

2009RP-01

**Portrait des conditions de pratique
et de la pénurie des effectifs infirmiers
au Québec**

Mathieu Laberge, Claude Montmarquette

Rapport de projet
Project report

Montréal
Janvier 2009

© 2009 Mathieu Laberge, Claude Montmarquette. Tous droits réservés. *All rights reserved.* Reproduction partielle permise avec citation du document source, incluant la notice ©.
Short sections may be quoted without explicit permission, if full credit, including © notice, is given to the source



Centre interuniversitaire de recherche en analyse des organisations

CIRANO

Le CIRANO est un organisme sans but lucratif constitué en vertu de la Loi des compagnies du Québec. Le financement de son infrastructure et de ses activités de recherche provient des cotisations de ses organisations-membres, d'une subvention d'infrastructure du Ministère du Développement économique et régional et de la Recherche, de même que des subventions et mandats obtenus par ses équipes de recherche.

CIRANO is a private non-profit organization incorporated under the Québec Companies Act. Its infrastructure and research activities are funded through fees paid by member organizations, an infrastructure grant from the Ministère du Développement économique et régional et de la Recherche, and grants and research mandates obtained by its research teams.

Les partenaires du CIRANO

Partenaire majeur

Ministère du Développement économique,
de l'Innovation et de l'Exportation

Partenaires corporatifs

Banque de développement du Canada
Banque du Canada
Banque Laurentienne du Canada
Banque Nationale du Canada
Banque Royale du Canada
Banque Scotia
Bell Canada
BMO Groupe financier
Bourse de Montréal
Caisse de dépôt et placement du Québec
DMR
Fédération des caisses Desjardins du Québec
Gaz de France
Gaz Métro
Hydro-Québec
Industrie Canada
Investissements PSP
Ministère des Finances du Québec
Raymond Chabot Grant Thornton
Rio Tinto Alcan
State Street Global Advisors
Transat A.T.
Ville de Montréal

Partenaires universitaires

École Polytechnique de Montréal
HEC Montréal
McGill University
Université Concordia
Université de Montréal
Université de Sherbrooke
Université du Québec
Université du Québec à Montréal
Université Laval

Le CIRANO collabore avec de nombreux centres et chaires de recherche universitaires dont on peut consulter la liste sur son site web.

ISSN 1499-8610 (Version imprimée) / ISSN 1499-8629 (Version en ligne)

Portrait des conditions de pratique et de la pénurie des effectifs infirmiers au Québec

Mathieu Laberge^{}, Claude Montmarquette[†]*

Sommaire/Summary

Ce document vise à établir un portrait du contexte de pratique des effectifs infirmiers québécois et de les comparer avec celui qui prévaut dans les autres provinces canadiennes. On trouve dans un premier temps que l'intensité de travail des infirmières québécoises est plus faible que celle du reste du Canada, notamment au chapitre des heures effectives travaillées, des heures contractées et des heures supplémentaires. Cette intensité moindre pourrait s'expliquer par une plus grande proportion d'infirmières à temps partiel et par des absences plus longues et plus fréquentes au Québec que dans les autres provinces. On aborde également le calcul de la pénurie d'infirmières effectué par le MSSS. On trouve que ce calcul ne reflète pas les besoins d'effectifs infirmiers pour répondre à la demande pour les soins de santé, mais bien les besoins en effectifs qui permettraient d'éliminer les heures supplémentaires excédentaires travaillées par les infirmières. On trouve également que les choix méthodologiques surestiment de 16 % à 18 % la pénurie effective. Divers scénarios montrent ensuite l'effet d'une augmentation graduelle de l'intensité du travail des infirmières sur l'ampleur de la pénurie. Ceux-ci montrent une diminution de 20 % à 30 % de la pénurie, en incluant la correction méthodologique abordée précédemment.

Mots clés : Effectifs infirmiers, pénurie d'infirmières, économie de la santé, soins de santé.

This study wants to draw a broad picture of the employment context for nurses in the province of Quebec and to compare it with other provinces. We found that Quebec nurses work less than nurses in the rest of Canada, in terms of effective hours worked, of contracted hours and in terms of overtime worked. That weak work intensity in Quebec could be explained by a larger proportion of part time nurses and by the longer and more frequent sick leaves. We also looked at the shortage of nurses, as computed by the department of Health and social services (Ministère de la Santé et des services sociaux). We found that the so-called shortage of nurses did not represent the needs of workers to give more services to the patients, but the needs of workers to eliminate extra overtime worked by nurses. We also found that methodological choices made by the department lead to an overestimation of 16% to 18% of the effective shortage. Three scenarios of increased work effort show that it would be possible to reduce the shortage by 20% to 30%, including the methodological correction on the computations.

Key words: Nurses, nurses' shortage, health economics, health care.

Codes JEL : H42, H51, I11, I12, I18

^{*} Directeur de projet, CIRANO, Mathieu.Laberge@cirano.qc.ca.

[†] Vice-président, groupes Politiques publiques et Économie expérimentale CIRANO, Professeur émérite, Département de sciences économiques, Université de Montréal.

Table des matières

Liste des graphiques	2
Liste des tableaux	3
INTRODUCTION	4
SECTION 1 : PORTRAIT DU CONTEXTE DE PRATIQUE DES EFFECTIFS INFIRMIERS.....	6
Résumé exécutif de la section.....	6
Description de l'échantillon analysé	7
Résultats détaillés.....	9
L'intensivité du travail	9
Les sources possibles de l'intensité du travail inférieure au Québec	13
Des causes à l'intensité du travail plus faible au Québec	16
La pratique des infirmières à temps partiel	17
SECTION 2 : LA PÉNURIE D'EFFECTIFS INFIRMIERS	19
La méthode de calcul du MSSS.....	20
Problèmes liés à la méthode de calcul de la pénurie du MSSS	22
Les scénarios d'augmentation de l'intensité du travail infirmier.....	23
Impact des scénarios sur la pénurie calculée par le MSSS	24
SECTION 3 : LES SOLUTIONS PROPOSÉES POUR CONTRIBUER À RÉSORBER LA PÉNURIE	26
CONCLUSION	29
Bibliographie.....	31
Annexe 1 : Graphiques	33
Annexe 2 : Tableaux de calculs de la pénurie d'effectifs infirmiers	41

Liste des graphiques

Graphique 1 : Dispersion du nombre d'heures supplémentaires, Québec et ROC, 2007.....	12
Graphique 2 : Dispersion des semaines d'absence, Québec et ROC, 2007.....	15
Graphique 3 : Nombre moyen d'heures effectives travaillées, Québec, Ontario et ROC, 1997-2007.....	33
Graphique 4 : Nombre moyen d'heures contractées, Québec, Ontario et ROC, 1997-2007.....	33
Graphique 5 : Heures travaillées en pourcentage des heures contractées, Québec, Ontario et ROC, 1997-2007.....	34
Graphique 6 : Comparaison internationale des heures contractées par les infirmières, différence en pourcentage par rapport au Québec.....	34
Graphique 7: Nombre moyen d'heures supplémentaires, Québec, Ontario et ROC, 1997-2007.	35
Graphique 8 : Proportion d'infirmières à temps plein, Québec, Ontario et ROC, 1997-2007	35
Graphique 9 : Proportion d'infirmières employées mais absentes, Québec, Ontario et ROC, 1997-2007.....	36
Graphique 10 : Nombre moyen de semaines d'absence prolongées, Québec, Ontario et ROC, 1997-2007.....	36
Graphique 11 : Salaire horaire moyen des infirmières en dollars réels (2002=100), Québec, Ontario et ROC, 1997-2007	37
Graphique 12 : Salaire horaire des infirmières en pourcentage du salaire horaire moyen, Québec, Ontario et ROC, 1997-2007.....	37
Graphique 13 : Nombre moyen d'heures effectives travaillées, Québec, Infirmières à temps partiel, Ontario et ROC, 1997-2007.....	38
Graphique 14 : Heures travaillées en pourcentage des heures contractées, Infirmières à temps partiel, Québec, Ontario et ROC, 1997-2007	38
Graphique 15 : Nombre moyen d'heures supplémentaires, Infirmières à temps partiel, Québec, Ontario et ROC, 1997-2007	39
Graphique 16 : Nombre moyen de semaines d'absence prolongées, Infirmières à temps partiel, Québec, Ontario et ROC, 1997-2007.....	39
Graphique 17 : Salaire horaire moyen des infirmières à temps partiel en dollars réels (2002=100), Québec, Ontario et ROC, 1997-2007	40
Graphique 18 : Salaire horaire des infirmières à temps partiel en pourcentage du salaire horaire moyen des employés à temps partiel, Québec, Ontario et ROC, 1997-2007	40

Liste des tableaux

Tableau 1 : Synthèse des constats sur le contexte de pratique des effectifs infirmiers, Québec, Ontario et ROC, 2007.....	7
Tableau 2 : Différence de proportion selon certaines caractéristiques, échantillon de l'EPA et données de l'OIIQ.....	9
Tableau 3 : Raisons évoquées par les infirmières pour travailler à temps partiel, Québec et ROC, 2007.....	14
Tableau 4 : Synthèse des constats sur le contexte de pratique des effectifs infirmiers à temps partiel, Québec, Ontario et ROC, 2007.....	18
Tableau 5 : Impact des différentes modélisations sur la pénurie d'effectifs infirmiers au 31 mars 2007, par région administrative.....	25
Tableau 6 : Pénurie d'effectifs en Abitibi-Témiscamingue au 31 mars 2007.....	41
Tableau 7 : Pénurie d'effectifs à la Baie James au 31 mars 2007.....	42
Tableau 8 : Pénurie d'effectifs dans le Bas-Saint-Laurent au 31 mars 2007.....	43
Tableau 9 : Pénurie d'effectifs dans Chaudière-Appalaches au 31 mars 2007.....	44
Tableau 10 : Pénurie d'effectifs dans la région de la Capitale-Nationale au 31 mars 2007.....	45
Tableau 11 : Pénurie d'effectifs sur la Côte-Nord au 31 mars 2007.....	46
Tableau 12 : Pénurie d'effectifs au Conseil Cri de SSS de la Baie James au 31 mars 2007.....	47
Tableau 13 : Pénurie d'effectifs en Estrie au 31 mars 2007.....	48
Tableau 14 : Pénurie d'effectifs en Gaspésie et aux îles-de-la-Madeleine au 31 mars 2007.....	49
Tableau 15 : Pénurie d'effectifs dans Lanaudière au 31 mars 2007.....	50
Tableau 16 : Pénurie d'effectifs dans les Laurentides au 31 mars 2007.....	51
Tableau 17 : Pénurie d'effectifs à Laval au 31 mars 2007.....	52
Tableau 18 : Pénurie d'effectifs en Mauricie au 31 mars 2007.....	53
Tableau 19 : Pénurie d'effectifs en Montérégie au 31 mars 2007.....	54
Tableau 20 : Pénurie d'effectifs à Montréal au 31 mars 2007.....	55
Tableau 21 : Pénurie d'effectifs dans le Nord-du-Québec au 31 mars 2007.....	58
Tableau 22 : Pénurie d'effectifs en Outaouais au 31 mars 2007.....	59
Tableau 23 : Pénurie d'effectifs au Saguenay-Lac-Saint-Jean au 31 mars 2007.....	60

INTRODUCTION

Au fil des années, il est devenu courant d’attribuer les problèmes du système québécois de soins de santé au manque d’effectifs infirmiers et médicaux. Il est vrai que le vieillissement de la population, la difficulté à retenir les infirmières nouvellement formées dans le système de santé et le départ à la retraite des infirmières issues de la génération du baby-boom mettent de la pression sur le système de santé public du Québec. Le premier facteur a pour effet d’accroître la demande pour les soins de santé alors que les deux seconds ont pour effet de réduire l’offre de tels soins. Leur effet conjugué mène donc à une pénurie de soins de santé qui n’est pas un phénomène facile à solutionner.

Pourtant, il semble y avoir une divergence entre la perception généralement répandue du contexte de pratique de la profession infirmière et les faits objectifs transmis par les données sur ce contexte. Par exemple, Castonguay, Montmarquette et Scott ont trouvé que les infirmières travaillaient en moyenne 42 semaines par année, dont deux rémunérées en temps supplémentaire¹. Entre ce portrait sommaire de la pratique des effectifs infirmiers et le mythe de la « super-infirmière », il y a une différence importante qui mérite qu’on s’y attarde. Ainsi, il devenait important de dresser un portrait du contexte de pratique des effectifs infirmiers québécois.

Le Ministère de la Santé et des Services sociaux publie à cet effet des chiffres annuels toujours plus alarmants sur les besoins en main d’œuvre pour affronter la demande croissante pour les soins de santé. La publication de données sur la pénurie d’effectifs infirmiers a permis une certaine conscientisation dans la population sur l’état du système de santé, elle donne toutefois à penser qu’il faut former des hordes de nouvelles infirmières pour répondre aux besoins, ce qui constitue un raisonnement incomplet. Si la pénurie est réelle, son ampleur est magnifiée par la méthode de calcul du Ministère.

L’existence d’une pénurie des effectifs infirmiers est désormais reconnue et acceptée par la vaste majorité des intervenants et des citoyens, mais le contexte de pratique du personnel infirmier fait encore l’objet de tabous tenaces. De fait, si les infirmières québécoises rejoignaient une intensivité du travail comparable à celle de leurs collègues du reste du Canada ou d’autres pays, on peut croire qu’une part sensible de la pénurie d’effectifs pourrait se régler par des moyens autres que la formation de nouveaux effectifs, bien que celle-ci demeure une stratégie importante de réduction de la pénurie. À ce chapitre mentionnons qu’en 2006-2007, 7638 étudiants étaient inscrits dans un programme de sciences infirmières de niveau collégial ou universitaire au Québec. De ce nombre, on comptait 2226 nouvelles admissions². Or, des expériences dans d’autres juridictions ont permis d’expérimenter des mécanismes susceptibles d’augmenter l’intensité moyenne du travail du personnel infirmier.

Il est également important de noter que cette intensité du travail moindre chez les infirmières québécoises semble être une réponse à des incitations institutionnelles et salariales auxquelles il faudra répondre si on souhaite effectivement accroître le nombre d’heures travaillées. Ainsi, il n’est pas question de dévaloriser le travail infirmier ou de laisser croire que les infirmières sont

¹ Castonguay J., C. Montmarquette et I. Scott, *Analyse comparée des mécanismes de gouvernance des systèmes de santé de l’OCDE*, 2008, tableau 8, p. 29.

² Association des infirmières et des infirmiers canadiens, *Formation d’infirmières et d’infirmiers au Canada : statistiques regroupées pour les programmes de certificat, de diplôme et de baccalauréat menant à l’entrée dans la profession*, p. 3.

paresseuses, mais bien de noter que comme tout travailleur, elles répondent aux incitations données par le cadre de travail qu'on leur offre.

La suite de ce rapport se divise en quatre sections. La section 1 présente un portrait de la pratique du personnel infirmier québécois et le contraste avec la situation qui sévit ailleurs au pays et dans le monde. La deuxième section détaille le calcul de la pénurie d'infirmières³ au Québec et corrige celui-ci pour exprimer la pénurie en termes d'objectifs d'intensité du travail. La troisième section présente des solutions éprouvées susceptibles de contribuer à augmenter de façon volontaire l'intensité moyenne du travail des infirmières québécoises. La conclusion rappelle les principaux constats de cette étude et présente des remarques conclusives.

³ À moins d'indications contraire, dans ce document, le terme « pénurie d'infirmières » réfère à la pénurie d'infirmières telle que calculée par le MSSS.

SECTION 1 : PORTRAIT DU CONTEXTE DE PRATIQUE DES EFFECTIFS INFIRMIERS

Résumé exécutif de la section

Cette section vise à dresser un portrait aussi complet que possible du contexte de pratique des effectifs infirmiers québécois et à le comparer à celui de leurs collègues des autres provinces et, dans certains cas, à celui qui prévaut dans d'autres pays. Sauf indications contraires, les comparaisons interprovinciales présentées dans cette section proviennent de traitements des données de l'Enquête sur la population active (EPA) de 1997 à 2007. Dans plusieurs cas, les résultats obtenus seront contrastés avec ceux d'autres études ou d'autres données officielles disponibles au public.

Les constats auxquels nous arrivons dans cette section viennent s'opposer aux mythes largement répandus sur le contexte de pratique des infirmières. En analysant les données de façon détaillée, on s'aperçoit que les infirmières québécoises travaillent moins d'heures, ont plus souvent un emploi à temps partiel et sont plus souvent absentes que leurs collègues des autres provinces. Au cours des 10 dernières années, les heures effectives travaillées ont augmenté de moins de deux heures hebdomadairement. Sur 10 juridictions internationales analysées, c'est au Québec que les infirmières travaillent le moins d'heures si on tient compte de leur semaine habituelle.

Un mythe récurrent est celui de la « super-infirmière » qui travaille un nombre d'heures incalculables chaque semaine. Or, selon les données de l'EPA, bien que leur nombre d'heures supplémentaires travaillées ait connu une tendance ascendante au cours des 10 dernières années, les infirmières québécoises n'effectuent pas plus d'heures supplémentaires que celles des autres provinces canadiennes, sauf en 2006. Il faut toutefois considérer ces chiffres avec précaution, puisque le temps supplémentaire est considéré comme étant le temps travaillé en excédent des heures contractées. Or, les heures contractées varient dans chaque province, ce qui peut avoir un effet sur le nombre d'heures supplémentaires observées.

Outre les conditions non-salariales de travail, généralement invoquées pour expliquer l'intensité du travail plus faible des infirmières québécoises, une cause possible de l'intensité du travail infirmier plus faible au Québec pourrait en fait être le salaire généralement moins généreux des infirmières québécoises comparativement à celui des effectifs infirmiers dans les autres provinces canadiennes. Depuis 2003, l'écart entre le salaire horaire réel des infirmières québécoises et celui des infirmières du reste du Canada n'a cessé de s'accroître. En 2007, le salaire horaire réel moyen des infirmières québécoises était de 29,38 \$ alors qu'il était de 33,81 \$ ailleurs au Canada et de 34,17 \$ en Ontario. Si on exprime le salaire horaire des infirmières en pourcentage du salaire horaire moyen de la population, on remarque la même tendance : les infirmières du Québec gagnent 137,5 % du salaire horaire moyen dans la province, contre 148,6 % dans le ROC soit une différence de plus de 10 points de pourcentage. Le tableau 1 présente une synthèse des principaux constats qui seront abordés dans cette section :

Tableau 1 : Synthèse des constats sur le contexte de pratique des effectifs infirmiers, Québec, Ontario et ROC, 2007

	Québec	Ontario	ROC
Heures effectives travaillées (par semaine)	28	31,3	30,9
Heures effectives (% des heures contractées)	83,8	88,9	87,4
Infirmières à temps plein (%)	74,8	78	80,2
Infirmières en emploi, mais absentes (%)	17,5	11,4	12,6
Nombre d'heures supplémentaires (par semaine)	1,76	1,77	1,8
Salaire horaire réel (2002=100)	29,38	34,17	33,81
Salaire horaire (% du salaire horaire moyen)	137,5	145	148,6

Source : Statistique Canada, Enquête sur la population active, 2007 et calculs des auteurs

Note : ^a L'EPA considère un employé à temps plein lorsque celui-ci déclare avoir travaillé 30 heures et plus au cours de la semaine de référence. D'autres études considèrent des bornes différentes (32,5, 35, 37,5 ou 40 heures par semaine) pour déterminer la limite entre le travail à temps plein et à temps partiel. Les pourcentages présentés ici devraient donc être considérés avec prudence, même si l'écart entre ceux-ci demeure valide. ^b L'indice des prix à la consommation a été utilisé pour calculer le salaire horaire réel à partir du salaire horaire nominal disponible dans l'EPA.

Description de l'échantillon analysé

L'échantillon analysé provient des données de l'Enquête sur la population active de Statistique Canada. L'EPA est une enquête menée mensuellement par l'agence fédérale pour dresser le portrait de l'emploi et du chômage au pays⁴. Complémentairement, elle collige un ensemble important d'informations sur les caractéristiques démographiques des individus compris dans l'échantillon, l'industrie dans laquelle ils travaillent, les raisons qui motivent leurs choix sur le marché du travail et leur famille. Le principal avantage d'avoir recours à l'EPA est de pouvoir comparer des données dont le processus de collecte et la définition est uniforme entre les provinces canadiennes. Par contre, la composition de l'échantillon de l'EPA pourrait ne pas représenter parfaitement la composition de la population des infirmières canadiennes.

Seuls les individus employés classés dans la catégorie « Nurse Supervisors and Registered Nurses » (catégorie #14 de la classification NOC01-47) ont été conservés dans l'échantillon. Par souci de comparaison avec les données internationales disponibles, les individus étant classés comme étant en emploi « non-permanent » ont également été exclus de l'échantillon. Les motifs de non permanence dans l'EPA sont : emploi saisonnier, emploi temporaire ou à contrat, autres. Dans la plupart des études internationales, les infirmières qui agissent à titre de travailleur autonome, qui travaillent sur appel ou dont les heures effectuées au cours de la semaine de référence étaient irrégulières sont exclues des calculs sur les heures effectuées.

L'échantillon final comprend donc 130 576 individus dans les 10 provinces et sur 10 ans. L'Ontario est la province la plus représentée avec 31,11 % de l'échantillon, suivie du Québec (17,37 %). Toutes les autres provinces détiennent moins de 10 % de l'échantillon. Toutes les

⁴ Statistique Canada, *Guide to the Labour Force Survey* [en ligne] <http://www.statcan.gc.ca/> [12 décembre 2008].

années de 1997 à 2007 représentent entre 9,4 % et 10,0 % de l'échantillon, soit entre 11 000 et 13 000 individus par année.

La vaste majorité (86,8 %) des individus de l'échantillon étaient employés et au travail, alors que 13,2 % étaient employés mais absents du travail à cause de congés fériés, de vacances, de responsabilités familiales ou pour cause de maladie. Les trois quarts (74,7 %) travaillaient à temps plein. Cette donnée devrait toutefois être considérée avec circonspection étant donnée que l'EPA considère qu'un individu est employé à temps plein lorsqu'il travaille 30 heures et plus par semaine, alors que d'autres études offrent une définition différente du travail à temps plein. Par exemple, l'Enquête nationale sur le travail et la santé des infirmières, également réalisée par Statistique Canada, demandait directement aux infirmières si elles travaillaient à temps plein ou à temps partiel sans offrir de définition précise de chaque catégorie⁵. Alternativement, le Ministère de la Santé et des services sociaux du Québec utilise plusieurs bornes, allant de 32,58 à 40 heures hebdomadaires, pour évaluer le caractère à temps plein⁶.

Au chapitre de la distribution de l'âge des individus, l'échantillon retenu est généralement représentatif de la distribution de l'âge dans la population des infirmières, au moins pour le Québec. Alors que les infirmières de 45 à 54 ans sont légèrement surreprésentées dans l'échantillon (3 points de pourcentage de plus que les statistiques de l'OIIQ), celles de 55 ans et plus sont légèrement sous-représentées dans une proportion équivalente⁷. Les différences au niveau des autres tranches d'âges demeurent inférieures à 3 points de pourcentage. Ces différences peuvent être expliquées par le fait que seules les infirmières en emploi permanent ont été retenues dans l'échantillon. Cela n'a toutefois pas pour effet de biaiser de façon importante les résultats, puisque les différences les plus importantes se situent dans les deux tranches supérieures de la distribution de l'âge et qu'elles se contrebalancent presque parfaitement. Il a été impossible de comparer la distribution des âges dans l'ensemble du Canada.

Plus de 9 infirmières sur 10 (93,3 %) de l'échantillon pour le Québec étaient des femmes, un pourcentage légèrement supérieur à la proportion de femmes dans la profession infirmière de la province. Les infirmières détenant un diplôme universitaire de premier cycle ou des cycles supérieurs étaient très légèrement sous-représentées dans l'échantillon, dans une proportion respective d'environ 1,5 et 1 point de pourcentage. Il y avait plus d'infirmières détenant un seul emploi dans l'échantillon que dans la population en général, soit une différence de 5 points de pourcentage. Cela s'explique également par le choix de ne conserver que les individus qui occupaient un emploi permanent. Finalement, les infirmières œuvrant dans le secteur public étaient légèrement moins nombreuses dans l'échantillon (82,3 %) que dans la population en général (85,5 %).

On peut donc conclure que, dans l'ensemble, l'échantillon fourni par l'EPA est généralement représentatif de la population générale des infirmières au Québec. Le tableau 2 présente une synthèse des proportions de différentes caractéristiques dans l'échantillon comparativement aux données de l'OIIQ :

⁵ Shields M., & Wilkins, K., *Findings from the National Survey of the Work and Health of Nurses*, p. 96.

⁶ MSSS, Banque R25 – 2006-2007, compilation spéciale fournie à la demande du CIRANO.

⁷ La comparaison a été établie à partir des données 2007-2008 de l'Ordre des infirmières et des infirmiers du Québec (OIIQ) : OIIQ, *Portrait sommaire de l'effectif infirmier du Québec 2007-2008*, p. 3.

Tableau 2 : Différence de proportion selon certaines caractéristiques, échantillon de l'EPA et données de l'OIIQ

	EPA	OIIQ
24 ans et -	4,47	5,4
25-34 ans	20,1	21,2
35-44 ans	25,3	23,2
45-54 ans	33,1	30,2
55 ans et +	17,1	20,1
Femmes	93,3	90,7
DEC et certificats de 1er cycle universitaire	69,2	68,6
Baccalauréat	26,9	28,5
Supérieur au baccalauréat	1,94	2,9
Emploi unique	95,7	90,4
Secteur public	82,3	85,5
Secteur privé	17,7	10,9

Source : Statistique Canada, Enquête sur la population active 2007 et OIIQ, Portrait sommaire de l'effectif infirmier du Québec 2007-2008.

Note : Les pourcentages d'effectifs à temps plein et à temps partiel ne sont pas présentés puisqu'ils ne sont pas directement comparables à cause de définitions différentes de la borne entre le temps plein et le temps partiel.

Résultats détaillés

L'intensivité du travail

Pour établir le portrait du contexte de travail des infirmières, la mesure des heures effectives (actual hours) a été retenue puisque celle-ci représente bien « les augmentations ou les diminutions temporaires des heures travaillées, par exemple les heures perdues à cause de blessures, de maladie, de vacances ou de congés et les heures accrues en temps supplémentaire.⁸ » Elle représente conséquemment une bonne mesure de la force de travail effective, donc exprimée au cours des 52,18 semaines d'une année.

Constat 1 : Les infirmières québécoises travaillent peu au cours d'une année.

En 2007, les infirmières québécoises ont travaillé 28 heures effectives par semaine en moyenne. À titre de comparaison, l'ensemble des travailleurs de l'administration québécoise travaillaient en moyenne 30,2 heures effectives par semaine (7,9 % de plus que les infirmières) alors que ceux de l'administration fédérale travaillaient en moyenne 31,3 heures par semaine (11,8 % de plus) en 2008⁹. Au secteur privé, l'ensemble des travailleurs effectuent en moyenne 33 heures

⁸ Op. cit. note 3, p. 10.

⁹ Institut de la statistique du Québec, *Rémunération des salariés – état et évolution comparés 2008*, p. 105.

effectives hebdomadairement (17,9 % de plus) alors que ce nombre est de 32 heures (14,3 % de plus) chez les employés syndiqués du secteur privé¹⁰.

Constat 2 : Les infirmières québécoises travaillent moins que leurs collègues du reste du Canada.

L'intensité du travail des infirmières québécoises est également moindre que celle de leurs collègues du reste du Canada. Les infirmières ontariennes travaillent en moyenne 31,3 heures alors que dans le ROC, ce nombre est de 30,9 heures. Il s'agit d'une différence de 12 % avec les infirmières ontariennes et de 10 % avec celles du ROC. Ces nombres d'heures incluent toutes les infirmières employées, qu'elles aient travaillées un nombre d'heures nul ou positif lors de l'enquête. Comme le montre le graphique 3 (voir annexe 1), les heures effectives travaillées au Québec ont connu un sommet en 2000 avant d'amorcer un déclin régulier jusqu'en 2003. Depuis, elles se situent à 27 et 28,5 heures. Même au sommet de 1999, les heures effectives travaillées au Québec étaient largement plus faibles que celles du ROC.

Ce nombre d'heures est cohérent avec les heures totales travaillées par infirmière en équivalent temps complet (ETC) fourni par le Ministère de la Santé et des services sociaux. Effectivement, sur une base annuelle, le ministère arrive à un nombre d'heures effectives travaillées par ETC de 1510 heures¹¹. Comparativement, sur une base annuelle, le nombre d'heures fourni par l'EPA correspond à 1462 heures, soit une différence de 3,3 %¹². C'est donc dire que le nombre d'heures fourni par l'EPA est dans le même ordre de grandeur que celui fourni par le système de gestion du MSSS.

Une mesure alternative de l'effort de travail est par les heures habituelles, qui sont mesurées dans l'EPA par les heures contractées. Au niveau de l'individu, il peut exister une divergence temporaire entre les heures effectives et les heures contractées, étant donné les congés statutaires, les vacances, les congés de maladie ou le temps supplémentaire. Par contre, lorsqu'on calcule une moyenne annuelle des heures travaillées par tous les individus de l'échantillon, ces deux mesures devraient tendre à converger l'une vers l'autre puisqu'on devrait s'attendre à ce qu'une majorité d'individus travaillent effectivement le nombre d'heures qu'ils se sont engagés à fournir par contrat. Les deux mesures ne seront toutefois jamais identiques, puisque certains travailleurs seront absents alors que d'autres feront du temps supplémentaire.

Selon l'EPA, les infirmières québécoises avaient contracté 33,4 heures en moyenne, comparativement à 35,2 en Ontario et dans le ROC (voir graphique 4). En 2007, les heures effectives travaillées par les infirmières québécoises équivalaient en moyenne à 83,8 % des

¹⁰ Idem, p. 79 et 121.

¹¹ Op. cit. note 5. Calcul fondé sur un nombre d'heures effectives travaillées, incluant les heures supplémentaires, de 53 632 613 heures en 2006-2007. On divise ensuite ce nombre par 35 507 ETC dans le réseau de santé en 2006-2007, pour obtenir un nombre d'heures annuel de 1510 par ETC. Comme les ETC sont calculés sur une base de 52,18 semaines par année, ce nombre d'heures travaillées calculé à partir des données du MSSS est comparable aux heures travaillées effectives de l'EPA, qui tient compte du surtemps, des vacances et des congés.

¹² Calcul fondé à raison de 28,01 heures hebdomadaires trouvé dans l'EPA, multiplié par 52,18 semaines par années pour assurer la comparaison avec les ETC du MSSS.

heures contractées, alors que cette proportion était de 88,9 % en Ontario et de 87,4 % dans le ROC (voir graphique 5).

L'Enquête nationale sur le travail et la santé des infirmières (ENTSI) de Statistique Canada arrive aussi au constat que les infirmières québécoises travaillent généralement moins que leurs collègues des autres provinces et que cette différence est statistiquement significative à des niveaux standards. Ce constat demeure, qu'on utilise les heures totales travaillées ou les heures travaillées dans l'emploi principal¹³.

Il est également bon de noter que, lorsqu'on tient compte seulement des infirmières qui ont travaillé un nombre d'heures différent de 0 lors de la collecte de données, les heures effectives et les heures contractées convergent presque parfaitement (33,9 heures effectives). Cette convergence tend à démontrer deux constats principaux qui seront abordés plus tard dans cette étude : (1) c'est le taux d'absentéisme plus important et la plus grande proportion d'infirmières à temps partiel qu'ailleurs au Canada qui réduisent le nombre d'heures effectives moyennes des infirmières québécoises et (2) les infirmières québécoises ne font pas plus d'heures supplémentaires que leurs collègues du reste du Canada.

Constat 3 : C'est au Québec que les heures contractées par les infirmières sont les plus faibles dans 10 juridictions.

Parmi 10 juridictions internationales, c'est au Québec que les infirmières ont le moins d'heures contractées de travail après l'Australie. Par exemple, aux États-Unis, les infirmières contractent habituellement 38,5 heures en moyenne, soit 15,2 % plus qu'au Québec. Ce pourcentage passe à 13,1 % pour le Royaume-Uni et à 6,8 % pour la France (voir graphique 6)¹⁴.

Constat 4 : Les infirmières québécoises ne font pas plus d'heures supplémentaires que celles du reste du Canada.

Contrairement à l'idée largement répandue dans la population, ce nombre d'heures effectives ou contractées inférieur aux autres juridictions n'est pas compensé par un nombre d'heures supplémentaires selon les données de l'EPA. Alors qu'en 2007 les infirmières québécoises travaillaient en moyenne 1,76 heure supplémentaire par semaine en moyenne, ce nombre était de 1,77 heure en Ontario et de 1,8 heure dans le ROC (voir graphique 7). Le MSSS, pour sa part, trouve un nombre d'heures supplémentaires moyen de 57 heures annuellement, soit 1,09 heure par semaine sur une base ETC¹⁵.

Ces données ne concordent toutefois pas avec les constats de l'ENTSI qui trouve un nombre d'heures supplémentaires hebdomadaires au Québec statistiquement plus élevé que dans les

¹³ Op. cit. note 4, p. 121 et 123.

¹⁴ Australian Institute for Health and Welfare, *Nursing and Midwifery Labour Force 2005*, p. 13; Health Resources and Services Administration, *The Registered Nurse Population 2004*, p. A-20; Simoens, S. et al., *Tackling Nurse Shortage in OECD Countries*, figure 7 (données de 2000); Wise, S. *Professionalism and Long Working Hours in NHS Nursing*, p. 4.

¹⁵ Grenier, N. *Projection de la main-d'œuvre infirmière de 2006-2007 à 2021-2022*, p. 41.

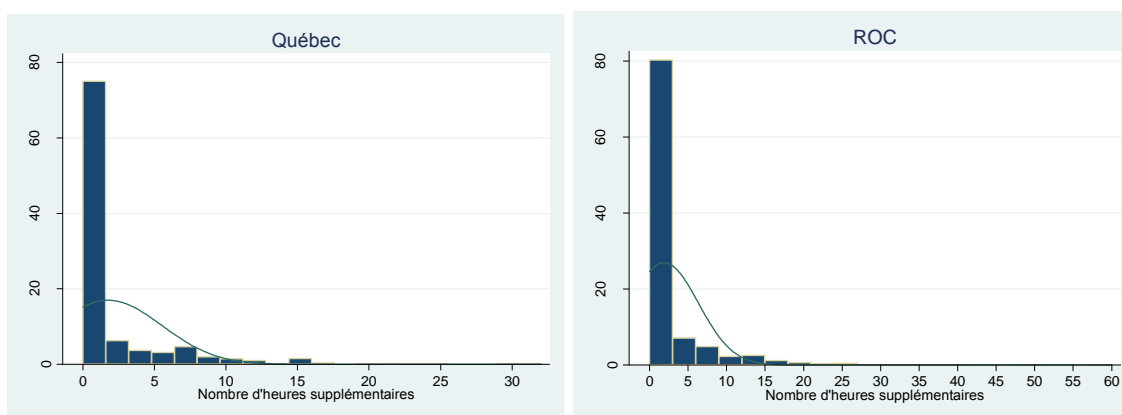
autres provinces en 2005. La composition de l'échantillon, qui contient seulement les infirmières permanentes, pourrait expliquer cette divergence. Le nombre d'heures supplémentaires effectuées selon l'ENTSI se situe à 6 heures par semaine en moyenne au Québec, comparativement à 4,8 heures en Ontario. La moyenne canadienne des heures supplémentaires se situe à 5,4 par semaine¹⁶. Il faut toutefois interpréter ce chiffre avec précaution puisqu'il s'exprime sur le nombre de semaines réellement travaillées et non sur une base de 52,18 semaines par année.

Au chapitre des heures supplémentaires, 2006 fait exception alors que les infirmières québécoises ont travaillé plus d'heures supplémentaires que la moyenne du ROC et de l'Ontario. Il appert toutefois que cette situation a été exceptionnelle au cours des 10 dernières années et que l'inverse serait plutôt la norme. Le nombre d'heures supplémentaires au cours de cette période n'a pas connu une évolution très rapide, augmentant d'une heure par semaine en moyenne.

Constat 5 : Huit infirmières sur 10 travaillent 100 heures supplémentaires ou moins par année, soit 1,9 heure par semaine.

Une source possible au mythe du nombre d'heures supplémentaires effectué par les infirmières québécoises pourrait être la dispersion de celles-ci. Pourtant, lorsqu'on compare le graphique de dispersion (graphique 1), on remarque que la proportion d'infirmières qui font plus de 5 heures de temps supplémentaire n'est pas très différente au Québec et dans le ROC. Sur les deux territoires, la plus forte concentration du nombre d'heures supplémentaires se situe entre 0 et deux heures :

Graphique 1 : Dispersion du nombre d'heures supplémentaires, Québec et ROC, 2007



Source : Statistique Canada, Enquête sur la population active, 2007 et calculs des auteurs

Cette dispersion du nombre d'heures supplémentaires est cohérente avec les données du MSSS qui trouve que 83,1 % de l'effectif infirmier travaille moins de 100 heures supplémentaires par année (1,9 heure supplémentaire hebdomadaire en ETC) et que 0,9 % de l'effectif travaille plus de 500 heures supplémentaires en une année (9,6 heures par semaine en ETC). Le ministère

¹⁶ op. cit. note 4, p. 121.

trouve donc une médiane des heures supplémentaires (19 heures par année) largement inférieure à la moyenne¹⁷. Ces données laissent donc entendre que sur les 69 765 infirmières inscrites à l'OIIQ, il y aurait 628 « super-infirmières ».

En somme, il semble que les infirmières québécoises aient une intensité du travail moindre qu'ailleurs au Canada ou dans d'autres pays. Ce constat contraste avec la croyance populaire voulant que les infirmières soient surchargées.

Les sources possibles de l'intensité du travail inférieure au Québec

Deux explications structurelles peuvent apparemment expliquer l'intensité moindre du travail des infirmières québécoises comparativement aux infirmières des autres juridictions analysées. D'abord, les infirmières québécoises sont proportionnellement plus nombreuses à travailler à temps partiel qu'ailleurs au Canada. Elles sont aussi proportionnellement plus nombreuses à s'absenter du travail – pour causes de maladies ou de vacances – et leur absence est généralement plus longue que celles de leurs collègues canadiennes.

Constat 6 : La proportion d'infirmières travaillant à temps plein est plus faible au Québec qu'ailleurs au Canada.

Exception faite de 1999 et 2000, la proportion d'infirmières à temps plein au Québec a toujours été moindre qu'en Ontario. Comparativement au ROC, le Québec a toujours eu proportionnellement moins d'infirmières qui travaillaient à temps plein. La proportion d'infirmières à temps plein a cependant connu une progression constante depuis 1997, comme en Ontario et dans le ROC (voir graphique 8). Cette proportion systématiquement plus faible d'infirmières à temps partiel au Québec pourrait expliquer le nombre d'heures contractées plus faible qu'ailleurs au Canada.

Comme le montre le tableau 3, les raisons évoquées par les infirmières québécoises pour travailler à temps partiel étaient toutefois assez différentes de leurs collègues du ROC. Près de deux fois plus d'infirmières du ROC évoquaient des responsabilités familiales pour travailler à temps partiel qu'au Québec (31,9 % contre 16,9 %). Au Québec, les « préférences personnelles » expliquaient le choix de 57 % des infirmières qui travaillaient à temps partiel contre 48 % dans le ROC. Cette raison était la première évoquée dans les deux juridictions. Cela n'est pas sans soulever la question de la motivation de ces préférences personnelles pour le travail à temps partiel plus largement répandue que dans les autres provinces.

Constat 7 : Une infirmière nouvellement diplômée sur 5 ne peut trouver de l'emploi à temps plein.

Il est bon de noter que 15,3 % des infirmières québécoises qui travaillaient à temps partiel le faisaient parce qu'elles ne réussissaient pas à trouver de travail à temps plein ou à cause d'autres

¹⁷ Ibid.

raisons reliées aux conditions du marché de l'emploi. Chez les infirmières de moins de 35 ans, cette proportion passe à 21,2 %. Cela signifie que plus d'une infirmière en début de carrière sur cinq n'a pas réussi à se trouver un emploi à temps plein. Il s'agit d'une proportion non négligeable de la force de travail qui ne peut ainsi contribuer complètement à l'effort de travail.

Tableau 3 : Raisons évoquées par les infirmières pour travailler à temps partiel, Québec et ROC, 2007

	Québec (%)	ROC (%)	différence
Autre	2,64	0,55	2,09
Maladie	1,13	3,68	-2,55
Responsabilité familiale	16,94	31,89	-14,95
Préférences personnelles	57,06	48,26	8,8
Raison scolaire	6,97	1,59	5,38
N'a pu trouver d'emploi à temps plein	15,25	14,03	1,22

Source : Statistique Canada, Enquête sur la population active 2007 et calculs des auteurs

Ce constat est troublant et ne manque pas de poser plusieurs questions sur les motivations des infirmières québécoises à travailler à temps partiel. D'une part, elles sont plus nombreuses que leurs collègues des autres provinces à invoquer des préférences personnelles pour le travail à temps partiel. Que cachent ces « préférences personnelles »? Sont-elles motivées par le salaire généralement plus bas par rapport à leurs collègues du reste du Canada? D'autre part, la relativement haute proportion d'infirmières qui travaillent à temps partiel à cause des conditions du marché, quoique similaire à celle du ROC, laisse croire qu'il y a restriction sur l'offre d'emploi à temps plein. Qu'est-ce qui explique cette apparente restriction? Est-il plus coûteux pour le gouvernement d'employer une infirmière à temps plein? Existe-t-il une rigidité supplémentaire à l'emploi des infirmières à temps plein, par exemple due à des clauses de la convention collective? Ces questions ne peuvent trouver de réponse dans les données de l'EPA. Elles demeurent néanmoins préoccupantes et des études subséquentes devraient s'attarder à y trouver des réponses.

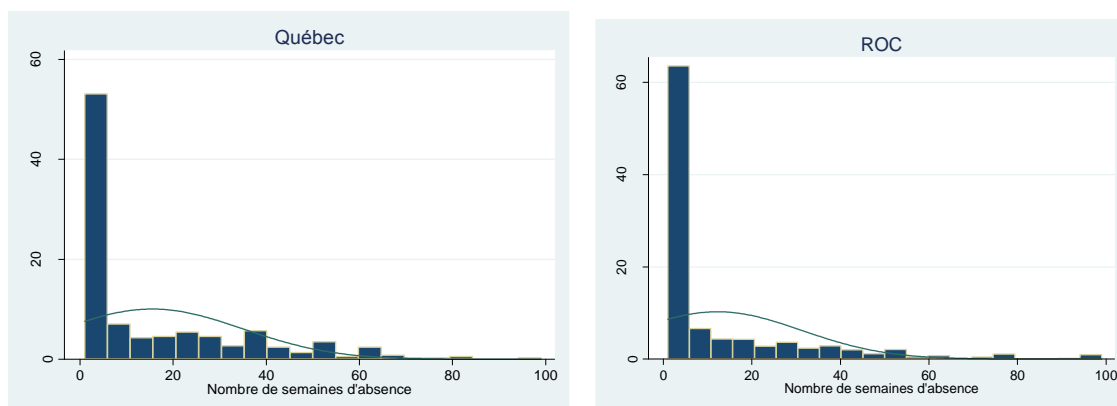
Constat 8 : Les infirmières québécoises s'absentent en plus grande proportion...

Les infirmières québécoises sont aussi proportionnellement plus nombreuses à s'absenter du travail. Lors des collectes mensuelles de données de l'EPA pour 2007, il y a eu 17,5 % des infirmières québécoises qui se sont déclarées employées, mais absentes du travail comparativement à une proportion de 11,4 % en Ontario et de 12,6 % dans le ROC. De 1997 à 2007, cette proportion est généralement restée entre 14 % et 18 % au Québec, alors qu'elle se situait plutôt entre 12 % et 14 % dans le ROC (voir graphique 9). Il est important de noter que les absences dans ce cas-ci incluent les blessures et maladies ainsi que les congés civiques et les vacances annuelles.

Constat 9 : ... et plus longtemps que leurs collègues du reste du Canada.

Lorsqu'elles s'absentaient pour une semaine complète, les infirmières québécoises s'absentaient également plus longtemps que celles des autres provinces canadiennes, soit 15,5 semaines en moyenne contre 12,6 en Ontario et 12,2 dans le ROC (voir graphique 10). Ces absences plus importantes pourraient expliquer le nombre faible d'heures effectives réalisées par les infirmières québécoises comparativement à leurs collègues des autres provinces.

Graphique 2 : Dispersion des semaines d'absence, Québec et ROC, 2007



Source : Statistique Canada, Enquête sur la population active, 2007 et calculs des auteurs

Les raisons évoquées par les infirmières québécoises pour s'absenter une semaine complète étaient très similaires à celles des infirmières du reste du Canada. Elles étaient toutefois proportionnellement plus nombreuses à s'absenter temporairement pour des raisons de blessures ou d'incapacité (37,5 % contre 30,4 % dans le ROC, soit 7 points de pourcentage de plus). Cette proportion plus grande d'absence pour des raisons de santé était presque entièrement compensée par une proportion plus faible d'absences temporaires dues à des vacances (-7,2 points de pourcentage chez les infirmières québécoises comparativement au ROC). Les raisons pour des absences de long terme étaient toutefois comparables entre le Québec et le ROC, si ce n'est qu'une proportion légèrement supérieure d'infirmières québécoises s'absentaient pour des responsabilités personnelles ou familiales.

En somme, les infirmières québécoises travaillent un nombre d'heures important lorsqu'elles sont présentes au travail. Si on exprime les 1462 heures annuelles sur 36,5 semaines travaillées, cela équivaut à 40 heures travaillées par semaine de présence. Il y a cependant un vice conceptuel à exprimer l'effort de travail des infirmières de cette façon : cela équivaut en quelque sorte à prétendre que le réseau de santé du Québec ne fonctionne à plein régime que 36,5 semaines par année. Bref, qu'il est fermé les 15,5 semaines restantes. Cela n'est pas raisonnable. C'est pourquoi il est méthodologiquement adéquat d'exprimer l'effort de travail des infirmières en termes d'heures effectives travaillées. À ce chapitre, il a été établi que l'intensité du travail des infirmières québécoises est plus faible qu'ailleurs, selon plusieurs standards étudiés.

Conséquence : L'intensité du travail des infirmières québécoises est plus faible qu'ailleurs au Canada.

Des causes à l'intensité du travail plus faible au Québec

Malgré que les conditions de travail des infirmières, principalement les conditions non salariales, occupent le haut du pavé dans le discours public sur le contexte de pratique des effectifs infirmiers, il semble que les conditions salariales puissent elles aussi expliquer en partie l'intensité du travail des infirmières plus faible au Québec qu'ailleurs au pays.

Constat 9 : Le salaire horaire réel des infirmières québécoises est plus faible que celles d'ailleurs au Canada.

Jusqu'en 2003, le salaire horaire réel des infirmières québécoises s'est maintenu près de celui des infirmières du reste du Canada. À partir de 2003, toutefois, l'écart entre la rémunération horaire des infirmières québécoises et celle des infirmières du ROC a commencé à s'accroître de façon importante. Tant et si bien qu'en 2007, le salaire horaire moyen des infirmières québécoises en représentait plus que 86,9 % du salaire horaire moyen des infirmières des autres provinces (4,43 \$ de moins en termes réels). En 1997, la différence entre les deux salaires horaires était de 0,03 \$ en termes réels! La même situation prévaut si on compare le Québec et l'Ontario (voir graphique 11).

Constat 10 : La différence de richesse entre les infirmières québécoises et l'ensemble de la population est plus faible que dans les autres provinces.

Les infirmières du Québec gagnent également moins que leurs collègues du reste du Canada si on exprime leur salaire horaire en pourcentage du salaire horaire moyen de l'ensemble de la population. Cette mesure permet d'évaluer la richesse relative des infirmières par rapport à la population en général, dans différentes juridictions. Alors que les infirmières ontariennes gagnaient 145 % du salaire horaire moyen de la population ontarienne en 2006, celles du Québec ne gagnaient que 137,5 % du salaire horaire moyen de la population québécoise (148,6 % pour le ROC). C'est donc dire que les infirmières québécoises ne profitent pas du même écart de niveau de vie par rapport à l'ensemble de la population que les autres infirmières du pays (voir graphique 12).

Encore une fois, le salaire horaire des infirmières du Québec, exprimée en pourcentage du salaire horaire moyen de l'ensemble de la population, a connu une décroissance drastique à partir de 2003 pour ensuite se stabiliser en 2005 et amorcer une remontée par la suite. Alors que cette proportion se situait entre celle de l'Ontario et du ROC depuis 2000, elle a chuté en deçà de la proportion ontarienne à parti de 2003 et s'y est maintenue depuis.

Conséquence : Les conditions salariales pourraient décourager l'effort de travail des infirmières.

La pratique des infirmières à temps partiel

Comme un des principaux constats de la section précédente révélait que le nombre d'heures contractées inférieur au Québec pouvait être dû à la plus grande proportion d'infirmières travaillant à temps partiel, il a été jugé pertinent de dresser un portrait de la pratique de travail de celles-ci. Cette section présente donc les résultats propres aux infirmières travaillant à temps partiel. Ceux-ci devraient toutefois être interprétés avec précaution, étant donné l'impact d'un plus faible échantillon sur la variabilité des résultats.

Constat 11 : Les infirmières québécoises à temps partiel ont une intensité du travail généralement plus proche de celles des autres provinces que l'ensemble des infirmières québécoises, selon la plupart des indicateurs considérés.

Au chapitre de l'effort de travail comparé, les infirmières québécoises à temps partiel semblent faire mieux que la population des infirmières québécoises en général. Effectivement, leur nombre d'heures travaillées effectives s'est généralement maintenu au-dessus de celui des infirmières du ROC pour la période 1997-2007. À quelques reprises, les infirmières québécoises à temps partiel ont même dépassé leurs collègues ontariennes pour cette mesure (voir graphique 13). En 2007, une infirmière québécoise travaillant à temps partiel travaillait en moyenne 22,9 heures par semaine, dépassant ainsi celles de l'Ontario (21,8 heures) et du ROC (20,7 heures).

Les infirmières québécoises faisaient également mieux que celles du ROC au chapitre des heures effectives exprimées en pourcentage des heures contractées (93,6 % contre 91,9 % dans le ROC). Ce pourcentage est toutefois moins élevé que celui des infirmières ontariennes travaillant à temps partiel (97 %). Au chapitre de la tendance, la proportion des heures contractées effectivement travaillées des infirmières québécoises a généralement suivi la tendance de celle du ROC, même si elle se situait légèrement en dessous de celle-ci (voir graphique 14). Il est bon de noter que ce pourcentage dépasse celui de la population complète des infirmières, peu importe le territoire considéré. C'est donc dire que les infirmières à temps partiel ont tendance à travailler un nombre d'heures généralement plus près de leurs heures contractées que celles à temps plein.

Pour ce qui est des heures supplémentaires, les infirmières québécoises travaillant à temps partiel ont suivi la tendance du ROC, se situant parfois en dessous, parfois au-dessus de celle-ci au cours de la période sous étude (voir graphique 15). En 2007, elles travaillaient en moyenne 1,2 heure supplémentaire par semaine, comparativement à 0,9 en Ontario et à 1,0 dans le ROC.

En 2007, les infirmières québécoises à temps partiel ont connu en moyenne une période d'absence prolongée moins longue que celle de leurs collègues dans le ROC et en Ontario (9,9 comparativement à 11,6 dans le ROC et à 13,3 en Ontario). Cela n'est toutefois pas représentatif de la tendance générale, où elles s'absentent pour de plus longues périodes que leurs collègues de 1997 à 2007 (voir graphique 16).

Constat 12 : Malgré un salaire horaire réel semblable à l'ensemble des infirmières, les infirmières québécoises à temps partiel ont un écart de richesse important par rapport à l'ensemble des travailleurs à temps partiel.

Cette tendance à un effort de travail supérieur de la part des infirmières travaillant à temps partiel au Québec ne peut pas être expliquée par un salaire horaire supérieur à leurs collègues du reste du Canada. Effectivement, le salaire horaire réel des infirmières à temps partiel du Québec connaît sensiblement la même tendance que celui de l'ensemble de la population des infirmières québécoises (voir graphique 17). Par contre, le salaire horaire des infirmières à temps partiel exprimé en pourcentage du salaire horaire moyen de l'ensemble de la population est largement plus élevé que pour l'ensemble des infirmières, même si ce pourcentage au Québec reste en-deçà de celui du ROC et de l'Ontario. Cela semble indiquer un écart de richesse plus important entre les infirmières à temps partiel et l'ensemble des travailleurs à temps partiel que pour les infirmières et la population en général.

Par exemple, en 2007, le salaire horaire moyen des infirmières à temps partiel représentait 190,1 % du salaire horaire moyen de l'ensemble de la population (217,4 % en Ontario et 214 % dans le ROC). C'est plus de 50 points de pourcentage de plus que pour la population des infirmières québécoises en général, chez qui ce pourcentage était de 137,5 % en 2007. Cet écart de richesse accru par rapport à l'ensemble de la population travaillant à temps partiel pourrait expliquer en partie l'effort de travail plus grand des infirmières à temps partiel. Le tableau 4 présente une synthèse des constats de cette section :

Tableau 4 : Synthèse des constats sur le contexte de pratique des effectifs infirmiers à temps partiel, Québec, Ontario et ROC, 2007

	Québec	Ontario	ROC
Heures effectives	22,95	21,82	20,73
Heures effectives (% des heures contractées)	93,6 %	97,0 %	91,9 %
Nombre d'heures supplémentaires	1,21	0,91	1,05
Nombre de semaines complètes d'absence	9,94	13,28	11,63
Salaire horaire réel (2002=100)	29,69	33,75	34,20
Pourcentage du salaire horaire moyen	190,1 %	217,4 %	214,0 %

Source : Statistique Canada, Enquête sur la population active, 2007 et calculs des auteurs

Conséquence : L'écart de richesse plus important en faveur des infirmières à temps partiel comparativement à l'ensemble des infirmières québécoises pourrait expliquer en partie l'écart moins grand dans l'intensité du travail par rapport à leurs collègues du reste du Canada.

SECTION 2 : LA PÉNURIE D'EFFECTIFS INFIRMIERS

Au sens économique, une pénurie existe lorsqu'il y a une divergence entre la quantité demandée d'un bien ou d'un intrant et la quantité offerte de celui-ci. Plusieurs intrants peuvent être utilisés dans la production d'un service. Par exemple, dans le cadre de l'offre de soins de santé, il y a pénurie d'infirmières si la quantité de travail offerte par les infirmières ne suffit pas à répondre à la demande pour les soins de santé. S'il n'y a pas d'autre mécanisme de contingentement ou de bonification des conditions offertes aux infirmières, il y a alors création de listes d'attente qui permettent de temporiser la divergence entre la demande pour le travail des infirmières et leur offre de travail effective.

Pour refléter la définition économique d'une pénurie de soins de santé, les données rendues publiques par le Ministère de la Santé et des Services sociaux sur le manque à gagner d'effectifs infirmiers devraient viser à calculer le nombre d'infirmières nécessaires pour éliminer les listes d'attente qui dépassent les délais médicaux raisonnables.

On peut ainsi concevoir l'offre de soins de santé comme étant établie en fonction de différents facteurs de production, au nombre desquels on retrouve la quantité d'heures travaillées par les infirmières, les médecins et les autres travailleurs du réseau de soins de santé, les équipements de diverses natures, les fournitures et les immeubles. Ainsi, le défaut d'un des facteurs de production peut mener à une divergence entre la quantité offerte (trop faible) et la quantité demandée de soins de santé. En adoptant des pratiques de gestion propres à réduire le gaspillage de ressources et en accroissant la quantité utilisée de chacun des facteurs de production, on peut éliminer la pénurie de soins de santé. De fait, c'est contre cette pénurie qu'il faut lutter pour offrir des services adéquats à la population¹⁸.

Il n'est pas dit que seule la main-d'œuvre infirmière fasse défaut pour résoudre la pénurie de soins de santé, mais pour avoir un portrait complet des besoins d'effectifs infirmiers, il faudrait tenir en compte l'existence de listes d'attente. La résorption de la pénurie devrait donc viser à faire coïncider la quantité de travail offerte par les infirmières à la quantité de travail infirmier nécessaire pour répondre à la demande de soins de santé des patients. Malheureusement, la méthode de calcul de la pénurie adoptée par le MSSS ne reflète pas l'état réel de la pénurie d'effectifs infirmiers.

Cette pratique, pourtant nécessaire pour obtenir un portrait complet de la situation, n'a pas cours actuellement. Selon le MSSS : « compte tenu de la disponibilité et de la fiabilité de cette donnée, on se base souvent sur le temps supplémentaire pour établir le niveau de pénurie initiale.¹⁹ » Or, cette hypothèse est incomplète. S'il est vrai qu'un nombre d'heures supplémentaires élevé met en lumière une possible pénurie, cela ne veut pas dire que cette pénurie se limite aux heures supplémentaires effectuées. Lorsque des listes d'attente subsistent

¹⁸ Pour plus de détails, voir : Feldstein, P.J., Health care economics, chapitre 3.

¹⁹ Jean, S. Présentation du modèle de projection pour la planification de la main-d'œuvre dans le réseau de la santé et des services sociaux, p. 9.

malgré le temps supplémentaire effectué, comme c'est le cas dans le réseau de soins de santé québécois, force est de constater que la pénurie dépasse le nombre d'heures supplémentaires. De fait, ces dernières constituent donc plus un symptôme que le problème entier.

Fait surprenant, le ministère évalue pourtant l'impact de l'évolution des besoins en soins de santé sur la pénurie future des effectifs infirmiers. On remarque, par exemple, que le vieillissement de la population accroîtra dans le futur les besoins d'effectifs infirmiers de sorte à répondre aux besoins de soins de santé²⁰. Il appert donc que ce soit la pénurie initiale qui soit mal évaluée. C'est pourquoi cette section de l'étude ne portera que sur la pénurie initiale des effectifs infirmiers au 31 mars 2007.

La méthode de calcul du MSSS

Afin de bien comprendre la signification des données publiées sur la pénurie infirmière, il importe de revoir en détail la méthode utilisée par le MSSS pour calculer cette pénurie. Cette méthode peut être résumée en six étapes :

- 1- *Détermination du nombre d'heures régulières totales effectuées dans un établissement pour l'année sous étude.*

Le Ministère de la Santé et des Services sociaux détermine d'abord le nombre total d'heures régulières effectuées par l'ensemble des infirmières dans chaque établissement de santé du Québec au cours d'une année donnée. L'année considérée dans cette étude s'étend du 1^{er} avril 2006 au 31 mars 2007. Cela permet donc au MSSS de publier des données sur l'état de la pénurie initiale au 31 mars. Les spécialistes du ministère prévoient ensuite les besoins futurs en effectifs en tenant notamment en compte les départs à la retraite, l'abandon de la profession, l'accroissement de la demande pour les soins de santé et les décès au sein des effectifs. Ces facteurs sont tenus en compte différemment dans plusieurs scénarios actuariels qui nécessitent l'accès aux données des régimes de retraite publics. Comme ces données n'étaient pas publiquement disponibles, cette étude se concentrera essentiellement sur la pénurie initiale au 31 mars 2007, telle que calculée par le MSSS.

- 2- *Détermination du nombre d'heures supplémentaires totales effectuées dans un établissement pour l'année sous étude.*

Le Ministère de la Santé et des Services sociaux détermine d'abord le nombre total d'heures supplémentaires effectuées par l'ensemble des infirmières dans chaque établissement de santé du Québec au cours d'une année donnée. Selon les méthodes de gestion du MSSS, on considère les heures supplémentaires comme étant : « *tout*

²⁰ Id. p. 10.

travail fait en plus de la journée régulière ou de la semaine régulière, approuvé ou fait à la connaissance du supérieur immédiat et sans objection de sa part [...] À l'occasion d'un changement de quart de travail, il doit toujours s'écouler un minimum de seize (16) heures entre la fin et la reprise du travail, à défaut de quoi, la salariée est rémunérée à taux et demi pour les heures effectuées à l'intérieur du seize (16) heures.²¹ »

Cela signifie que les heures supplémentaires ne sont pas comptabilisées à la semaine, en fonction des heures contractées, mais à chaque quart en fonction des heures de repos prévues. Par exemple, une infirmière dont le quart de travail dure normalement 8 heures mais qui effectue 13 heures d'affilées sera considérée comme ayant travaillé 5 heures supplémentaires, même si elle n'effectue pas en totalité les 30, 32 ou 35 heures hebdomadaires contractées. Pour fin de clarté, considérons le cas extrême où cette infirmière ne travaillerait que cette seule journée au cours de la semaine. Elle serait alors payée 8 heures à taux régulier et 5 heures à taux et demi, même si elle n'a travaillé que 13 heures au total.

3- *Expression des heures supplémentaires en pourcentage des heures totales*

Les heures supplémentaires sont ensuite exprimées en pourcentage des heures totales (régulières plus supplémentaires). Cela permettra de comparer le pourcentage d'heures supplémentaires effectuées à une norme adoptée par le ministère.

4- *Calcul des heures supplémentaires « normales »*

Le MSSS considère comme étant normal que 1,71 % des heures totales soient effectuées en heures supplémentaires. Ce nombre représente la moyenne des heures supplémentaires en pourcentage des heures totales travaillées annuellement entre 1985-1986 et 1995-1996. Le ministère considère qu'est survenue après 1995 une « période de transformation du réseau (sic) ». Il considère donc que les heures supplémentaires effectuées avant cette date, exprimée en pourcentage des heures totales, constitue une norme de comparaison pour établir les heures supplémentaires « excédentaires ». À partir de la norme du 1,71 %, le MSSS établit donc la quantité d'heures supplémentaires « normales ».

5- *Calcul des heures supplémentaires excédentaires*

En soustrayant le nombre d'heures supplémentaires « normales » (nombre déterminé à l'étape 4) du nombre d'heures supplémentaires réellement effectuées (nombre déterminé à l'étape 2), le MSSS identifie le nombre d'heures supplémentaires « excédentaires » effectuées par les infirmières pour une année donnée. Ces heures supplémentaires excédentaires serviront à calculer l'ampleur de la pénurie d'effectifs.

6- *Calcul de la pénurie en « équivalent infirmière moyenne »*

²¹ Échange de courriel avec le MSSS.

Le nombre d'heures supplémentaires excédentaires (nombre calculé à l'étape 5) est ensuite divisé par le nombre d'heures régulières moyennes annuelles effectuées par les infirmières pendant l'année donnée. En 2006-2007, ce nombre était de 1199,7 heures régulières par année. Cela correspond à 22,9 heures par semaine en équivalent temps complet ou à 32,4 heures hebdomadaires si on tient compte seulement des 36,5 semaines moyennes de présence au travail des infirmières québécoises.

Problèmes liés à la méthode de calcul de la pénurie du MSSS

Constat 13 : La pénurie telle que calculée par le MSSS ne correspond pas à une pénurie au sens économique du terme.

Comme la méthode décrite plus haut l'exprime, le calcul de la pénurie tel qu'effectué par le MSSS ne correspond pas à la définition traditionnelle d'une pénurie puisqu'il ne tient pas compte de la demande pour les services de santé.

Ainsi, le cadre conceptuel du calcul tel qu'expliqué plus haut vise plutôt à maintenir, voire à réduire, la tâche des infirmières plutôt que d'accroître les services de santé à la population. Comme seules les heures supplémentaires sont tenues en compte pour déterminer l'ampleur de la pénurie, les besoins exprimés par la méthode de calcul retenue par le ministère visent à éliminer les heures supplémentaires excédentaires. Or, si on ne se contente que d'éliminer les heures supplémentaires excédentaires, on ne fournit aucun service supplémentaire à la population.

Conséquence : Même si on embauchait immédiatement le nombre d'infirmières déterminé par le calcul de la pénurie d'effectifs du MSSS, il n'y aurait pas nécessairement plus de services offerts aux patients.

Constat 14 : La méthode de calcul retenue ne reflète pas l'effort de travail réel des effectifs infirmiers.

Comme le MSSS exprime la pénurie d'infirmières en « équivalent infirmière moyenne » les données publiées sur la pénurie sont surestimées parce qu'elles ne représentent pas le travail réel effectué par les infirmières.

Une méthode qui permettrait de donner un portrait plus fidèle de la réalité du contexte de pratique des effectifs infirmiers serait, dans un premier temps, d'exprimer la pénurie en « équivalent infirmière moyenne ». Cela permettrait de refléter l'effort de travail réel des

infirmières québécoises, incluant les heures supplémentaires et les absences, ce que ne fait pas la méthode actuelle. Cette façon de faire, bien qu'imparfaite parce qu'elle ne tiendrait toujours pas compte des besoins pour répondre à la demande de soins de santé, serait méthodologiquement meilleure puisqu'elle exprimerait la pénurie en fonction des heures effectivement travaillées et non seulement en fonction des heures régulières travaillées. Cela aurait pour effet de réduire la pénurie entre 16 % et 18 %, selon les régions.

Ce choix serait d'autant plus avisé que les heures effectives travaillées par les infirmières québécoises sont inférieures à celles effectuées par leurs collègues du reste du Canada. Ainsi, une augmentation de l'intensité du travail des infirmières québécoises diminuerait d'autant plus la pénurie.

Conséquence : Les choix méthodologiques du MSSS mènent à une surestimation de 16 % à 18 % de la pénurie, selon les régions.

Les scénarios d'augmentation de l'intensité du travail infirmier

Cette section vise à illustrer l'impact d'une augmentation graduelle de l'intensité du travail des infirmières sur l'ampleur de la pénurie telle que calculée par le MSSS. Il est primordial de rappeler que cette méthodologie demeure biaisée puisqu'elle ne vise pas l'accroissement des services à la population. Il demeure donc difficile de commenter le caractère réaliste de chacun des scénarios, puisqu'il est impossible d'évaluer leur impact sur les listes d'attente.

Le **scénario 1** prévoit que le Québec rattrape les heures effectives de l'Ontario exprimé en pourcentage des heures contractées. Cela ferait passer ce pourcentage de 83,8 % à 88,9 %. Ce scénario pourrait être qualifié de minimal, dans le sens qu'il ne répond qu'à une partie de la problématique. En effet, en augmentant les heures effectives exprimées en pourcentage des heures contractées, on fait converger ces deux valeurs. Il est possible d'atteindre cet effet en diminuant l'absentéisme des infirmières, quelle que soit la cause de celui-ci. On ne répond toutefois pas à la problématique des heures contractées plus faibles au Québec, notamment à cause de la proportion plus importante de travailleurs infirmiers à temps partiel qu'en Ontario.

Le **scénario 2** prévoit que les effectifs infirmiers du Québec travaillent le même nombre d'heures effectives que ceux de l'Ontario. Plutôt que de travailler 28 heures par semaine, à raison de 52,18 semaines par année, les infirmières québécoises augmenteraient ce nombre à 31,3 heures par semaine sur une base ETC. Dans ce scénario, les infirmières québécoises travailleraient avec la même intensité que les infirmières ontariennes en 2007. Ce scénario peut être qualifié de mitoyen, puisqu'il permet d'atteindre la même performance qu'en Ontario, sans fixer pour objectif de performer mieux que la province voisine.

Le **scénario 3** viserait à réaliser au Québec la performance de l'Ontario en 2007, tant en termes d'heures effectives travaillées que de semaines de présence au travail. Ce scénario est sans contredit ambitieux, puisqu'il implique de dépasser la performance ontarienne de 2007. Effectivement, comme les heures effectives tiennent en compte l'absence des effectifs, atteindre le double objectif de réduire les semaines d'absences et d'augmenter les heures effectives travaillées équivaut à dépasser la performance globale de la juridiction de référence. Selon ce scénario, les infirmières québécoises travailleraient 31,3 heures par semaine, sur une base de 52,18 semaines annuellement, mais travailleraient également 39,3 semaines par année plutôt que les 36,5 semaines actuelles.

Impact des scénarios sur la pénurie calculée par le MSSS

Constat 15 : L'augmentation de l'intensité du travail des infirmières pourrait diminuer de 25 % la pénurie telle qu'exprimée actuellement par le MSSS, selon le scénario réaliste et en incluant la correction méthodologique.

Le **scénario 1** implique un nombre d'heures annuelles travaillées par infirmière de 1550,3 en moyenne, comparativement à 1462 heures annuelles de travail effectif actuellement et à 1199,7 heures régulières. En termes de nombre d'infirmières, l'atteinte de l'objectif du scénario 1 permettrait de faire passer la pénurie de 1807 (chiffres du MSSS) à 1422, soit une diminution de 21,3 % en incluant l'impact de la correction méthodologique décrite à la section suivante. Rappelons que cette correction méthodologique implique une diminution moyenne de 16,5 % de la pénurie à l'échelle provinciale. Par rapport à la pénurie corrigée, le scénario 1 impliquerait une diminution des besoins de recrutement de 5,7 % grâce à l'augmentation de l'intensité du travail des effectifs existants. Il est bon de noter de nouveau que cette augmentation serait atteignable sans augmenter la proportion d'infirmières travaillant à temps plein.

Le **scénario 2** ferait passer le nombre d'heures effectives annuelles à 1634,8 en moyenne. L'atteinte de l'objectif du scénario 2 permettrait de réduire la pénurie telle qu'exprimée actuellement de 458 individus, soit de 25,4 % en incluant la correction méthodologique. Par rapport à la pénurie corrigée, l'augmentation de l'intensité du travail telle que décrite par le scénario 2 permettrait de réduire les besoins de recrutement de 10,6 % à l'échelle provinciale. L'atteinte des objectifs du scénario 2 demanderait certainement d'augmenter la proportion d'infirmières travaillant à temps plein à des niveaux comparables à ceux de l'Ontario.

Le **scénario 3** impliquerait une augmentation des heures effectives annuelles à 1726,3 par infirmière en moyenne. Cela signifierait une diminution des besoins de recrutement de 530 individus, soit 29,3 % toujours en incluant la correction méthodologique. Par rapport à la pénurie corrigée l'atteinte des objectifs du scénario 3 permettrait de réduire les besoins de recrutement de 15,3 %. Le tableau 5 présente une synthèse de la modélisation des différents

scénarios dans chaque région du Québec. Pour des résultats détaillés par région pour chacun des établissements de santé de la province, consulter l'annexe 2.

Tableau 5 : Impact des différentes modélisations sur la pénurie d'effectifs infirmiers au 31 mars 2007, par région administrative

Région	Recrutement nécessaire (nb d'infirmières en heures régulières)	Recrutement nécessaire (nb d'infirmières en heures effective)	Scénario 1 : (1550,3 heures)	Scénario 2 : 1634,8 heures)	Scénario 3 : (1726,3 heures)
Abitibi-Témiscamingue	42	35	33	31	30
Baie-James	12	35	33	31	30
Bas-Saint-Laurent	46	37	35	34	32
Chaudière-Appalaches	50	41	39	37	35
Capitale-Nationale	142	117	110	104	99
Côte-Nord	42	35	33	31	29
Conseil Cri de SSS de la Baie James	14	12	11	11	10
Estrie	50	41	38	36	34
Gaspésie-Les-Îles	40	33	31	29	28
Lanaudière	73	60	57	54	51
Laurentides	98	80	76	72	68
Laval	44	36	34	32	30
Mauricie	108	89	83	79	75
Montérégie	210	173	163	154	146
Montréal	671	551	519	492	466
Nord-du-Québec	35	29	27	26	25
Outaouais	84	69	65	62	58
Saguenay-Lac-Saint-Jean	46	38	35	34	32
TOTAL	1807	1509	1422	1349	1277
VARIATION (% de la pénurie du MSSS)		-16,5 %	-21,3 %	-25,4 %	-29,3 %
<i>Réduction des besoins de recrutement grâce à l'augmentation de l'effort de travail</i>			-5,7 %	-10,6 %	-15,3 %

Source : Ministère de la Santé et des Services sociaux, Calcul de la pénurie d'infirmières par établissement au 31 mars 2007 et calcul des auteurs.

Conséquence : L'adoption de solutions visant l'accroissement de l'intensité du travail des infirmières québécoises permettrait de diminuer l'ampleur de la pénurie d'effectifs infirmiers conjointement avec l'augmentation du recrutement.

SECTION 3 : LES SOLUTIONS PROPOSÉES POUR CONTRIBUER À RÉSORBER LA PÉNURIE

Plusieurs solutions ont été proposées au fil des années pour tenter de faire face à la pénurie dont, au premier chef, l'augmentation du nombre d'infirmières dans le réseau de santé publique du Québec. Si les effectifs infirmiers actuels travaillaient à pleine capacité et que le Québec avait mis à contribution l'ensemble de ses forces vives infirmières pour contrer la pénurie, il est vrai que cette solution serait la seule qui s'offrirait aux pouvoirs publics. Or, selon tous les standards nationaux et internationaux ce n'est pas le cas. En regard des constats développés dans cette étude, force est de constater qu'il serait possible de répondre en partie à la pénurie en incitant les effectifs infirmiers actuels à augmenter leur intensité de travail. De fait, cela ne répondrait pas entièrement au manque de ressources humaines, mais permettrait de répondre en partie aux besoins en effectifs sans avoir à attendre le délai de formation de nouvelles infirmières. Il semble que les solutions visant à augmenter l'intensité du travail infirmier pour le faire correspondent à celles connues dans les autres juridictions et s'articulent autour de deux thèmes : réduire les asymétries d'information sur les besoins en ressources humaines et accroître l'offre de travail.

Bien qu'il soit de notoriété publique que le système de santé ait besoin de plus de ressources humaines en termes de temps travaillé, les besoins spécifiques à un moment donné peuvent parfois être difficiles à identifier pour les travailleurs potentiels. Effectivement, il est possible que l'administration d'un centre hospitalier sache qu'elle fait face à un besoin de main d'œuvre supplémentaire, sans pour autant en informer ses travailleurs disponibles ou sans faire circuler cette information auprès des travailleurs disponibles de sa région immédiate. Face à une telle situation, la firme *PricewaterhouseCoopers* a identifié des pratiques susceptibles de réduire l'asymétrie d'information. Une d'elles consiste, pour l'administration, à mettre aux enchères les quarts non comblés auprès de la main d'œuvre de son centre hospitalier ou de sa région. Les infirmières intéressées à combler le quart en question placent une mise pour l'obtenir. L'infirmière qui remporte l'enchère est celle qui a posé la mise la plus basse, tout en étant supérieure au salaire régulier pour le quart concerné. Ainsi, l'infirmière est compensée puisqu'elle obtient un salaire supérieur au salaire régulier et le centre hospitalier s'assure d'obtenir une main d'œuvre suffisante tout en déboursant un montant compétitif²².

Une autre solution à considérer pourrait être le recours plus fréquent à des registres internes d'employés « sur appel » afin de réduire les coûts afférents des agences de placement de personnel infirmier. Ainsi, les hôpitaux peuvent utiliser les économies de frais d'administration réalisées pour bonifier le salaire des employés « sur appel » et les inciter à offrir plus de temps dans leur établissement²³.

Finalement, les hôpitaux pourraient développer une certification semblable au « Magnet recognition program process » développé par l'American Nurses Credentialing Center (ANCC).

²² PwC Health Research Institute, *What Works : healing the healthcare staffing shortage*, p. 29.

²³ Ibid.

Ce programme vise à évaluer l'hôpital sous différents aspects - notamment la gouvernance, la qualité de la supervision offerte aux infirmières, l'évaluation de la performance et de la rétroaction, la qualité des relations de travail interdisciplinaire – pour ensuite décerner et publier une certification aux meilleurs établissements. Ce processus permet non seulement aux infirmières d'identifier les centres hospitaliers où le climat de travail est meilleur, mais pousse l'ensemble des centres de santé à l'amélioration en incitant les infirmières à sélectionner leur lieu de travail en fonction de l'adhésion à la certification²⁴.

Outre l'asymétrie d'information sur les besoins immédiats en main d'œuvre, on peut concevoir la pénurie d'effectifs infirmiers comme étant un problème de marché où l'offre de travail est inférieure à la demande pour ce travail. Une stratégie de lutte à la pénurie consisterait donc à tenter d'accroître l'offre de travail. Une première solution en ce sens serait d'accueillir à temps plein dans le réseau de santé les 15 % d'infirmières œuvrant à temps partiel parce qu'elles ne pouvaient trouver d'emploi à temps plein. Il est important d'insister sur le fait que cette contrainte sur la capacité des infirmières à travailler à temps plein devrait faire l'objet de questionnements intenses et trouver une explication.

Entre temps, et advenant la persistance de cette situation suite à une analyse coûts-bénéfices rigoureuse, une solution hybride où les infirmières travaillant à temps partiel mais souhaitant travailler à temps plein seraient encouragées à compléter leur tâche de travail auprès d'autres employeurs, notamment du secteur privé. Par exemple, une infirmière du secteur public ne pouvant obtenir d'emploi à temps plein dans son milieu de travail devrait être encouragée et devrait recevoir le support nécessaire pour compléter sa tâche auprès d'un employeur privé si elle le désire. Rappelons que, contrairement aux médecins, la double pratique des effectifs infirmiers n'est pas proscrite au Québec. Dans ce contexte, il faut aborder l'offre de soins de santé comme étant une offre globale et non une offre segmentée entre le secteur public et le secteur privé. En définitive, l'important est de permettre de traiter plus de patients tant au privé qu'au public.

Pour attirer les candidats potentiels dans la profession infirmière et pour conserver les employés actuels, l'OCDE recommande de mettre sur pied divers programmes de bonification des salaires en regard des besoins. Par exemple, on pourrait offrir une bonification salariale aux candidates qui graduent d'un programme en sciences infirmières afin d'augmenter l'intérêt des étudiants potentiels. L'organisme souligne que le salaire de départ dans différents secteurs dont le degré d'éducation est semblable est souvent un facteur important dans le choix d'éducation de l'étudiant²⁵. Dans la même veine, l'offre de cours de mise à niveau et de bonus, assortis d'une obligation de service minimal, pourrait stimuler le retour sur le marché du travail d'effectifs récemment partis à la retraite²⁶. Ces stratégies devraient viser à augmenter le salaire horaire moyen versé aux infirmières. Il semble que la stratégie actuelle du MSSS, visant à rémunérer de

²⁴ Ibid.

²⁵ Simoens, S., et al., *Tackling Nurse Shortages in OECD Countries*, para. 57.

²⁶ Ibid.

façon plus importante le temps supplémentaire, a pour objectif d'augmenter plutôt le salaire versé à l'heure marginale de travail, c'est-à-dire à la dernière heure offerte par les infirmières en sus de leur temps normal. En regard des constats présentés plus haut, cette stratégie semble ne pas porter les fruits escomptés en matière d'accroissement des services.

CONCLUSION

Le présent rapport visait à établir un portrait du contexte de pratique des effectifs infirmiers québécois. Il cherchait également à comparer ce contexte à celui d'autres juridictions et à évaluer l'ampleur de la pénurie d'effectifs en regard des constats établis quant au contexte de pratique.

Les principaux constats de cette étude établissent que les infirmières québécoises travaillent généralement moins d'heures par année que leurs collègues des autres provinces canadiennes. Ce nombre d'heures inférieur peut être attribuable à deux facteurs principaux. D'abord, une plus grande proportion d'infirmières québécoises travaillant à temps partiel. Ensuite, elles sont généralement plus nombreuses en proportion à s'absenter du travail et ces absences sont plus longues en moyenne que celles observées dans le reste du Canada.

Il faut cependant se garder de croire que les infirmières québécoises sont plus paresseuses que leurs collègues du reste du Canada ou qu'elles font des choix différents en matière de carrière. En regard des constats de cette étude, il semble plutôt que, comme tout travailleur, elles réagissent aux incitations institutionnelles et salariales qui leur sont offertes.

Les conditions salariales pourraient ainsi expliquer en partie cet effort moindre de la part des infirmières de la Belle Province. Si le salaire réel des infirmières québécoises est plus faible qu'ailleurs au pays, c'est l'écart de richesse des infirmières par rapport à l'ensemble de la population qui est le plus frappant. Alors que les infirmières du reste du Canada gagnent 148,9 % du salaire horaire moyen de l'ensemble de la population, au Québec ce pourcentage n'est que de 137,5 %.

Au chapitre de la pénurie d'effectifs infirmiers telle que calculée par le MSSS, on note que la méthode de calcul retenue par le ministère ne tient pas compte des besoins en termes de réduction des listes d'attente ou d'accroissement de l'offre de services aux patients, mais seulement du nombre d'heures supplémentaires effectuées par les infirmières. Cela laisse croire que même si on engageait le nombre d'infirmières nécessaires pour éliminer la pénurie initiale au 31 mars 2007, soit 1807 selon le MSSS, il n'en résulterait pas pour autant une diminution des listes d'attente.

Si on adopte pour principe que la pénurie constatée dans le réseau de santé québécois se situe au niveau des soins de santé, il est donc incorrect de qualifier le calcul effectué par le MSSS de « pénurie ». Évidemment, tant que la demande pour les soins de santé ne sera pas contingentée autrement que par les listes d'attente, le Québec risque de se trouver dans une situation de pénurie de soins de santé. Dans un premier temps, l'adoption de meilleures méthodes de calcul de la véritable pénurie infirmière permettrait toutefois d'avoir un portrait plus complet et transparent des besoins d'effectifs et favoriserait une meilleure gestion des ressources dans les établissements de soins de santé.

La pénurie anticipée dans le futur sera toutefois plus complexe à gérer en raison du vieillissement de la population québécoise qui risque de ralentir l'offre de travail tout en accroissant la demande de soins de santé.

Si on en croit les constats quant au contexte de pratique, il serait possible de résoudre en partie la pénurie actuelle d'effectifs infirmiers en adoptant des mesures visant à augmenter le temps de travail moyen à une échelle comparable aux autres juridictions, notamment l'Ontario. Il est donc faux de prétendre, comme on l'entend parfois, qu'il est impossible de résoudre la pénurie d'effectifs infirmiers puisque les constats quant aux heures effectives travaillées par les infirmières portent à croire qu'il reste un espace pour réduire la pénurie d'effectifs rapidement, sans compter uniquement sur le recrutement de nouvelles infirmières. Il est donc possible de faire mieux en offrant aux infirmières des conditions institutionnelles et salariales propres à les inciter à travailler plus.

Parmi les solutions à envisager, notons particulièrement celles visant à réduire l'asymétrie d'information entre les besoins ponctuels en termes de quart de travail et la volonté à travailler de certaines infirmières. Alors qu'une infirmière récemment graduée sur cinq est contrainte de travailler à temps partiel à défaut de trouver un emploi à temps plein, il y a lieu de croire que la mise aux enchères des quarts de travail disponibles pourrait répondre en partie aux besoins ponctuels. D'autres mesures permettraient également d'accroître l'offre de travail des infirmières, notamment la bonification des conditions salariales pour différentes catégories d'infirmières, la valorisation de la rétention des effectifs existants à l'aide de programmes comme le « Magnet recognition program process » et l'encouragement de la pratique mixte public-privé pour les infirmières travaillant à temps partiel.

Nous jouissons d'une étroite fenêtre d'opportunité pour faire face à la pénurie actuelle et ainsi réduire ses impacts à long terme. Ne serait-il pas opportun de la saisir en revoyant nos pratiques actuelles et en espérant profiter de gains de productivité qui seront essentiels pour affronter la situation de demain?

Bibliographie

Aiken, L. H., & Cheung, R. (2008). *Nurse Workforce Challenges in the United States: Implications for Policy*. Paris: OECD.

Association des infirmières et infirmiers du Canada. (2008). *Formation d'infirmières et d'infirmiers au Canada: statistiques regroupées pour les programmes de certificats, de diplôme et de baccalauréat menant à l'entrée dans la profession (2006-2007)*. Ottawa: Association des infirmières et infirmiers du Canada.

Australian Institute for Health and Welfare. (2005). *Nursing and Midwifery Labour Force 2005*. Canberra: National Health and Welfare Statistics and Information Agency.

Castonguay, J., Montmarquette, C., & Scott, I. (2008). *Analyse comparée des mécanismes de gouvernance des systèmes de santé de l'OCDE*. Montréal: CIRANO.

Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques. (1999). *Les infirmiers en activité: croissance des effectifs à un rythme moins élevé dans les vingt prochaines années*. Paris: Ministère de l'Emploi et de la solidarité.

Feldstein, P. J. (1979). *Health Care Economics*. New York: John Wiley & Sons.

Grenier, N. (2007). *Projection de la main-d'oeuvre infirmière de 2006-2007 à 2021-2022*. Québec: Ministère de la Santé et des services sociaux.

Health Resources and Services Administration. (2004). *The Registered Nurse Population - Findings from the March 2004 National Sample of Registered Nurses*. Washington: U.S. Department of Health and Human Services.

Institut de la Statistique du Québec. (2008). *Rémunération des salariés - État et évolution comparés 2008*. Québec: Gouvernement du Québec.

Jean, S. (2005). *Présentation du modèle de projection pour la planification de la main-d'oeuvre dans le réseau de la santé et des services sociaux*. Québec: Ministère de la Santé et des services sociaux.

Ministère de la Santé et des services sociaux. (2008). *Calcul de la pénurie d'infirmières par établissement au 31 mars 2007*. Québec: Gouvernement du Québec.

Ordre des infirmières et des infirmiers du Québec. (2008). *Portrait sommaire de l'effectif infirmier du Québec 2007-2008*. Montréal: Direction des affaires externes et des statistiques sur l'effectif.

PwC Health Research Institute. (2007). *What works - Healing the healthcare staffing shortage*. PricewaterhouseCoopers.

Shields, M., & Wilkins, K. (2006). *Findings from the 2005 National Survey of the Work and Health of Nurses*. Ottawa: Statistique Canada.

Shields, M., & Wilkins, K. (2006). *National Survey of the Work and Health of Nurses 2005: Provincial Profiles*. Ottawa: Statistique Canada.

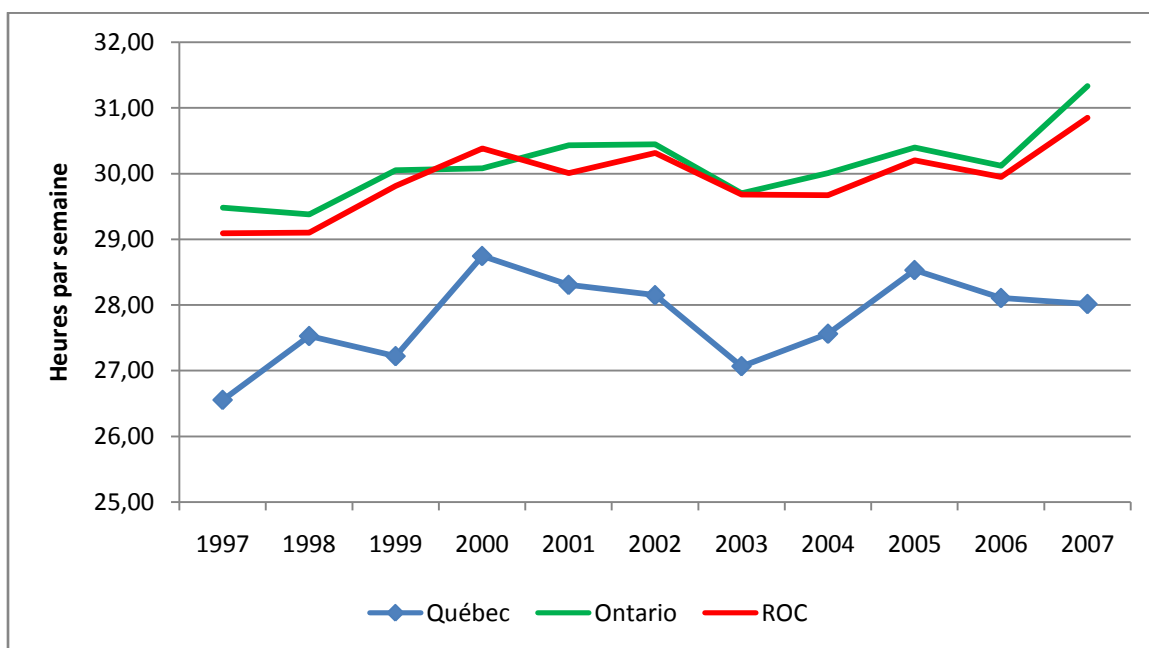
Simoens, S., Villeneuve, M., & Hurst, J. (2005). *Tackling Nurses Shortage in OECD Countries*. Paris: OECD.

Statistique Canada. (2007). *Guide to the Labour Force Survey*. Ottawa: Statistique Canada.

Wise, S. (2005). *Professionalism and Long Working Hours in NHS Nursing*. Edinburgh: Napier University.

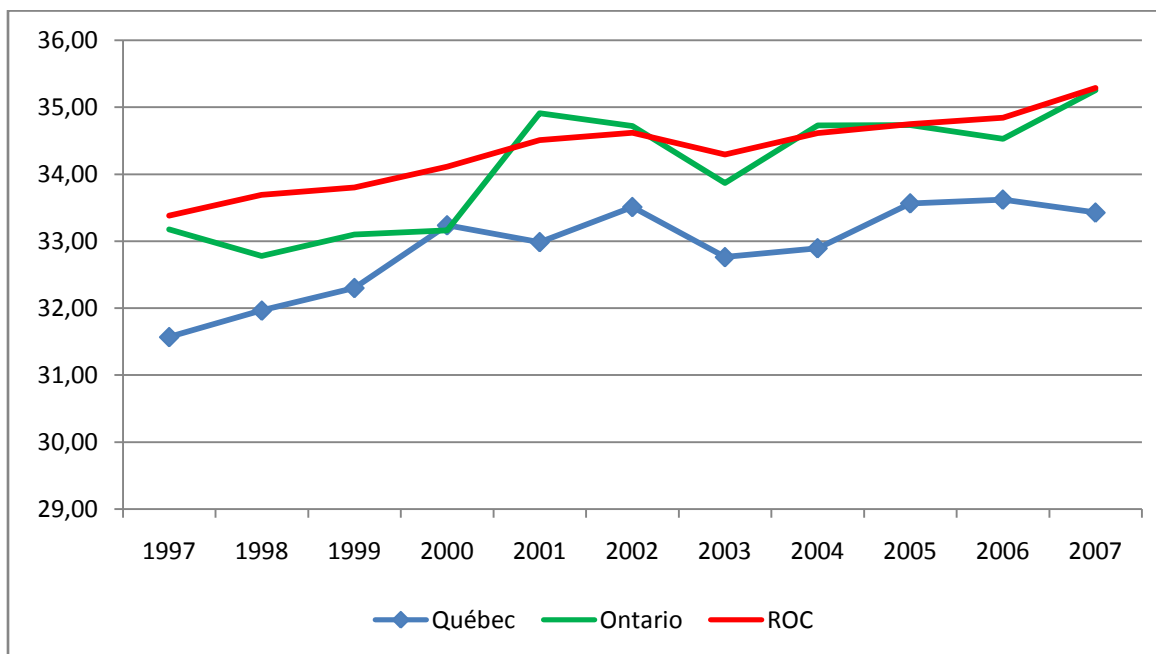
Annexe 1 : Graphiques

Graphique 3 : Nombre moyen d'heures effectives travaillées, Québec, Ontario et ROC, 1997-2007



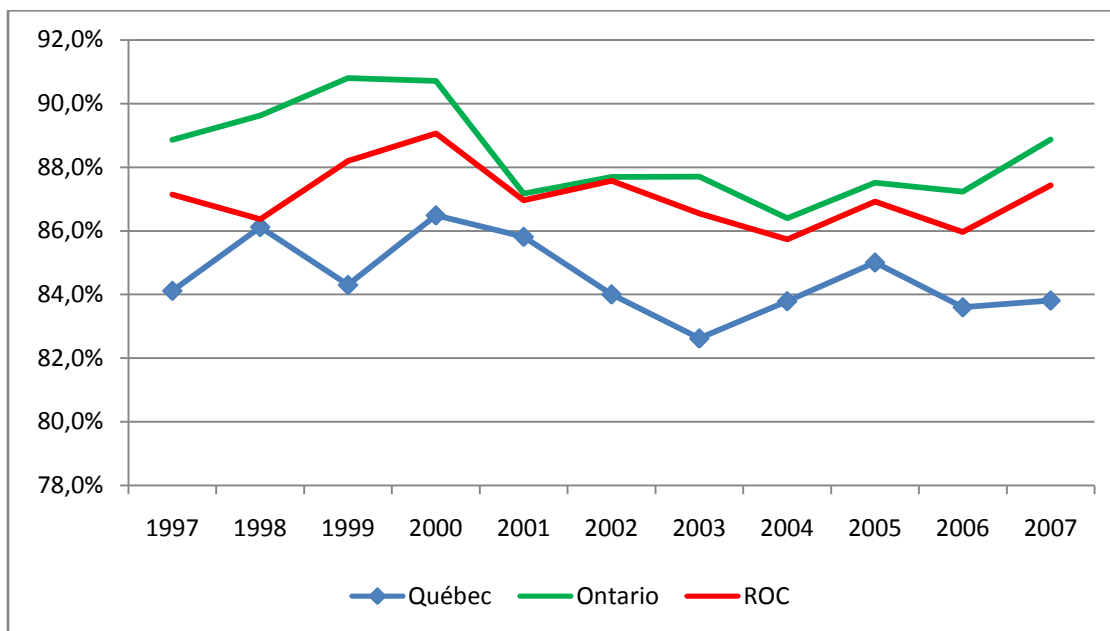
Source : Statistique Canada, Enquête sur la population active, 1997-2007 et calculs des auteurs.

Graphique 4 : Nombre moyen d'heures contractées, Québec, Ontario et ROC, 1997-2007



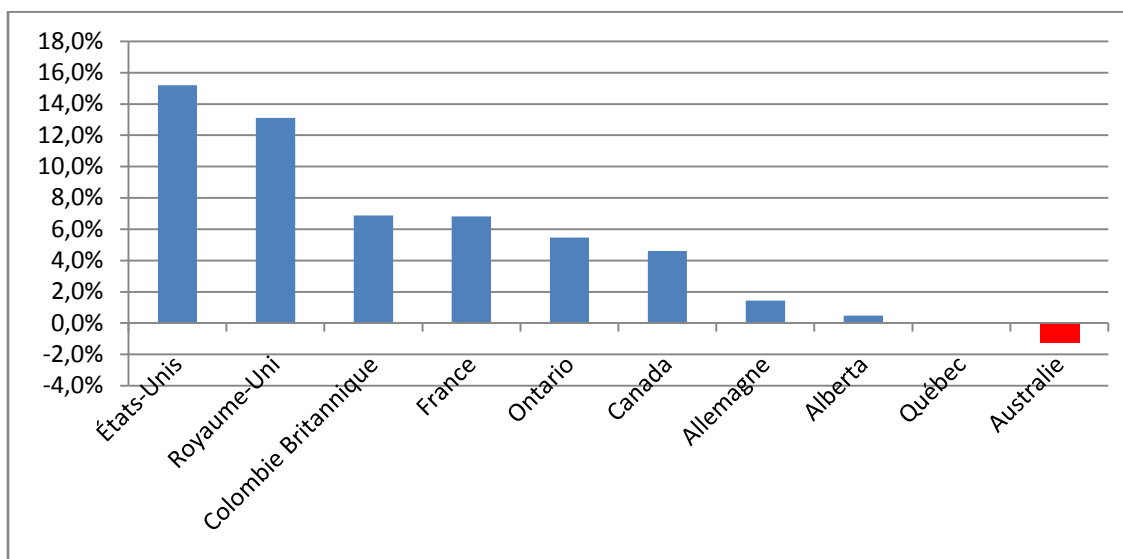
Source : Statistique Canada, Enquête sur la population active, 1997-2007 et calculs des auteurs

Graphique 5 : Heures travaillées en pourcentage des heures contractées, Québec, Ontario et ROC, 1997-2007



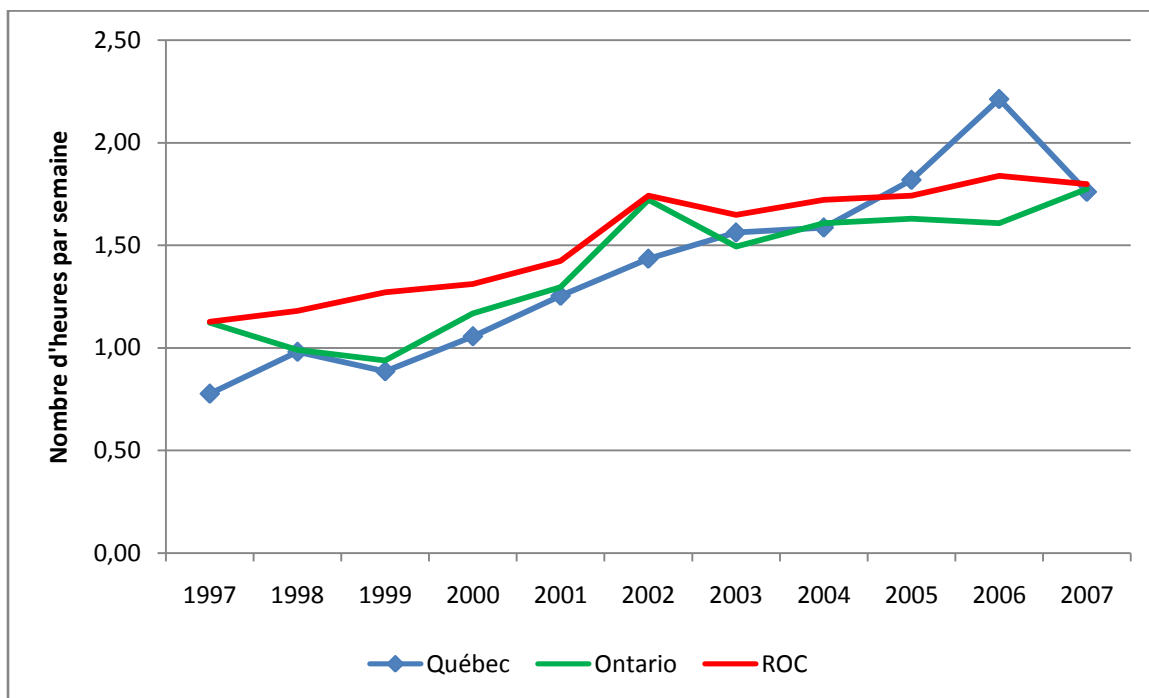
Source : Statistique Canada, Enquête sur la population active, 1997-2007 et calculs des auteurs.

Graphique 6 : Comparaison internationale des heures contractées par les infirmières, différence en pourcentage par rapport au Québec



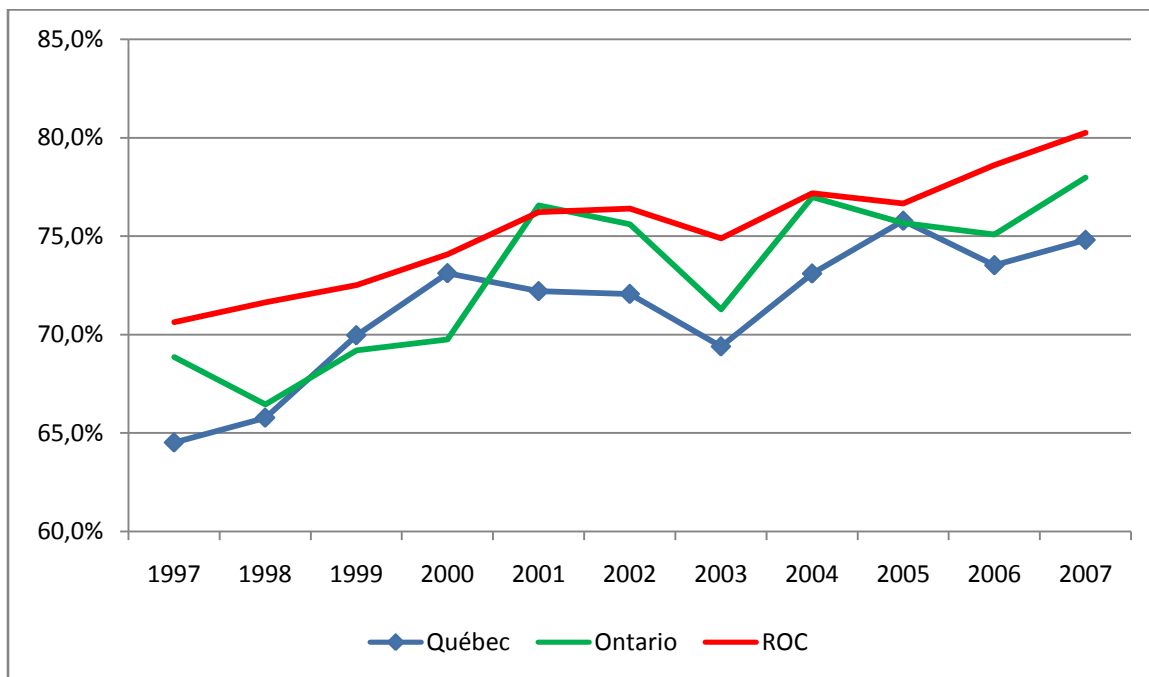
Sources : Government of Australia, *Nursing and Midwifery Labour Force 2005*, p. 13; U.S. Department of Health and Human Services, *The Registered Nurse Population 2004*, p. A-20; OCDE, *Tackling Nurse Shortage in OECD Countries*, figure 7 (données de 2000); Wise, S. *Professionalism and Long Working Hours in NHS Nursing*, p. 4.

Graphique 7: Nombre moyen d'heures supplémentaires, Québec, Ontario et ROC, 1997-2007



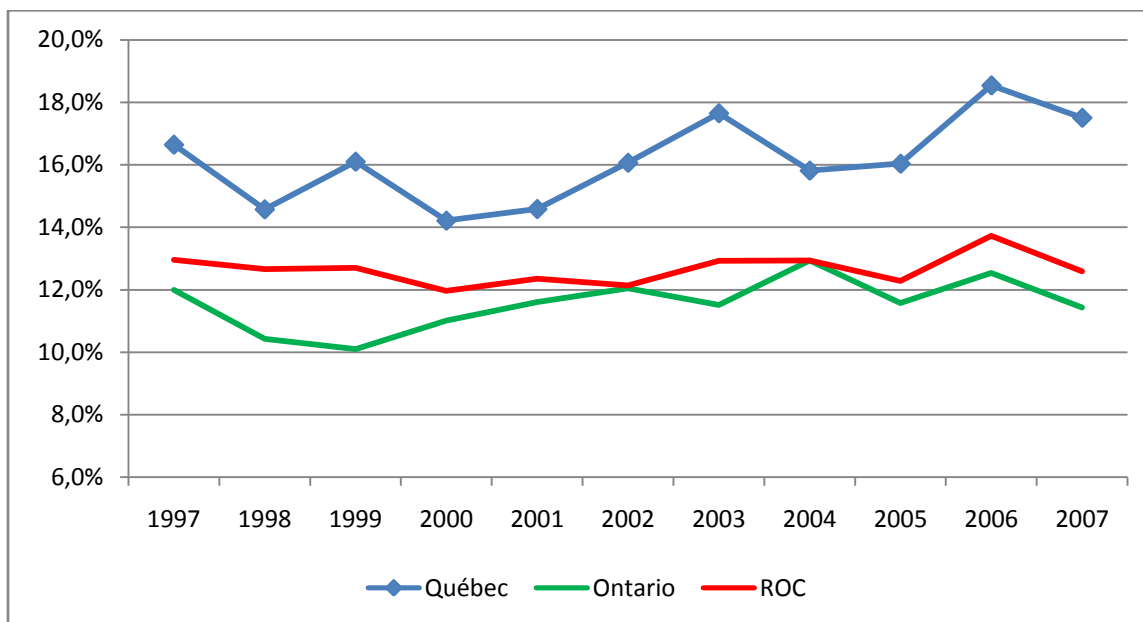
Source : Statistique Canada, Enquête sur la population active, 1997-2007 et calculs des auteurs.

Graphique 8 : Proportion d'infirmières à temps plein, Québec, Ontario et ROC, 1997-2007



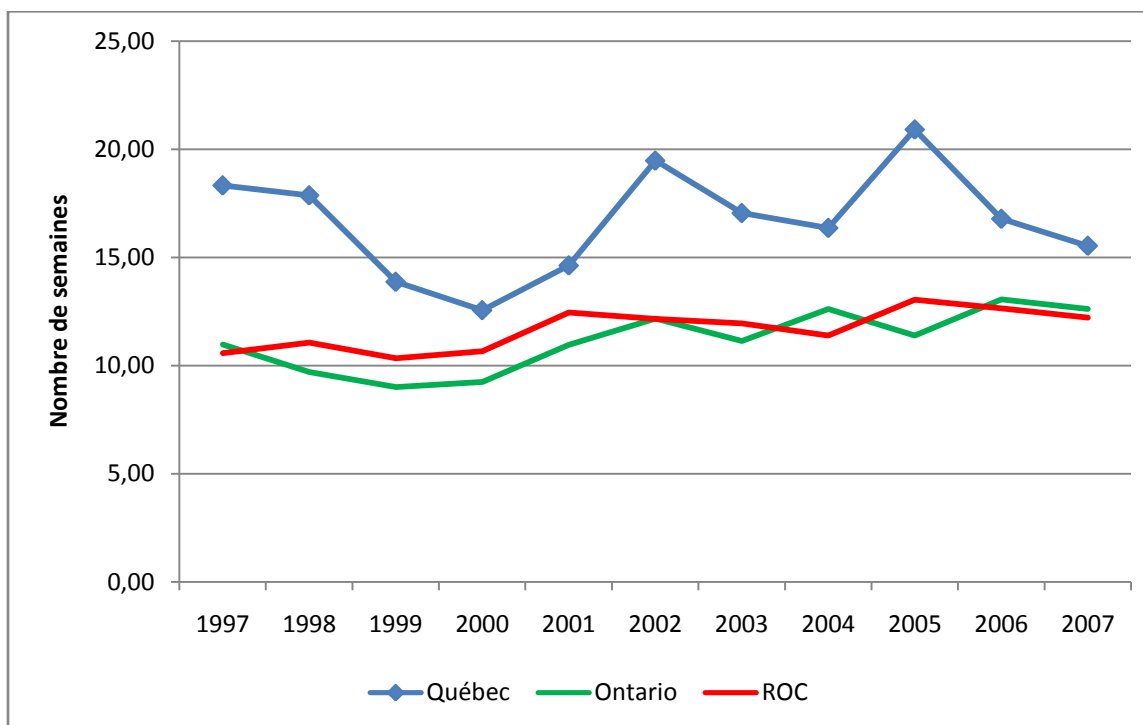
Source : Statistique Canada, Enquête sur la population active, 1997-2007 et calculs des auteurs.

Graphique 9 : Proportion d'infirmières employées mais absentes, Québec, Ontario et ROC, 1997-2007



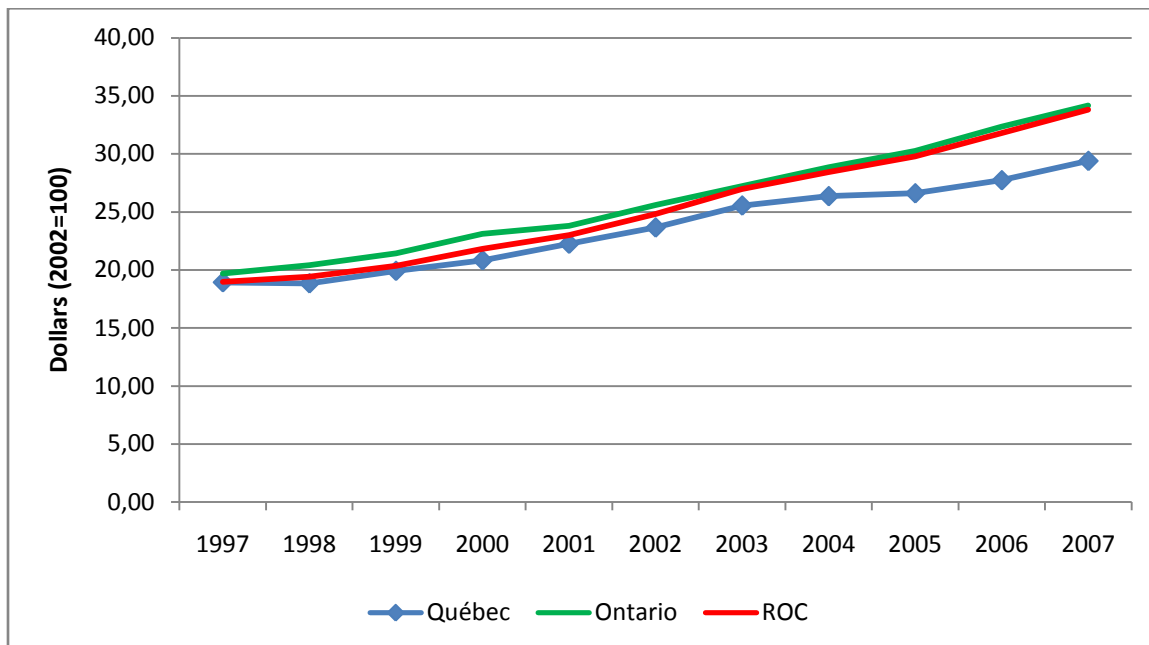
Source : Statistique Canada, Enquête sur la population active, 1997-2007 et calculs des auteurs.

Graphique 10 : Nombre moyen de semaines d'absence prolongées, Québec, Ontario et ROC, 1997-2007



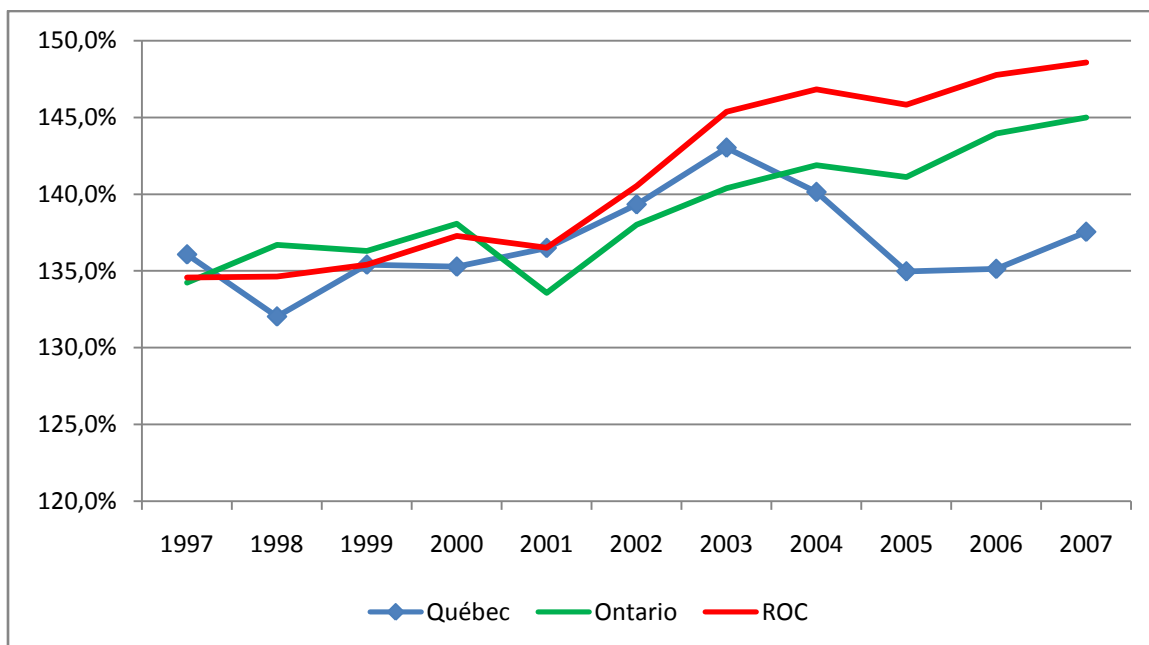
Source : Statistique Canada, Enquête sur la population active, 1997-2007 et calculs des auteurs.

Graphique 11 : Salaire horaire moyen des infirmières en dollars réels (2002=100), Québec, Ontario et ROC, 1997-2007



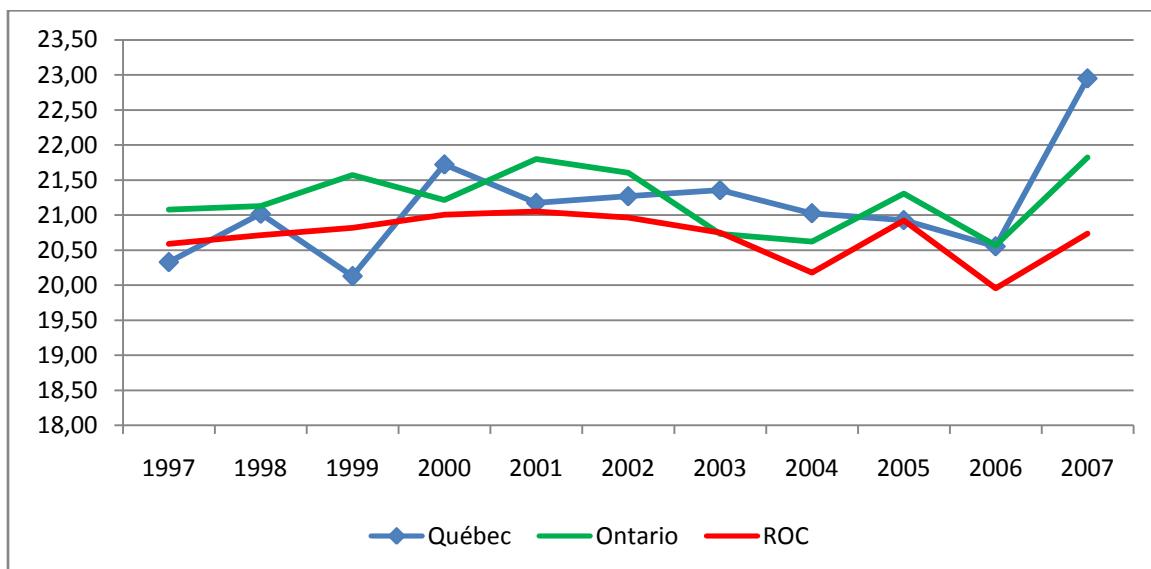
Source : Statistique Canada, Enquête sur la population active, 1997-2007 et calculs des auteurs.

Graphique 12 : Salaire horaire des infirmières en pourcentage du salaire horaire moyen, Québec, Ontario et ROC, 1997-2007



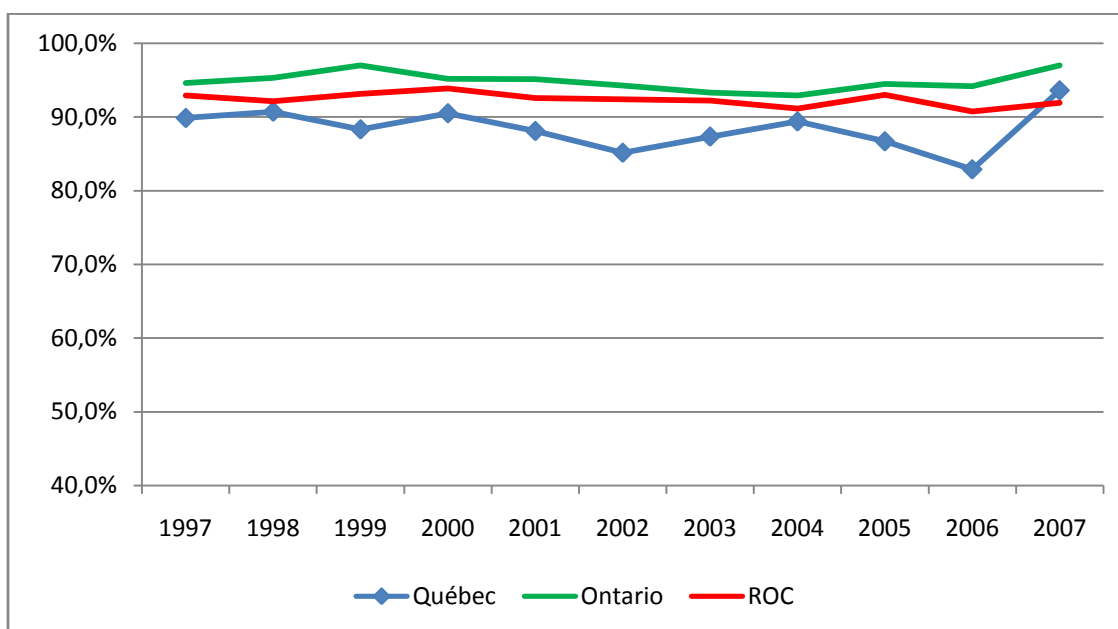
Source : Statistique Canada, Enquête sur la population active, 1997-2007 et calculs des auteurs.

Graphique 13 : Nombre moyen d'heures effectives travaillées, Québec, Infirmières à temps partiel, Ontario et ROC, 1997-2007



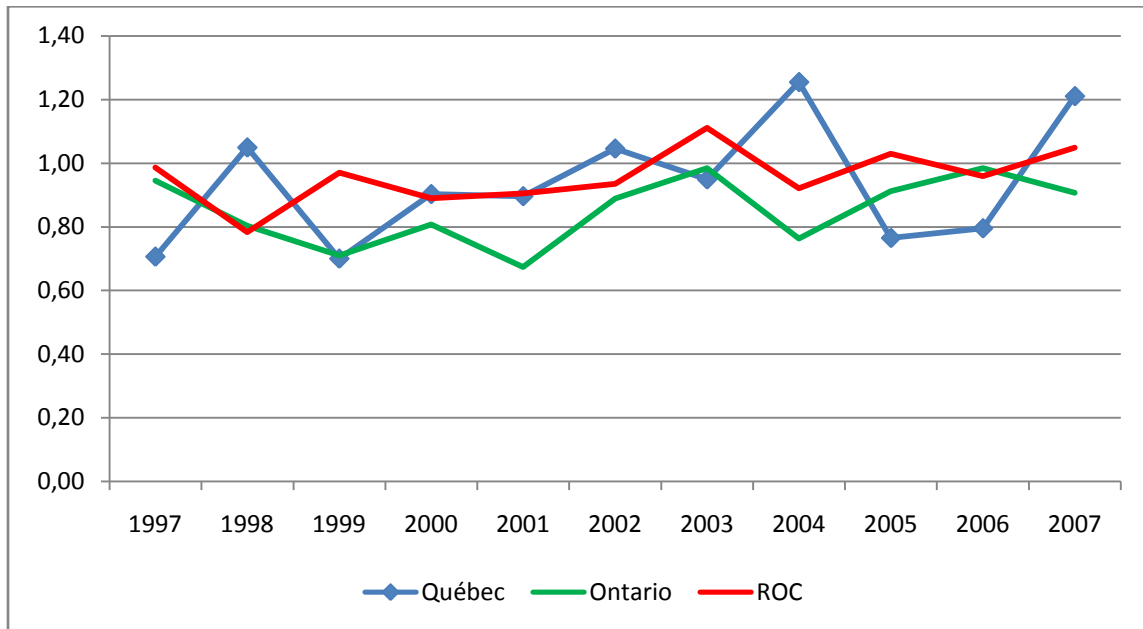
Source : Statistique Canada, Enquête sur la population active, 1997-2007 et calculs des auteurs.

Graphique 14 : Heures travaillées en pourcentage des heures contractées, Infirmières à temps partiel, Québec, Ontario et ROC, 1997-2007



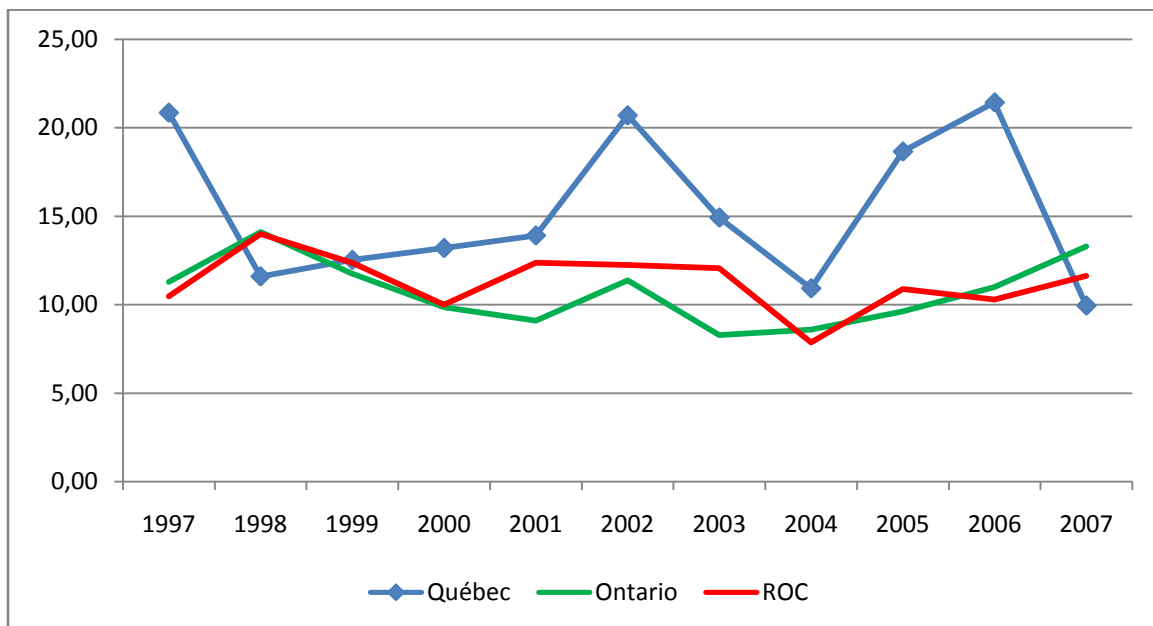
Source : Statistique Canada, Enquête sur la population active, 1997-2007 et calculs des auteurs.

Graphique 15 : Nombre moyen d'heures supplémentaires, Infirmières à temps partiel, Québec, Ontario et ROC, 1997-2007



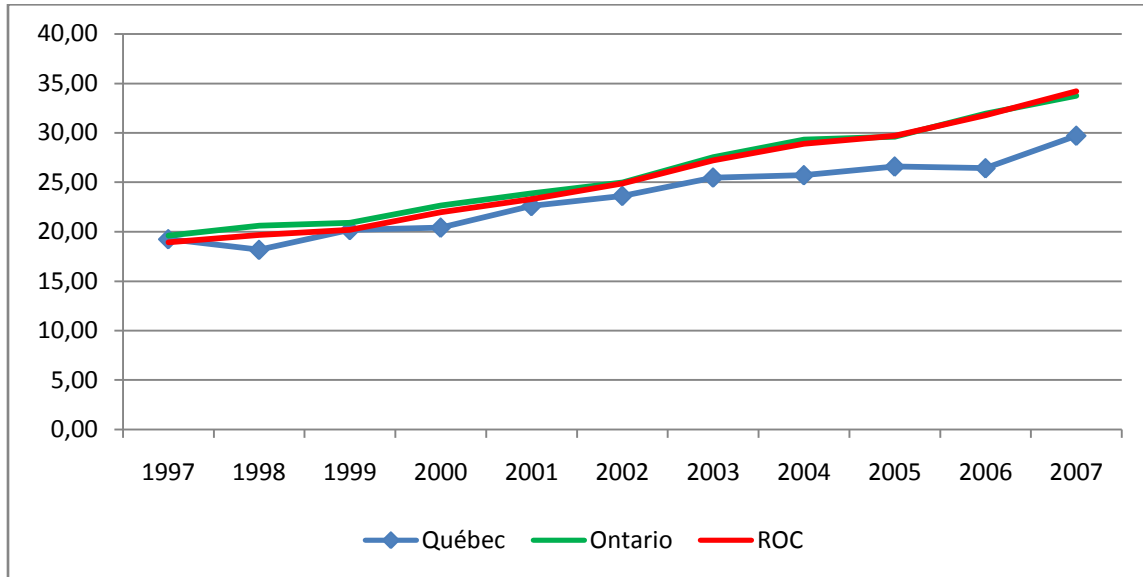
Source : Statistique Canada, Enquête sur la population active, 1997-2007 et calculs des auteurs.

Graphique 16 : Nombre moyen de semaines d'absence prolongées, Infirmières à temps partiel, Québec, Ontario et ROC, 1997-2007



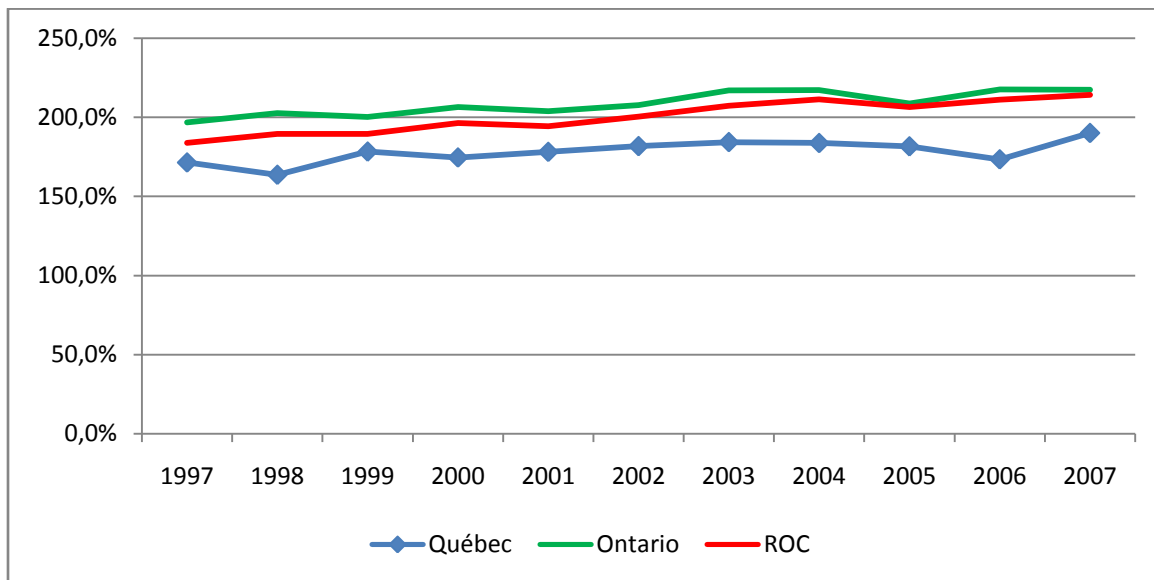
Source : Statistique Canada, Enquête sur la population active, 1997-2007 et calculs des auteurs.

Graphique 17 : Salaire horaire moyen des infirmières à temps partiel en dollars réels (2002=100), Québec, Ontario et ROC, 1997-2007



Source : Statistique Canada, Enquête sur la population active, 1997-2007 et calculs des auteurs.

Graphique 18 : Salaire horaire des infirmières à temps partiel en pourcentage du salaire horaire moyen des employés à temps partiel, Québec, Ontario et ROC, 1997-2007



Source : Statistique Canada, Enquête sur la population active, 1997-2007 et calculs des auteurs

Annexe 2 : Tableaux de calculs de la pénurie d'effectifs infirmiers

Tableau 6 : Pénurie d'effectifs en Abitibi-Témiscamingue au 31 mars 2007

Code	Nom de l'établissement	Heures régulières en 2006-2007	Heures supplémentaires excédentaires	Recrutement nécessaire (nb d'infirmières en heures régulières)	Recrutement nécessaire (nb d'infirmières en heures effective)	Scénario 1	Scénario 2	Scénario 3
11042694	CJ de l'Abitibi-Témiscamingue	1252	120	0	0	0	0	0
11042793	CSSS du lac Témiscamingue	108023	3106	3	2	2	2	2
11043353	CSSS des Aurores Boréales	197890	7940	7	5	5	5	5
11044468	CSSS Les Esker de l'Abitibi	258303	12714	11	9	8	8	7
11044476	CSSS de Rouyn-Noranda	327230	10735	9	7	7	7	6
11044484	CSSS de la Vallée-de-l'Or	367615	14890	12	10	10	9	9
12469490	Clair Foyer Inc.	1458	0	0	0	0	0	0
12777694	CR la Maison	1294	0	0	0	0	0	0
12943486	CSSS de Témiscamingue et de Kipawa	29793	1426	1	1	1	1	1
14665251	ASSS de l'Abitibi-Témiscamingue	2296	27	0	0	0	0	0
16366114	Centre Normand	726	0	0	0	0	0	0
		1295878	50928	42	35	33	31	30
				<i>Différence avec la pénurie du MSSS (%)</i>	-17,0 %	-21,7 %	-25,8 %	-29,7 %
				<i>Différence avec la pénurie du MSSS (nb d'infirmières)</i>	-7	-9	-11	-12
				<i>Effort de travail supplémentaire</i>		5,7 %	10,6 %	15,3 %
				<i>Réduction des besoins de recrutement grâce à l'augmentation de l'effort de travail</i>		-2	-4	-5

Source : Ministère de la Santé et des services sociaux, Calcul de la pénurie d'infirmières par établissement au 31 mars 2007 et calcul des auteurs.

Tableau 7 : Pénurie d'effectifs à la Baie James au 31 mars 2007

Code	Nom de l'établissement	Heures régulières en 2006-2007	Heures supplémentaires excédentaires	Recrutement nécessaire (nb d'infirmières en heures régulières)	Recrutement nécessaire (nb d'infirmières en heures effective)	Scénario 1	Scénario 2	Scénario 3
11042686	CRSSS de la Baie James	187013	14332	12	10	9	9	8
		187013	14332	12	10	9	9	8
				<i>Différence avec la pénurie du MSSS (%)</i>	-18,3 %	-23,0 %	-26,9 %	-30,8 %
				<i>Différence avec la pénurie du MSSS (nb d'infirmières)</i>	-2	-3	-3	-4
				<i>Effort de travail supplémentaire</i>		5,7 %	10,6 %	15,3 %
				<i>Réduction des besoins de recrutement grâce à l'augmentation de l'effort de travail</i>		-1	-1	-2

Source : Ministère de la Santé et des services sociaux, Calcul de la pénurie d'infirmières par établissement au 31 mars 2007 et calcul des auteurs.

Tableau 8 : Pénurie d'effectifs dans le Bas-Saint-Laurent au 31 mars 2007

Code	Nom de l'établissement	Heures régulières en 2006-2007	Heures supplémentaires excédentaires	Recrutement nécessaire (nb d'infirmières en heures régulières)	Recrutement nécessaire (nb d'infirmières en heures effective)	Scénario 1	Scénario 2	Scénario 3
11042322	CJ du Bas-St-Laurent	602	0	0	0	0	0	0
11043312	CSSS des Basques	52754	1118	1	1	1	1	1
11043379	CSSS de Kamouraska	143882	1059	1	1	1	1	1
11043478	CSSS de la Mitis	135666	3788	3	3	2	2	2
11043502	CSSS de Témiscouata	142963	3897	3	3	3	2	2
11044021	CSSS de la Matapédia	152298	4337	4	3	3	3	3
11044054	CR DI du Bas-St-Laurent	14143	0	0	0	0	0	0
11044062	CSSS de Matami	187779	9343	8	6	6	6	5
11044096	CSSS Rimouski-Neigette	707574	17454	15	12	11	11	10
11044104	CSSS de Rivière-du-Loup	377104	13795	11	9	9	8	8
14665188	ASSS du Bas-St-Laurent	1593	0	0	0	0	0	0
29738762	Foyer St-Cyprien Inc.	11582	0	0	0	0	0	0
		1927939	54416	46	37	35	34	32
				<i>Différence avec la pénurie du MSSS (%)</i>	-18,5 %	-23,2 %	-27,1 %	-31,0 %
				<i>Différence avec la pénurie du MSSS (nb d'infirmières)</i>	-9	-11	-12	-14
				<i>Effort de travail supplémentaire</i>		5,7 %	10,6 %	15,3 %
				<i>Réduction des besoins de recrutement grâce à l'augmentation de l'effort de travail</i>		-2	-4	-6

Source : Ministère de la Santé et des services sociaux, Calcul de la pénurie d'infirmières par établissement au 31 mars 2007 et calcul des auteurs.

Tableau 9 : Pénurie d'effectifs dans Chaudière-Appalaches au 31 mars 2007

Code	Nom de l'établissement	Heures régulières en 2006-2007	Heures supplémentaires excédentaires	Recrutement nécessaire (nb d'infirmières en heures régulières)	Recrutement nécessaire (nb d'infirmières en heures effective)	Scénario 1	Scénario 2	Scénario 3
11042728	CSSS des Etchemins	92762	0	0	0	0	0	0
11042751	CJ Chaudière-Appalaches	2353	0	0	0	0	0	0
11043742	CRDI Chaudière-Appalaches	13668	0	0	0	0	0	0
11043817	CRDP Chaudière-Appalaches	28273	0	0	0	0	0	0
11043874	CHSLD Chanoine-Audet Inc.	14580	113	0	0	0	0	0
11044492	CSSS de la région de Thetford	379650	11324	9	8	7	7	7
11044500	CSSS de Montmagny-l'Islet	320584	12102	10	8	8	7	7
11044518	CSSS du Grand littoral	414013	7912	7	5	5	5	5
11044526	CSSS de Beauce	574128	5712	5	4	4	3	3
11044658	CR ATCA	8955	317	0	0	0	0	0
11591419	Hôtel-Dieu de Lévis	885519	22936	19	16	15	14	13
12345690	CH de l'Assomption Inc.	20024	0	0	0	0	0	0
13317037	Pavillon Bellevue Inc.	7928	0	0	0	0	0	0
26370254	CA St-Joseph de Lévis Inc.	16582	11	0	0	0	0	0
54801018	CHSLD Vigi N-D de Lourdes	15192	0	0	0	0	0	0
		2794211	59695	50	41	39	37	35
				<i>Différence avec la pénurie du MSSS (%)</i>	-17,3 %	-22,0 %	-26,1 %	-30,0 %
				<i>Différence avec la pénurie du MSSS (nb d'infirmières)</i>	-9	-11	-13	-15
				<i>Effort de travail supplémentaire</i>	5,7 %	10,6 %	15,3 %	
				<i>Réduction des besoins de recrutement grâce à l'augmentation de l'effort de travail</i>	-2	-4	-6	

Source : Ministère de la Santé et des services sociaux, Calcul de la pénurie d'infirmières par établissement au 31 mars 2007 et calcul des auteurs.

Tableau 10 : Pénurie d'effectifs dans la région de la Capitale-Nationale au 31 mars 2007

Code	Nom de l'établissement	Heures régulières en 2006-2007	Heures supplémentaires excédentaires	Recrutement nécessaire (nb d'infirmières en heures régulières)	Recrutement nécessaire (nb d'infirmières en heures effective)	Scénario 1	Scénario 2	Scénario 3
11042371	CHUQ	3124009	59841	50	41	39	37	35
11042520	CH Notre-Dame du Chemin	12466	0	0	0	0	0	0
11042777	CR Ubald-Villeneuve	13501	42	0	0	0	0	0
11042868	CJ de Québec	5455	0	0	0	0	0	0
11042900	IRDPQ	126696	699	1	0	0	0	0
11043650	CSSS de Portneuf	185263	0	0	0	0	0	0
11043908	CRDI de Québec	6563	16	0	0	0	0	0
11044153	CSSS de la Vieille Capitale	706613	5527	5	4	4	3	3
11044161	CSSS de Québec-Nord	617385	4568	4	3	3	3	3
11044336	CSSS de Charlevoix	256127	6743	6	5	4	4	4
11888062	CH Robert-Guiffard	585389	13487	11	9	9	8	8
12409991	Hôpital Jeffery Hale-St-Brigid's	89117	669	1	0	0	0	0
13027073	CH St-Sacrement Ltee	16602	0	0	0	0	0	0
13163092	CHA	1522179	35916	30	25	23	22	21
13623616	Hôpital Laval	1051868	40805	34	28	26	25	24
14685202	ASSS de la Capitale nationale	6820	0	0	0	0	0	0
23190218	CA Nazareth Inc.	13553	0	0	0	0	0	0
27545094	Hôpital Ste-Monique Inc.	17939	0	0	0	0	0	0
27508456	Centre St-Jean-Eudes Inc.	67803	1656	1	1	1	1	1
28694321	CH St-François Inc.	6801	22	0	0	0	0	0
51230175	CH Champlain des Montagnes	13960	280	0	0	0	0	0
54583091	CHSLD Vigi St-Augustin	26126	135	0	0	0	0	0
		8472235	168382	142	117	110	104	99
				<i>Différence avec la pénurie du MSSS (%)</i>	-17,9 %	-22,6 %	-26,6 %	-30,5 %
				<i>Différence avec la pénurie du MSSS (nb d'infirmières)</i>	-25	-32	-38	-43
				<i>Effort de travail supplémentaire</i>		5,7 %	10,6 %	15,3 %
				<i>Réduction des besoins de recrutement grâce à l'augmentation de l'effort de travail</i>		-7	-12	-18

Source : Ministère de la Santé et des services sociaux, Calcul de la pénurie d'infirmières par établissement au 31 mars 2007 et calcul des auteurs.

Tableau 11 : Pénurie d'effectifs sur la Côte-Nord au 31 mars 2007

Code	Nom de l'établissement	Heures régulières en 2006-2007	Heures supplémentaires excédentaires	Recrutement nécessaire (nb d'infirmières en heures régulières)	Recrutement nécessaire (nb d'infirmières en heures effective)	Scénario 1	Scénario 2	Scénario 3
11042744	CSSS de la Haute-Côte-Nord	70250	2111	2	1	1	1	1
11042819	CJ -CR de la Côte-Nord	3310	40	0	0	0	0	0
11042835	CSSS de la Minganie	67790	4008	3	3	3	2	2
11043262	CSSS de Port-Cartier	41777	2504	2	2	2	2	1
11043866	CLSC Naskapi	5004	1994	2	1	1	1	1
11044351	CSSS de Manicouagan	317316	23827	20	16	15	15	14
13160395	CSSS de Sept-Îles	324279	8164	7	6	5	5	5
13294020	CSSS de la Basse-Côte-Nord	68945	6643	6	5	4	4	4
14628986	CSSS de l'Hématite	21877	1477	1	1	1	1	1
		920548	50766	42	35	33	31	29
				<i>Différence avec la pénurie du MSSS (%)</i>	-17,3 %	-22,0 %	-26,1 %	-30,0 %
				<i>Différence avec la pénurie du MSSS (nb d'infirmières)</i>	-7	-9	-11	-13
				<i>Effort de travail supplémentaire</i>		5,7 %	10,6 %	15,3 %
				<i>Réduction des besoins de recrutement grâce à l'augmentation de l'effort de travail</i>		-2	-4	-5

Source : Ministère de la Santé et des services sociaux, Calcul de la pénurie d'infirmières par établissement au 31 mars 2007 et calcul des auteurs.

Tableau 12 : Pénurie d'effectifs au Conseil Cri de SSS de la Baie James au 31 mars 2007

Code	Nom de l'établissement	Heures régulières en 2006-2007	Heures supplémentaires excédentaires	Recrutement nécessaire (nb d'infirmières en heures régulières)	Recrutement nécessaire (nb d'infirmières en heures effective)	Scénario 1	Scénario 2	Scénario 3
16258899	Conseil Cri de SSS de la Baie James	160099	17170	14	12	11	11	10
		160099	17170	14	12	11	11	10
				<i>Différence avec la pénurie du MSSS (%)</i>	-16,1 %	-20,9 %	-25,0 %	-29,0 %
				<i>Différence avec la pénurie du MSSS (nb d'infirmières)</i>	-2	-3	-3	-4
				<i>Effort de travail supplémentaire</i>		5,7 %	10,6 %	15,3 %
				<i>Réduction des besoins de recrutement grâce à l'augmentation de l'effort de travail</i>		-1	-1	-2

Source : Ministère de la Santé et des services sociaux, Calcul de la pénurie d'infirmières par établissement au 31 mars 2007 et calcul des auteurs.

Tableau 13 : Pénurie d'effectifs en Estrie au 31 mars 2007

Code	Nom de l'établissement	Heures régulières en 2006-2007	Heures supplémentaires excédentaires	Recrutement nécessaire (nb d'infirmières en heures régulières)	Recrutement nécessaire (nb d'infirmières en heures effective)	Scénario 1	Scénario 2	Scénario 3
11042264	CHUS	1886888	39915	33	27	26	24	23
11042397	CJ de l'Estrie	1562	0	0	0	0	0	0
11042926	CSSS du Haut-St-Francois	62911	93	0	0	0	0	0
11042942	CSSS des Sources	69154	3584	3	2	2	2	2
11042959	CSSS du Val-Saint-Francois	80819	791	1	1	1	0	0
11042975	CSSS de la MRC de Coaticook	63407	1570	1	1	1	1	1
11043593	CSSS de Memphrémagog	165699	2044	2	1	1	1	1
11043759	CSSS du Granit	123656	6158	5	4	4	4	4
12536637	CA Dixville Inc.	2172	0	0	0	0	0	0
12541952	CR Estrie Inc.	11057	60	0	0	0	0	0
12568345	Centre Notre-Dame- de - l'Enfant Inc.	2094	18	0	0	0	0	0
12625653	Centre J.P.Chiasson Maison St-Georges	8286	0	0	0	0	0	0
13323050	La Maison Blanche de North Hatley Inc.	23618	0	0	0	0	0	0
13818596	CSS-Inst. Univ de Gériatrie de Sherbrooke	424077	5308	4	4	3	3	3
14685228	ASSS de l'Estrie	4857	0	0	0	0	0	0
51230506	CHSLD Vigî Shermont	13989	0	0	0	0	0	0
		2944247	58891	50	41	38	36	34
				<i>Différence avec la pénurie du MSSS (%)</i>	-18,5 %	-23,2 %	-27,2 %	-31,0 %
				<i>Différence avec la pénurie du MSSS (nb d'infirmières)</i>	-9	-12	-14	-16
				<i>Effort de travail supplémentaire</i>	5,7 %	10,6 %	15,3 %	
				<i>Réduction des besoins de recrutement grâce à l'augmentation de l'effort de travail</i>	-2	-4	-6	

Source : Ministère de la Santé et des services sociaux, Calcul de la pénurie d'infirmières par établissement au 31 mars 2007 et calcul des auteurs.

Tableau 14 : Pénurie d'effectifs en Gaspésie et aux Îles-de-la-Madeleine au 31 mars 2007

Code	Nom de l'établissement	Heures régulières en 2006-2007	Heures supplémentaires excédentaires	Recrutement nécessaire (nb d'infirmières en heures régulières)	Recrutement nécessaire (nb d'infirmières en heures effective)	Scénario 1	Scénario 2	Scénario 3
11043445	CSSS de la Haute-Gaspésie	126461	10563	9	7	7	6	6
11044070	CSSS du Rocher Percé	184105	9167	8	6	6	6	5
11044088	CSSS des Îles	137065	2151	2	1	1	1	1
11044112	CSSS Baie-des-Chaleurs	300301	15253	13	10	10	9	9
11044369	CSSS de la Côte-de-Gaspé	276704	10873	9	7	7	7	6
29732203	CR de la Gaspésie	3605	0	0	0	0	0	0
		1028242	47980	40	33	31	29	28
				<i>Différence avec la pénurie du MSSS (%)</i>	-17,9 %	-22,6 %	-26,6 %	-30,5 %
				<i>Différence avec la pénurie du MSSS (nb d'infirmières)</i>	-7	-9	-11	-12
				<i>Effort de travail supplémentaire</i>		5,7 %	10,6 %	15,3 %
				<i>Réduction des besoins de recrutement grâce à l'augmentation de l'effort de travail</i>		-2	-3	-5

Source : Ministère de la Santé et des services sociaux, Calcul de la pénurie d'infirmières par établissement au 31 mars 2007 et calcul des auteurs.

Tableau 15 : Pénurie d'effectifs dans Lanaudière au 31 mars 2007

Code	Nom de l'établissement	Heures régulières en 2006-2007	Heures supplémentaires excédentaires	Recrutement nécessaire (nb d'infirmières en heures régulières)	Recrutement nécessaire (nb d'infirmières en heures effective)	Scénario 1	Scénario 2	Scénario 3
11042595	CJ de Lanaudière	3142	0	0	0	0	0	0
11043791	CHSLD de la Côte Boisée Inc.	27343	0	0	0	0	0	0
11044203	CSSS du Sud de Lanaudière	1012051	43708	36	30	28	27	25
11044435	CSSS du Nord de Lanaudière	1143927	43540	36	30	28	27	25
12653192	CHSLD Heather Inc.	17195	0	0	0	0	0	0
14665152	ASSS de Lanaudière	15292	273	0	0	0	0	0
51223337	CHSLD Vigi Yves-Blais	17319	234	0	0	0	0	0
51230217	CH Champlain Le Château	9879	388	0	0	0	0	0
		2246148	87803	73	60	57	54	51
				<i>Différence avec la pénurie du MSSS (%)</i>	-17,4 %	-22,1 %	-26,1 %	-30,1 %
				<i>Différence avec la pénurie du MSSS (nb d'infirmières)</i>	-13	-16	-19	-22
				<i>Effort de travail supplémentaire</i>	5,7 %	10,6 %	15,3 %	
				<i>Réduction des besoins de recrutement grâce à l'augmentation de l'effort de travail</i>		-3	-6	-9

Source : Ministère de la Santé et des services sociaux, Calcul de la pénurie d'infirmières par établissement au 31 mars 2007 et calcul des auteurs.

Tableau 16 : Pénurie d'effectifs dans les Laurentides au 31 mars 2007

Code	Nom de l'établissement	Heures régulières en 2006-2007	Heures supplémentaires excédentaires	Recrutement nécessaire (nb d'infirmières en heures régulières)	Recrutement nécessaire (nb d'infirmières en heures effective)	Scénario 1	Scénario 2	Scénario 3
11043544	CSSS des Pays-d'en-Haut	51716	1967	2	1	1	1	1
11043692	CHSLD Villa Soleil	23598	0	0	0	0	0	0
11043940	CSSS de Thérèse-de-Blainville	215892	5483	5	4	4	3	3
11044013	CSSS des Sommets	297960	17511	15	12	11	11	10
11044138	CSSS d'Antoine-Labelle	294471	15200	13	10	10	9	9
11044443	CSSS du Lac-deux-Montagnes	577312	27168	23	19	18	17	16
11044450	CSSS de St-Jérôme	864813	44167	37	30	28	27	26
12704573	Résidence de la Chute	6242	39	0	0	0	0	0
12979682	Pavillon Ste-Marie Inc.	7689	40	0	0	0	0	0
13508718	CSSS d'Argenteuil	135694	5505	5	4	4	3	3
14665277	ASSS des Laurentides	1344	89	0	0	0	0	0
16273500	Centre André-Boudreau	4250	0	0	0	0	0	0
21491675	CJ des Laurentides	1884	54	0	0	0	0	0
21491725	Centre du Florès	1499	0	0	0	0	0	0
51231215	CHSLD Vigi Deux-Montagnes	4271	0	0	0	0	0	0
		2488634	116873	98	80	76	72	68
				<i>Différence avec la pénurie du MSSS (%)</i>	-18,2 %	-22,8 %	-26,8 %	-30,7 %
				<i>Différence avec la pénurie du MSSS (nb d'infirmières)</i>	-18	-22	-26	-30
				<i>Effort de travail supplémentaire</i>		5,7 %	10,6 %	15,3 %
				<i>Réduction des besoins de recrutement grâce à l'augmentation de l'effort de travail</i>		-5	-8	-12

Source : Ministère de la Santé et des services sociaux, Calcul de la pénurie d'infirmières par établissement au 31 mars 2007 et calcul des auteurs.

Tableau 17 : Pénurie d'effectifs à Laval au 31 mars 2007

Code	Nom de l'établissement	Heures régulières en 2006-2007	Heures supplémentaires excédentaires	Recrutement nécessaire (nb d'infirmières en heures régulières)	Recrutement nécessaire (nb d'infirmières en heures effective)	Scénario 1	Scénario 2	Scénario 3
11042405	CJ de Laval	6649	0	0	0	0	0	0
11044344	CSSS de Laval	1603180	48527	40	33	31	30	28
11097029	Hôpital juif de réadaptation	97324	1450	1	1	1	1	1
12693693	CHSLD St-Jude Inc.	22607	167	0	0	0	0	0
12625168	Résidence Riviera Inc.	19578	495	0	0	0	0	0
13625587	Manoir St-Patrice Inc.	15321	665	1	0	0	0	0
14665160	ASSS de Laval	7104	0	0	0	0	0	0
21491667	CRDI Normand-Laramé	8485	313	0	0	0	0	0
51223204	CHSLD Vigi l'Orchidée Blanche	18756	606	1	0	0	0	0
51230183	CH Champlain St-Francois	6064	0	0	0	0	0	0
53956983	Santé Courville de Laval	11172	61	0	0	0	0	0
		1816240	52093	44	36	34	32	30
				<i>Différence avec la pénurie du MSSS (%)</i>	-18,7 %	-23,4 %	-27,3 %	-31,2 %
				<i>Différence avec la pénurie du MSSS (nb d'infirmières)</i>	-80	-78	-76	-74
				<i>Effort de travail supplémentaire</i>		5,7 %	10,6 %	15,3 %
				<i>Réduction des besoins de recrutement grâce à l'augmentation de l'effort de travail</i>		-2	-4	-5

Source : Ministère de la Santé et des services sociaux, Calcul de la pénurie d'infirmières par établissement au 31 mars 2007 et calcul des auteurs.

Tableau 18 : Pénurie d'effectifs en Mauricie au 31 mars 2007

Code	Nom de l'établissement	Heures régulières en 2006-2007	Heures supplémentaires excédentaires	Recrutement nécessaire (nb d'infirmières en heures régulières)	Recrutement nécessaire (nb d'infirmières en heures effective)	Scénario 1	Scénario 2	Scénario 3
11042488	CJ de la Mauricie et du Centre-du-Québec	3077	0	0	0	0	0	0
11043130	CSSS du Haut Saint-Maurice	144745	6066	5	4	4	4	4
11043171	CSSS de Maskinongé	104972	3131	3	2	2	2	2
11043221	CH régional de Trois-Rivières	967655	37928	32	26	24	23	22
11043809	CSSS de la Vallée-de-la-Batiscan	75751	1240	1	1	1	1	1
11044120	CSSS d'Arthabaska-Érable	611977	26896	22	18	17	16	16
11044146	CSSS de Trois-Rivières	305612	4699	4	3	3	3	3
11044377	CSSS Drummond	647010	19870	17	14	13	12	12
11044385	CSSS de l'Énergie	597433	19103	16	13	12	12	11
11044393	CSSS de Bécancour-Nicolet-Yamaska	280012	9958	8	7	6	6	6
12526240	CRDI Mauricie et Centre-du-Québec	6248	0	0	0	0	0	0
12540340	Domrémy Mauricie et Centre-du-Québec	11664	559	0	0	0	0	0
12566279	CR Interval	17419	0	0	0	0	0	0
14865210	ASSS de la Mauricie et Centre-du-Québec	10177	0	0	0	0	0	0
29490414	Foyer St-Ange de Ham-Nord Inc.	8176	0	0	0	0	0	0
51225563	CHSLD Vigi Les Chutes	15645	0	0	0	0	0	0
		3807572	128837	108	89	83	79	75
				<i>Différence avec la pénurie du MSSS (%)</i>	-18,0 %	-22,7 %	-26,7 %	-30,6 %
				<i>Différence avec la pénurie du MSSS (nb d'infirmières)</i>	-19	-25	-29	-33
				<i>Effort de travail supplémentaire</i>		5,7 %	10,6 %	15,3 %
				<i>Réduction des besoins de recrutement grâce à l'augmentation de l'effort de travail</i>		-5	-9	-14

Source : Ministère de la Santé et des services sociaux, Calcul de la pénurie d'infirmières par établissement au 31 mars 2007 et calcul des auteurs.

Tableau 19 : Pénurie d'effectifs en Montérégie au 31 mars 2007

Code	Nom de l'établissement	Heures régulières en 2006-2007	Heures supplémentaires excédentaires	Recrutement nécessaire (nb d'infirmières en heures régulières)	Recrutement nécessaire (nb d'infirmières en heures effective)	Scénario 1	Scénario 2	Scénario 3
11042330	CI de la Montérégie	5039	23	0	0	0	0	0
11042983	CRDI Montérégie-est	8212	0	0	0	0	0	0
11043205	Réadaptation du Sud-ouest et du Renfort	7341	2	0	0	0	0	0
11044534	CSSS Pierre-Boucher	973414	20212	17	14	13	12	12
11044542	CSSS Haut-Richelieu-Rouville	917796	27874	23	19	18	17	16
11044559	CSSS Champlain	187678	1800	2	1	1	1	1
11044567	CSS de Sorel-Tracy	433766	19874	17	14	13	12	12
11044575	CSSS du Surois	488173	35421	30	24	23	22	21
11044583	CSSS Jardins-Roussillon	605651	33410	28	23	22	20	19
11044591	CSSS la Pommeraiie	348630	6616	6	5	4	4	4
11044609	CSSS Richelieu-Yamaska	860971	29427	25	20	19	18	17
11044617	CSSS de Vaudreuil-Soulanges	123303	700	1	0	0	0	0
12291761	Pavillon Foster	3028	0	0	0	0	0	0
12363412	CSSS du Haut-Saint-Laurent	99506	1278	1	1	1	1	1
12399044	CSSS de la Haute-Yamaska	523944	15529	13	11	10	9	9
13224969	Hôpital Charles-LeMoine	1143754	56329	47	39	36	34	33
13578448	Accueil du Rivage Inc.	7769	0	0	0	0	0	0
14885285	ASSSde la Montérégie	3041	0	0	0	0	0	0
18419234	Florence Groulx Inc.	9339	234	0	0	0	0	0
23121643	Le Virage-CR Alcoolisme et Toxicomanie	8031	287	0	0	0	0	0
27368703	CA Marcelle-Ferron Inc.	34746	1280	1	1	1	1	1
28609360	Résidence Soret-Tracy Inc.	18819	476	0	0	0	0	0
51223345	CHSLD Vigi Brossard	10840	111	0	0	0	0	0
51225993	Santé Courville de Waterloo	4988	174	0	0	0	0	0
51230191	CH Champlain Rive-Sud	10043	95	0	0	0	0	0
51230209	CH Champlain J-L Lapierre	13363	297	0	0	0	0	0
54881442	CHSLD Vigi Montérégie	10872	100	0	0	0	0	0
54982830	CH Champlain Châteauguay	18119	472	0	0	0	0	0
54982855	CH Champlain Beloeil	7595	106	0	0	0	0	0
		6887771	251958	210	173	163	154	146
				<i>Différence avec la pénurie du MSSS (%)</i>	-17,9 %	-22,6 %	-26,6 %	-30,5 %
				<i>Différence avec la pénurie du MSSS (nb d'infirmières)</i>	-37	-47	-56	-64
				<i>Effort de travail supplémentaire</i>		5,7 %	10,6 %	15,3 %
				<i>Réduction des besoins de recrutement grâce à l'augmentation de l'effort de travail</i>		-10	-18	-26

Source : Ministère de la Santé et des services sociaux, Calcul de la pénurie d'infirmières par établissement au 31 mars 2007 et calcul des auteurs.

Tableau 20 : Pénurie d'effectifs à Montréal au 31 mars 2007

Code	Nom de l'établissement	Heures régulières en 2006-2007	Heures supplémentaires excédentaires	Recrutement nécessaire (nb d'infirmières en heures régulières)	Recrutement nécessaire (nb d'infirmières en heures effective)	Scénario 1	Scénario 2	Scénario 3
11042215	Hôpital Louis-H-Lafontaine	470 824	39 993	33	27	26	24	23
11042280	Centre Le Cardinal Inc.	21 678	0	0	0	0	0	0
11042918	CHUM	2 725 044	145 382	121	99	94	89	84
11043072	Centre Dollard-Cormier	19 729	1 201	1	1	1	1	1
11043627	CJ de Montréal	13 119	15	0	0	0	0	0
11044211	CSSS de l'Ouest-de-l'Île	626 712	14 713	12	10	9	9	9
11044229	CSSS de Dorval-lachine-lasalle	650 167	22 796	19	16	15	14	13
11044237	CSSS du Sud-Ouest-Verdun	703 349	21 702	18	15	14	13	13
11044245	CSSS Cavendish	158 215	2 437	2	2	2	1	1
11044252	CSSS de la Montagne	216 453	1 052	1	1	1	1	1
11044269	CSSS de Bordeaux-Cartierville-St-laurent	298 729	3 811	3	3	2	2	2
11044278	CSSS d'Achuntsic et Montréal-Nord	521 571	6 799	6	5	4	4	4
11044286	CSSS du Coeur-de-l'Île	483 750	16 549	14	11	11	10	10
11044294	CSSS Jeanne-Mance	408 326	3 941	3	3	3	2	2
11044302	CSSS de Saint-Leonard et Saint-Michel	173 012	3 906	3	3	3	2	2
11944310	CSSS Lucille-Teasdale	342 809	6 409	5	4	4	4	4
11044328	CSSS de la Pointe-de-l'Île	255 414	2 028	2	1	1	1	1
11044625	CJ et de la Famille Batslaw	13 831	0	0	0	0	0	0
11084464	Centre de soins prolongés Grace Dart	93 088	9 283	8	6	6	6	5
11168606	CR Constance-Lethbridge	4 563	26	0	0	0	0	0
11546389	Hôpital Catherine Booth	31 635	0	0	0	0	0	0
11755501	CHSLD Providence N-D de Lourdes Inc.	17 788	75	0	0	0	0	0
12328849	Residences Angelica	43 202	1 251	1	1	1	1	1
12368043	CHSLD Bayview Inc.	24 221	0	0	0	0	0	0
12383907	Résidence Berthiaume- du tremblay	34 147	0	0	0	0	0	0
12387692	Institut can-polonais du bien-être Inc.	13 471	0	0	0	0	0	0
12420774	Hôpital Santa Cabrini	451 585	14 983	12	10	10	9	9
12431656	Institut de cardiologie de Montréal	536 114	23 544	20	16	15	14	14
12452645	Hôpital Marie-Clarac	91 224	6 936	6	5	4	4	4
12470076	CHSLD Marie-Claret Inc.	18 253	611	1	0	0	0	0
12475976	Hôpital Sacré-Coeur de Montréal	1 220 042	46 269	39	32	30	28	27
12490918	Hôpital de réadaptation	67 345	828	1	1	1	1	0

Portrait des conditions de pratique et de la pénurie des effectifs infirmiers au Québec

	Lindsay							
12582292	Centre Miriam	12 301	1 601	1	1	1	1	1
12599213	CUSM	3 139 547	115 435	96	79	74	71	67
12685606	Hôpital général juif Sir Mortimer B. Davis	1 457 793	63 813	53	44	41	39	37
12694659	CHU Sainte-Justine	1 241 323	77 658	65	53	50	48	45
12745725	CH de St-Mary	631 013	19 539	16	13	13	12	11
12797577	Institut Philippe Pinel de Montréal	118 548	2 970	2	2	2	2	2
12806592	Hôpital Rivière-des-Prairies	146 553	7 257	6	5	5	4	4
12819348	Institut de réadaptation de Montréal	52 581	507	0	0	0	0	0
12892303	Hôpital Chinois de Montréal	20 206	2 627	2	2	2	2	2
12934659	Hôpital Maisonneuve-Rosemont	1 662 411	79 089	66	54	51	48	46
13000732	Les Cèdres CA pour personnes âgées	6 095	0	0	0	0	0	0
13005756	CR Lisette-Dupras	16 366	791	1	1	1	0	0
13080791	CR de l'Ouest de Montréal	5 875	11	0	0	0	0	0
13111828	CHSLD St-Andrew-Father-Dowd-St-Margaret	11 929	0	0	0	0	0	0
13146477	CH gériatrique Malmonides	102 552	0	0	0	0	0	0
13469796	Hôpital Mont-Sinai	39 306	0	0	0	0	0	0
13504659	CR Lucie-Bruneau	12 188	1 500	1	1	1	1	1
13506472	Hôpital Shriner pour enfants Inc.	48 759	317	0	0	0	0	0
13727000	Hôpital Douglas	333 342	18 916	16	13	12	12	11
13793781	CHSLD juif de Montréal	39 882	2 252	2	2	1	1	1
14476438	Petites soeurs des pauvres	8 926	0	0	0	0	0	0
14783344	Centre d'hébergement St-Vincent-Marie Inc.	8 816	125	0	0	0	0	0
15103666	Institut Univ. de gériatrie de Montréal	171 213	2 242	2	2	1	1	1
16281347	CHSLD Gouin Inc.	11 296	1 451	1	1	1	1	1
21491683	Service de réadaptation l'Intégrale	7 508	0	0	0	0	0	0
21491691	CRDI Gabrielle-Major	4 706	0	0	0	0	0	0
29530060	CHSLD Bourget Inc.	15 650	4 249	4	3	3	3	2
29530078	CHSLD Bussey Inc.	5 037	301	0	0	0	0	0
29732187	Villa Medica Inc.	58 653	2 064	2	1	1	1	1
51218162	Groupe Roy Sante -CHSLD Le Royer	14 569	825	1	1	1	1	0
51225407	CHSLD Vigî Reine-Elisabeth	12 663	14	0	0	0	0	0
51227957	Groupe Roy Sante -CHSLD St-Georges	33 860	0	0	0	0	0	0
51229482	CR Mab-Mackay-CR Mackay	1 926	115	0	0	0	0	0
51526135	CR Mab-Mackay Centre Heb.Gilman	6 536	23	0	0	0	0	0
54583208	CHSLD Vigî Dolla rd-des-Ormeaux	24 512	0	0	0	0	0	0
54583232	CHSLD Vigî Pierrefonds	8 639	207	0	0	0	0	0
54982822	CH Champlain Marie-Victorin	29 342	286	0	0	0	0	0

Portrait des conditions de pratique et de la pénurie des effectifs infirmiers au Québec

54982848	CH Champlain Villeray	5 557	465	0	0	0	0	0
55477988	CH Champlain Vigi Mont-Royal	31 577	1 569	1	1	1	1	1
		#####	801 948	671	551	519	492	466
				<i>Différence avec la pénurie du MSSS (%)</i>	-17,9 %	-22,6 %	-26,6 %	-30,5 %
				<i>Différence avec la pénurie du MSSS (nb d'infirmières)</i>	-120	-152	-179	-205
				<i>Effort de travail supplémentaire</i>		5,7 %	10,6 %	15,3 %
				<i>Réduction des besoins de recrutement grâce à l'augmentation de l'effort de travail</i>		-32	-58	-84

Source : Ministère de la Santé et des services sociaux, Calcul de la pénurie d'infirmières par établissement au 31 mars 2007 et calcul des auteurs.

Tableau 21 : Pénurie d'effectifs dans le Nord-du-Québec au 31 mars 2007

Code	Nom de l'établissement	Heures régulières en 2006-2007	Heures supplémentaires excédentaires	Recrutement nécessaire (nb d'infirmières en heures régulières)	Recrutement nécessaire (nb d'infirmières en heures effective)	Scénario 1	Scénario 2	Scénario 3
12730628	CS Tullattavik de l'Ungava	67007	15374	13	11	10	9	9
14665293	Régie régionale du Nunavik	4160	184	0	0	0	0	0
18456327	CS Inuulit Sivik	102567	26812	22	18	17	16	16
		173734	42370	35	29	27	26	25
				<i>Différence avec la pénurie du MSSS (%)</i>	-17,2 %	-21,9 %	-25,9 %	-29,9 %
				<i>Différence avec la pénurie du MSSS (nb d'infirmières)</i>		-6	-8	-9
				<i>Effort de travail supplémentaire</i>		5,7 %	10,6 %	15,3 %
				<i>Réduction des besoins de recrutement grâce à l'augmentation de l'effort de travail</i>		-2	-3	-4

Source : Ministère de la Santé et des services sociaux, Calcul de la pénurie d'infirmières par établissement au 31 mars 2007 et calcul des auteurs.

Tableau 22 : Pénurie d'effectifs en Outaouais au 31 mars 2007

Code	Nom de l'établissement	Heures régulières en 2006-2007	Heures supplémentaires excédentaires	Recrutement nécessaire (nb d'infirmières en heures régulières)	Recrutement nécessaire (nb d'infirmières en heures effective)	Scénario 1	Scénario 2	Scénario 3
11042314	CJ de l'Outaouais	2942	0		0	0	0	0
11043023	CSSSdu Pontiac	121952	13851	12	9	9	8	8
11043510	CSSS de la Vallée-de-la-Gatineau	141899	8832	7	6	6	5	5
11044401	CSSS des Collines	61662	3686	3	3	2	2	2
11044419	CSSS de Gatineau	1277228	57976	48	40	37	35	34
11044427	CSSS de Papineau	216241	12885	11	9	8	8	7
12679809	CH Pierre-Janet	114210	2601	2	2	2	2	2
12788907	Pavillon du Parc Inc.	1797	0	0	0	0	0	0
14665244	ASSS de l'Outaouais	1200	0	0	0	0	0	0
14707475	Centre Jellinek	10333	126	0	0	0	0	0
18438945	CR régional la Ressource	30168	0	0	0	0	0	0
51223311	CH Champlain Gatineau	17449	563	0	0	0	0	0
51223329	CHSLD Vigi de l'Outaouais	12248	192	0	0	0	0	0
		2009330	100480	84	69	65	62	58
				<i>Différence avec la pénurie du MSSS (%)</i>	-18,0 %	-22,7 %	-26,7 %	-30,5 %
				<i>Différence avec la pénurie du MSSS (nb d'infirmières)</i>	-15	-19	-22	-26
				<i>Effort de travail supplémentaire</i>		5,7 %	10,6 %	15,3 %
				<i>Réduction des besoins de recrutement grâce à l'augmentation de l'effort de travail</i>		-4	-7	-11

Source : Ministère de la Santé et des services sociaux, Calcul de la pénurie d'infirmières par établissement au 31 mars 2007 et calcul des auteurs.

Tableau 23 : Pénurie d'effectifs au Saguenay-Lac-Saint-Jean au 31 mars 2007

Code	Nom de l'établissement	Heures régulières en 2006-2007	Heures supplémentaires excédentaires	Recrutement nécessaire (nb d'infirmières en heures régulières)	Recrutement nécessaire (nb d'infirmières en heures effective)	Scénario 1	Scénario 2	Scénario 3
11042363	CJ du Saguenay-lac-St-Jean	2855	116	0	0	0	0	0
11042991	CSSS Maria-Chapelaine	215029	3193	3	2	2	2	2
11043411	CSSS Cleophas-Claveau	115881	2170	2	1	1	1	1
11043585	CRDI du Saguenay- lac-St-Jean	9075	0	0	0	0	0	0
11043833	CSSS de Jonquiere	357137	779	1	1	1	0	0
11044179	CSSS de lac-St-Jean-Est	439401	12323	10	8	8	8	7
11044187	CSSS Domaine- du -Roy	379686	18258	15	12	12	11	11
11044195	CSSS de Chicoutimi	1016939	18130	15	12	12	11	11
23182884	Foyer St-Francois Inc.	13507	0	0	0	0	0	0
		2549509	54680	46	38	35	34	32
				<i>Différence avec la pénurie du MSSS (%)</i>	-18,2 %	-22,9 %	-26,9 %	-30,8 %
				<i>Différence avec la pénurie du MSSS (nb d'infirmières)</i>	-8	-11	-12	-14
				<i>Effort de travail supplémentaire</i>		5,7 %	10,6 %	15,3 %
				<i>Réduction des besoins de recrutement grâce à l'augmentation de l'effort de travail</i>		-2	-4	-6

Source : Ministère de la Santé et des services sociaux, Calcul de la pénurie d'infirmières par établissement au 31 mars 2007 et calcul des auteurs.