai dire d'utilisation systématique et fiable.

Quant aux sources externes, elles sont constituées essentiellement des publications des diverses corporations et associations professionnelles ainsi que des publications du gouvernement fédéral, telles le "Répertoire de la main-d'oeuvre sanitaire" et les Statistiques hospitalières pour en mentionner deux. En ce qui concerne la connaissance de la main-d'oeuvre, ces publications ne présentent cependant pas un intérêt égal. Ainsi, ce ne sont pas toutes les corporations ou associations qui fournissent des données détaillées sur leurs membres: le niveau de détail varie beaucoup de l'une à l'autre selon le degré d'organisation, la taille, l'ancienneté ou les moyens financiers. Par exemple, les corporations d'exercice exclusif qui sont obligées de tenir à jour un tableau de leurs membres publient dans leur rapport annuel des données statistiques parfois très abondantes. D'autres n'ont qu'une liste de membres sans autre caractéristique qu'une adresse postale.

2.2- Quelques problèmes particuliers

Ces sources n'échappent évidemment pas aux omniprésents problèmes d'exhaustivité, de délai, de cohérence, de validation, d'unifor-

Tableau 3

Répartition du nombre d'établissements par catégorie d'établissements du nombre d'ETP* avant extrapolation et le pourcentage de représentativité

	Nombre total d'établissements	Nombre d'établissements, données sur les syndiqués	Nombre de syndiqués avant extrapolation	% de représentativité du nombre de syndiqués
CH courte durée	139	121	70 013	89,2
CH soins prolongés	54	38	8 438	84,4
CH divers	11	10	9 947	94,1
CA transition	5	1	32	28,3
CA réadaptation	107	70	6 904	78,8
CA hébergement	207	72	3 975	52,3
CLSC	65	6	213	10,9
CSS	14	6	2 223	47,7
CRSSS	11	1	21	20,2
CH privés	39	9	1 438	48,5
CA privés	94	11	1 073	30,5
TOTAL	746	345	104 277	81,0

Source: Ministère des Affaires sociales, Service du soutien technique en relations de travail pour la période du 77-01-01 au 77-12-31.

* ETP: équivalent temps plein.

Tableau 4

La main-d'oeuvre du réseau des Affaires sociales selon différentes sources

	(1) M.A.S. 1975	(2) O.P.Q. 1975	(3) O.P.Q. 1975	(4) Répertoire 1975	(5) Données 1977
Archivistes médicales	386	315(4)	-	426	-
Arch. médic. auxiliaires	154	-	-	-	-
Audioprothésistes	105	110	101	-	-
Chimistes professionnels	719	-	700(4)	-	-
Chiropraticiens	392	394	435	276(7)	-
Chirurgiens-dentistes	2 002	1 881	2 013(2)	1 976(8)	-
Diététistes	795	-	723	295(7)	-
Denturologistes	444	403	416(2)	-	-
Ergothérapeutes	290	291	325	191(8)	-
Hygiénistes dentaires	110	111(2)	111(2)	67(7)	-
Infirmières et infirmiers	36 468	44 482(4)	40 996(6)	33 031(8)	-
Inf. et inf. auxiliaires	12 723	12 723	15 093	15 639(7)	-
Médecins	10 210(1)	10 342	10 800	10 846(8)	-
Méd. vétérinaires	701(2)	680	680	700(9)	-
Opticiens d'ordonnances	286	292	308	308(8)	-
Optométristes et opticiens	628	597	630(2)	605(8)	-
Orthophonistes et audiologistes	181	185	193	184	244(10)
Pharmaciens	2 645(3)	2 423	2 572	2 552(8)	-
Physiothérapeutes	719	821	1 016	308(8)	809(11)
Podiatres	146	144(2)	144	2(7)	-
Psycho-éducateurs	461	251(4)	-	-	-
Psychologues	1 244	1 366	1 234(4)	-	-
Techniciens dentaires	679	183(5)	185(2)	-	-
Techniciens en radiologie	2 134	2 348	2 311	1 675(7)	-
Techniciens inhalothérapeutes	460	614	-	460(7)	-
Technologistes médicaux	1 673	1 370	1 480	-	-
Conseillers sociaux	969	954(4)	-	-	-
Travailleurs sociaux	1 198	1 600(4)	1 543	-	-
Sous-total	78 922				

Tableau 4 (suite)

	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
Puéricultrices	-	2 455(4)	-	-	-
Prothésistes et orthésistes	-	51(4)	-	-	-
Orthothérapeutes	-	32(2)	-	-	-
Inspecteurs en hygiène publique	-	138(2)	-	92	-
Ingénieurs bio-médicaux	-	-	-	41	-
Aide-dentistes	-	-	-	157	-
Tech. électro-encéphalographie	-	-	-	80	-
Dir. des services de santé	-	-	-	78	-
Inf. auxil. ou exercice	-	-	-	5 625(4)	-
Ostéopraticiens	-	-	-	7	-
Technologistes de labo. en exercice	-	-	-	2 775	-

(1) Compilation effectuée par le Département d'administration de la santé de l'Université de Montréal d'après le fichier 1975 des médecins licenciés de la C.P.M.Q. et des données fournies par la R.A.M.Q. à l'U. de M. sur les actes payés aux médecins en 1975. (2) 1976. (3) 1976; données de la R.A.M.Q. (4) 1974. (5) Un grand nombre de techniciens dentaires ont choisi d'être membres de l'Ordre des Denturologistes; ils étaient 599 en décembre 1973 et 183 en juin 1976. (6) Il y avait en décembre 1975, 47 818 membres au total dont 40 996 étaient actifs. (7) "Autorisés". (8) "En exercice". (9) Evaluation. (10) Août; incluant 12 membres de l'extérieur du Québec. (11) Au 31 mars; plein temps et temps partiel; excluant les membres associés non pratiquants.

Sources: (1) M.A.S., Statistiques régionales des affaires sociales, édition 1975/76, pp. 113-158.
(2) O.P.Q., Evolution du professionnalisme au Québec, Septembre 1976. Les données sont au 1975-03-31, si non spécifié.
(3) O.P.Q., La règlementation des honoraires professionnels dans la pratique privée, Juin 1977. Les données proviennent de diverses sources et surtout d'un questionnaire envoyé par l'Office en avril 1976 aux corporations.
(4) SANTE ET BIEN-ÊTRE SOCIAL CANADA, Répertoire de la main-d'oeuvre sanitaire au Canada 1976, pp. 235-8.

mité dans le temps, de duplication, de pertinence et quoi encore. Nous n'avons donc pas l'intention de nous pencher sur cette mare de lacunes; nous essaierons plutôt de mettre en relief quelques éléments qui font état de l'importance de certaines de ces faiblesses.

Le premier de ces éléments fait référence à la méthode d'extrapolation mise au point pour en arriver à la connaissance quantitative de l'ensemble des employés syndicables et des employés-cadres. Cette méthode permet en effet d'estimer l'effectif de la main-d'oeuvre du Réseau à partir d'un échantillon d'environ 45% des établissements, de ceux en fait qui bénéficient d'un système de paye informatisé, par une comparaison entre les données sur la main-d'oeuvre et les données financières. On peut constater toutefois, sur la base des informations de 1977, que cette méthode est loin d'être parfaite et s'avère même très fragile pour certaines catégories d'établissements (tableau 3): dans le cas des CLSC, des CRSSS, des CA de transition et privés, des CSS et des CH privés, le taux de représentativité n'atteint pas 50%. Le moins qu'on puisse dire c'est qu'on ne peut pas s'en remettre aveuglément à ces données.

Signalons également un problème qui naît, celui-là, de la multiplicité des sources: la cohérence des données. Ce problème se présente notamment lorsqu'on est confronté à des données provenant de divers organismes qui prétendent chacun offrir un tableau complet des membres des corporations ou associations. Si on compare par exemple des données publiées par le Service de la statistique du ministère des Affaires sociales, par l'Office des professions du Québec et le ministère de la Santé et du Bien-être social du Canada (tableau 4), on est en mesure d'apprécier le problème, dont l'ampleur varie d'ailleurs beaucoup selon la catégorie de travailleurs. Comme on peut le constater, il faut énormément de notes explicatives pour arriver à avoir une idée de l'heure juste. On peut concevoir facilement les difficultés que peuvent créer ces conditions lorsque vient le temps d'analyser l'évolution des effectifs sur plusieurs années. Il faut demeurer en fait toujours sur ses gardes pour éviter les pièges créés par les différences dans les définitions, selon que les données

font référence aux membres inscrits ou aux membres actifs seulement, ou tiennent compte du statut particulier de certains membres (actifs et non inscrits, inscrits et inactifs, etc.) ou sont corrigées pour les adhésions multiples et autres particularités.

Soulignons enfin la faiblesse générale des sources en ce qui concerne certains blocs d'informations. C'est ainsi par exemple qu'il est pratiquement impossible actuellement d'évaluer la qualification des employés syndicables et des employés-cadres, c'est-à-dire de disposer de renseignements sur leurs diplômes, le degré des études, la spécialité ou les équivalences reconnues. Il s'agit là d'une lacune importance puisqu'elle court-circuite en quelque sorte les travaux sur l'utilisation et le développement des ressources humaines sur lesquels doivent s'appuyer les politiques de développement de la main-d'oeuvre.

3. Problématique de la planification de la main-d'oeuvre

Après avoir apporté ces quelques considérations sur l'état du réseau des Affaires sociales en termes d'établissements et de main-d'oeuvre et sur certains problèmes entourant l'accès aux données statistiques, nous allons maintenant tenter de mettre en relief le cadre théorique d'intégration des principaux éléments qui s'inscrivent dans la problématique générale de planification de la main-d'oeuvre, telle qu'elle s'inscrit dans l'ensemble des travaux du Service de planification et de développement de la main-d'oeuvre.

3.1- Vue d'ensemble

Si nous devions donner une définition de la planification de la main-d'oeuvre, nous dirions qu'il s'agit somme toute d'un ensemble d'opérations qui consistent à s'assurer que l'on aura, au bon moment, les effectifs nécessaires avec les capacités voulues. Planifier la main-d'oeuvre, c'est en quelque sorte chercher à harmoniser deux problématiques dynamiques: celle des besoins et celle des effectifs.

Comme nous l'avons illustré au schéma 1, chacune de ces problématiques possède ses propres éléments, qui doivent se concilier. La problématique des effectifs comprend trois groupes d'éléments principaux:

- les effectifs en place (ou en exercice),
- les effectifs en formation,
- les mouvements d'effectifs.

Quant à celle des besoins, elle peut se décomposer, suivant notre modèle, en trois groupes d'éléments:

- les besoins théoriques,
- les orientations générales,
- les objectifs particuliers.

Apportons quelques précisions sur ces éléments.

3.2- Problématique des effectifs

L'effectif en place est sans doute le premier élément qu'il faut bien connaître. Il représente en effet le personnel répondant aux besoins présents et constitue du même coup la principale force d'inertie aux changements qu'on pourrait souhaiter. C'est cet élément en définitive qui donne le cap, pour ainsi dire. Cette connaissance, quantitative ou qualitative, ne doit pas s'en tenir uniquement aux nombres, mais doit permettre d'évaluer la quantité de services dociaux et de services de santé dispensés ou le degré d'activité.

L'effectif en formation, c'est le sang neuf. Il est absolument indispensable de prévoir si cette relève s'apparentera à l'effectif en place ou si elle sera une source de changement. Cet élément est par ailleurs sujet à se voir accorder plus d'attention lorsque la durée de formation est très longue ou que se posent des problèmes particuliers sur le marché de l'emploi (répartition géographique, pénuries ou surplus, ré-

Schéma 1

Problématique de la planification de la main-d'oeuvre

Ensemble d'opérations qui consistent à s'assurer que l'on aura, au bon moment, les effectifs nécessaires avec les capacités voulues

Problématique des besoins

- Modèles théoriques
  - . de type économique
  - . de type professionnel
- Orientations du Ministère et programmes
- Objectifs particuliers

Problématique des effectifs

- Effectifs en place
  - . aspect quantitatif
  - . aspect qualitatif
  - . activité
  - . modalités de pratique
- Effectifs en formation
  - . composition
  - . cheminement
  - . impact futur
- Mouvements d'effectifs
  - . nature
  - . intensité

Besoins prévus $\overset{?}{=}$ Effectifs prévus

- Prévisions des surplus ou des pénuries
- Recommandations concernant l'action

partition des tâches, etc.). Il devient alors capital de bien connaître le cheminement des étudiants dans le cours de leur formation pour évaluer de façon assez juste l'importance de la relève.

Les mouvements d'effectifs, ou la mobilité des personnels, sont cet élément qui vient perturber l'évolution des effectifs en place et des effectifs en formation. Ce sont essentiellement les décès, les changements d'orientation (abandons, retours, études, etc.) et les migrations. Dans la problématique des effectifs, ces mouvements, et plus particulièrement les mouvements migratoires, sont un point toujours délicat, difficile à quantifier et par surcroît toujours déterminant.

Une connaissance pertinente de cet ensemble de facteurs permet finalement d'actualiser l'état futur des effectifs, i.e. de prévoir leur évolution au cours des années futures.

3.3- Problématique des besoins

L'évolution théorique des besoins est celle qui est généralement fournie par les modèles. On rencontre le plus souvent les modèles de type économique et ceux de type professionnel. Les premiers font intervenir les goûts et les préférences des consommateurs et des fournisseurs de services sociaux et de services de santé; quant aux seconds, ils reposent sur des normes établies par des experts ou des spécialistes de la question(4). Sans nous lancer dans les avantages et désavantages de ces approches, disons tout simplement que le modèle professionnel ou normatif est celui qui est habituellement utilisé et se présente sous la forme très simple du rapport habitants/professionnel. C'est là un guide fort précieux.

---

(4) Voir à ce sujet: Judith R. LAVE, Lester B. LAVE et Samuel LEINHARDT, "Medical Manpower Models: Need Demand and Supply". Dans Inquiring, Supplement to vol. XII, no 2, juin 1975, pp. 97-125.

Les besoins s'expriment également à travers les orientations du Ministère et des programmes qui en découlent. C'est ainsi que des zones ou des secteurs particuliers sont sujets à être privilégiés (santé en milieu de travail, soins à domicile, prévention, etc.); que des groupes de personnes se voient accorder une certaine priorité (personnes âgées). Ces choix doivent nécessairement recevoir un écho favorable de la part des ressources humaines, à plus ou moins brève échéance puisque ce sont elles qui doivent réaliser ces programmes. Soulignons que les orientations sont généralement étroitement liées à l'évolution de la composition de la population, de la clientèle: une population vieille et une population jeune ne connaissent pas les mêmes besoins.

Enfin, ces besoins peuvent prendre la forme d'objectifs particuliers qui, pour certains groupes de personnels, constitueront des impératifs. On peut penser ici à l'objectif d'une meilleure répartition géographique des dentistes par exemple, à celui d'une réduction du rythme de croissance de l'effectif des médecins, à celui d'une plus forte proportion de généralistes (omnipraticiens et médecins de famille) par rapport aux spécialistes, etc. Ce sont là des éléments de planification qu'il ne faut jamais perdre de vue.

De toute évidence les besoins proviennent de plus d'une source. Ces sources n'ont pas cependant la même voix pour ainsi dire au même moment, étant donné que les problèmes ne se posent pas tous en même temps et avec la même intensité. Chose certaine toutefois, ces divers types de besoins appartiennent à une même problématique qui ne possède pas de compartiments hermétiques permettant de faire abstraction temporairement de l'un ou de l'autre. C'est donc avec cet ensemble qu'il faut composer, ensemble dont les parties demeurent toujours interreliées.

La problématique de la planification de la main-d'oeuvre nous met donc en présence de deux ensembles d'éléments, les besoins et les effectifs, dont il faut connaître les trajectoires et évaluer la portée. Cette double opération permet de mesurer les écarts entre les situations

attendues et souhaitées et d'établir un programme d'actions adapté. Actuellement, compte tenu que plusieurs éléments de cette problématique sont encore mal connus, il s'agit là d'un défi qui demeure de taille.

4. Aspects particuliers du travail de planification de la main-d'oeuvre

De par sa vocation, le Service de planification et de développement de la main-d'oeuvre a à s'impliquer dans toutes les questions qui concernent la main-d'oeuvre du réseau des Affaires sociales. Pour terminer cette présentation, nous avons choisi de dire quelques mots sur celles qui retiennent plus particulièrement l'attention. Nous les regrouperons sous trois thèmes:

- l'évolution des effectifs des médecins,
- les besoins par région,
- le chevauchement des tâches.

Examinons-les tour à tour.

4.1- L'évolution des effectifs des médecins

Comme nous l'avons précisé dans les sections précédentes, les médecins constituent près des trois quarts des professionnels indépendants qui adhèrent au régime d'assurance-maladie du Québec. Il n'est donc pas étonnant que le Ministère s'intéresse de très près à cette catégorie de personnels et nourrisse certaines attentes en ce qui concerne l'évolution de leurs effectifs.

Ces attentes s'expriment concrètement par des objectifs précis, dont les deux principaux consistent en la réduction du rythme de croissance du nombre de médecins au Québec, qui s'est révélé dans la décade 1970 presque dix fois plus élevé que celui de la population québécoise, et en l'augmentation de la proportion de médecins généralistes (omnipraticiens et médecins de famille) pour répondre d'une façon adéquate aux besoins

nouveaux de soins de première ligne et de prévention.

Pour réaliser ces objectifs, dont tous s'entendent pour reconnaître le bien-fondé, le Ministère a choisi d'agir au niveau du nombre de postes rémunérés d'internes et de résidents, c'est-à-dire des médecins en formation post-doctorale pour lesquels il verse une rémunération en reconnaissance des services rendus dans les centres hospitaliers. Voilà où s'impose le besoin d'un travail de planification soigné, qui permette précisément d'établir en bonne connaissance de cause les modalités de détermination de ces postes rémunérés. Si on calcule que la durée des programmes d'internat et de résidence varie entre un et cinq ans, on peut comprendre l'importance des études reliées à ce travail de planification.

De nombreuses questions souvent délicates gravitent de plus autour de ces thèmes, questions qui ne peuvent pratiquement pas demeurer sans réponse. Mentionnons le cas de certaines spécialités en situation de pénurie, le cas des médecins immigrants qui désirent pratiquer leur profession au Québec, le cas des nombreux départs vers les autres provinces ou vers les Etats-Unis des nouveaux spécialistes, phénomène dont l'intensité atteint environ 30% des nouveaux spécialistes. Entrent en ligne de compte également des phénomènes récents comme la féminisation des effectifs médicaux et la réduction du temps de travail des médecins, qui sont en voie de modifier les modes de pratique. Ce sont là des domaines où un travail énorme reste à faire et dont il sera très difficile de ne pas tenir compte de façon sérieuse.

4.2- Les besoins par région

Les besoins par région soulèvent l'épineuse question de la répartition géographique des personnels. La problématique de la répartition géographique consiste essentiellement en ce que toutes les régions du Québec puissent bénéficier des services de spécialistes de la santé qualifiés. Or actuellement, il faut reconnaître que certaines régions éprouvent d'énormes difficultés à attirer ou à retenir certains groupes de per-

sonnels tels les dentistes, les physiothérapeutes, les psychiatres, pour ne citer que ceux-là.

Ce problème est d'autant plus délicat qu'il faut arriver à bien faire la part des choses entre les effets d'une mauvaise répartition des personnels et ceux d'une pénurie de personnel. Surcharger le marché d'un type "x" de personnel ne garantira pas nécessairement un débordement bénéfique aux régions éloignées qui sont les plus défavorisées à ce chapitre; ne risque-t-on pas d'assister à un débordement hors du Québec?

Comme le temps des déportations massives au Canada est révolu, il faut donc encore là en arriver à une analyse soignée de la situation qui permette d'éclairer des voies qui, tout en respectant la liberté des individus, puissent conduire à une amélioration sensible du problème en général et de certaines situations en particulier qu'on pourrait qualifier de dramatiques, comme celle par exemple de la fermeture des salles d'opération faute d'anesthésiste!

4.3- Le chevauchement des tâches

Le problème du chevauchement des tâches est bien "pratico-pratique". Il apparaît lorsque se trouvent en présence deux groupes de formation de niveau différent travaillant dans la même discipline. Apportons l'exemple des infirmiers(ères) et des infirmiers(ères)-auxiliaires, celui des physiothérapeutes et des techniciens en réadaptation, celui des dentistes et des hygiénistes dentaires. On se retrouve ainsi rapidement mêlé à des questions de substitution, de délégation d'actes et de qualité de soin sur lesquelles les corporations et associations professionnelles demeurent toujours chatouilleuses.

Un des exemples particulièrement intéressant est celui des physiothérapeutes et des techniciens en réadaptation. Actuellement il existe une pénurie des premiers et un surplus des seconds. Or la région de Montréal compte 14 physiothérapeutes pour 1 technicien, alors que la ré-

gion de Sherbrooke en compte 0,96 pour 1, tout en connaissant un ratio population/physiothérapeute + technicien en réadaptation supérieur à celui de la région de Montréal. Qu'est-ce à dire? La population montréalaise, en termes de physiothérapeutes, vivrait-elle dans le luxe? Les Sherbrookois sont-ils obligés de se "débrouiller" avec des techniciens en réadaptation faute de physiothérapeutes? Cette situation fait certes réfléchir sur la composition physiothérapeutes - techniciens en réadaptation souhaitable ou acceptable dans le cadre d'études de besoins.

Voilà un autre aspect du travail de planification de la main-d'oeuvre qui nécessite une bonne somme d'énergies. Ce genre de problème exige une analyse approfondie de la situation, laquelle met en cause non seulement les corporations et associations professionnelles, mais aussi les institutions locales et les organismes régionaux. Il ne faut pas oublier non plus que les éléments qui composent cette problématique sont des facteurs importants dans la problématique plus complexe d'utilisation optimale des ressources humaines ou de rationalisation des effectifs, problématique qui s'impose de plus en plus compte tenu des plans de redressement budgétaire auxquels doivent faire face les établissements du Réseau.

Conclusion

Les quelques considérations que nous venons d'apporter laissent voir finalement que les travaux de planification de la main-d'oeuvre et plus précisément celle du réseau des Affaires sociales, ne sont jamais simples. Le contexte dans lequel s'inscrivent ces travaux est complexe et ce, en raison des nombreux éléments qui entrent en ligne de compte, que ce soit sur le plan de la connaissance même des effectifs en place, ou des besoins à rencontrer. Les quelques éléments que nous avons mentionnés sont ceux qui, soulignons-le à nouveau, retiennent actuellement le plus d'attention; ils sont donc très loin d'épuiser le sujet.

Il apparaît ainsi que nous n'en sommes actuellement qu'à l'orée du bois, même si un bon bout de chemin a quand même été déblayé. Il ne

faut jamais perdre de vue en effet que les actions qui sont commandées sur la foi de ces travaux, très souvent, ne peuvent être évaluées que plusieurs années plus tard. Comme les opérations de planification de la main-d'oeuvre ne ressemblent en rien au jeu du "trial and error", les pas doivent être faits avec prudence, avec l'assurance que les conditions ou les règles prévues trouvent un fondement solide dans le concret connu, observé. C'est là finalement l'objectif ultime: mieux connaître pour mieux prévoir et mieux prévoir pour mieux agir.

Annexe A*

CATÉGORIE

Il s'agit des cinq catégories d'établissements définies par la Loi sur les services de santé et les services sociaux (L.Q.1971, chapitre 48).

CENTRE LOCAL DE SERVICES COMMUNAUTAIRES

Le centre local de services communautaires est «une installation autre qu'un cabinet privé de professionnel où on assure à la communauté des services de prévention et d'action sanitaire et sociale, notamment en recevant ou visitant les personnes qui requièrent pour elles ou leurs familles des services de santé ou des services sociaux courants, en leur prodiguant de tels services, en les conseillant ou, si nécessaire, en les dirigeant vers les établissements les plus aptes à leur venir en aide».

CENTRE HOSPITALIER

Le centre hospitalier est «une installation où l'on reçoit des personnes pour fins de prévention, de diagnostic médical, de traitement médical, de réadaptation, physique ou mentale, à l'exclusion toutefois d'un cabinet privé de professionnel et d'une infirmerie où une institution religieuse ou d'enseignement reçoit les membres de son personnel ou ses élèves».

CENTRE DE RÉADAPTATION FONCTIONNELLE

Le centre de réadaptation fonctionnelle est «une installation où l'on reçoit des personnes dont l'autonomie physique est diminuée au point qu'elles doivent recevoir des services intensifs de réadaptation pour une période définie».

CENTRE DE SERVICES SOCIAUX

Le centre de services sociaux est «une installation où on fournit des services d'action sociale en recevant ou en visitant les personnes qui requièrent pour elles ou leurs familles des services sociaux spécialisés et en offrant à des personnes qui font face à des difficultés d'ordre social l'aide requise pour les secourir, notamment en mettant à leur disposition des services de prévention, de consultation, de traitement psychosocial ou de réadaptation, d'adoption, de placement d'enfants ou de personnes âgées, à l'exclusion toutefois d'un cabinet privé de professionnel».

CENTRE D'ACCUEIL

Le centre d'accueil est «une installation où on offre des services internes, externes ou à domicile pour, le cas échéant, loger, entretenir, garder sous observation, traiter ou permettre la réintégration sociale des personnes dont l'état, en raison de leur âge ou de leurs déficiences physiques, caractérielles, psychosociales ou familiales, est tel, qu'elles doivent être soignées, gardées en résidence protégée ou, s'il y a lieu, en cure fermée ou traitées à domicile, y compris une pouponnière, ou une garderie d'enfants, mais à l'exception d'une famille d'accueil, d'une colonie de vacances ou autre installation similaire ainsi que d'une installation maintenue par une institution religieuse pour y recevoir ses membres ou adhérents»

CLASSE ET TYPE DE L'INSTALLATION

CENTRE HOSPITALIER

Deux classes de centres hospitaliers sont établies selon le Règlement en vertu de la Loi sur les services de santé et les services sociaux:

les centres hospitaliers de soins de courte durée, lesquels sont répartis en 3 types selon le niveau de soins:

i) les centres hospitaliers de soins généraux qui fournissent des services de chirurgie générale, de médecine, d'obstétrique à risque limité, d'anesthésie, de radiologie et certains services de biologie médicale et de pharmacie;

ii) les centres hospitaliers de soins spécialisés, qui en outre des services offerts dans les centres hospitaliers de soins généraux, assurent des services de médecine interne, de chirurgie, de biologie médicale et de pharmacie. Ils peuvent en outre offrir d'autres services, notamment dans les domaines de la pédiatrie, de l'obstétrique et de la psychiatrie;

iii) les centres hospitaliers de soins ultra-spécialisés qui offrent des services dont la nature nécessite des équipes de professionnels et des équipements ultra-spécialisés.

les centres hospitaliers de soins prolongés, lesquels sont répartis en 2 types:

i) les centres hospitaliers de soins prolongés pour convalescents, qui offrent des services de soins médicaux et de réadaptation aux personnes qui ont dû recevoir un traitement actif. La moyenne de séjour dans ces établissements est inférieure à 3 mois tant pour les maladies physiques que pour les maladies mentales;

ii) les centres hospitaliers de soins prolongés pour malades à long terme, qui assurent des soins aux personnes qui en ont besoin d'une façon continue pour une période moyenne supérieure à 3 mois tant pour les maladies physiques que pour les maladies mentales.

CENTRE D'ACCUEIL

Quatre classes de centres d'accueil sont établies selon le Règlement en vertu de la Loi sur les services de santé et les services sociaux:

a) Centre de garderie

Le centre de garderie est un centre d'accueil qui reçoit «des personnes à qui il offre pendant une partie de la journée, des soins et un programme d'activités visant à promouvoir leur développement physique, intellectuel et social».

b) Centre de transition

Le centre de transition est un centre d'accueil qui reçoit «des personnes qui, privées de leur milieu familial habituel, doivent recourir provisoirement à une ressource de protection».

c) Centre de réadaptation

Le centre de réadaptation est un centre d'accueil qui reçoit «des personnes qui, à cause d'inadaptation majeure sur le plan physique, intellectuel, psychologique ou social, doivent bénéficier de services intensifs de réadaptation ou d'orientation pour une période définie».

d) Centre d'hébergement

Le centre d'hébergement est un centre d'accueil qui reçoit «des personnes qui, en raison d'une diminution de leur autonomie physique ou psychique, doivent séjourner en résidence protégée».

* Tiré de: Répertoire des établissements de santé et de services sociaux, M.A.S., novembre 1979, pp. VIII et IX.

Annexe B

Répertoire des établissements de santé et de services sociaux et de leurs employés selon la catégorie et la classe-type au 5 avril 1978

Catégorie	Classe-type	Nombre d'établissements	Nombre d'employés
01 CLSC (exclusif)		61	2 077
04 CH (exclusif)	Courte durée	40	13 349
05 CH (exclusif)	Soins prolongés	73	10 027
06 CH (exclusif)	Courte durée et soins prolongés	82	65 240
07 CH + CA	Courte durée	3	1 757
08 CH + CA	Soins prolongés	16	6 340
09 CH + CA	Courte durée et soins prolongés	23	25 858
10 CH + CLSC	Courte durée	1	34
11 CH + CLSC	Soins prolongés	3	164
12 CH + CLSC	Courte durée et soins prolongés	3	666
15 CH + CA + CLSC	Courte durée et soins prolongés	1	275
16 CSS		56	2 320
17 CA (exclusif)	Garderie	378	1 368
18 CA (exclusif)	Transition	32	478
19 CA (exclusif)	Réadaptation	253	11 271
20 CA (exclusif)	Hébergement	616	12 173
21 CA (exclusif)	Réadaptation et hébergement	2	342
22 CA + CH	Transition	3	5 102
23 CA + CH	Réadaptation	8	5 899
24 CA + CH	Hébergement	28	16 222
25 CA + CH	Réadaptation et hébergement	4	8 232
26 CA + CH + CLSC	Hébergement	1	275
TOTAL		1 687	189 469

Source: M.A.S., Fichier des établissements de santé et de services sociaux au 1978-04-05.

Nota: Les numéros 22 à 25 reprennent les numéros 7, 8, 9 et 15 sous une présentation qui met en relief la vocation "centre d'accueil".
Le numéro 26 est inclus dans 25.