

**Mise à jour de l'offre et de la demande des
ressources humaines en santé 2008-2015**

**Planification des effectifs du secteur de la santé
Bureau du sous-ministre délégué
Ministère de la Santé
Gouvernement du Nouveau-Brunswick**

Mars 2009

Table des matières

1	DESCRIPTION DU PROJET	1
1.1	INFORMATION GÉNÉRALE	1
1.2	OBJECTIFS	1
1.3	INTENTION ET PHILOSOPHIE.....	2
2	APPROCHE ET MÉTHODOLOGIE	4
2.1	COLLECTE DES DONNÉES	4
2.2	ANALYSE CONJONCTURELLE DE HAUT NIVEAU.....	4
2.3	CONTRIBUTION DES GROUPES PROFESSIONNELS	5
2.4	CONTRIBUTIONS DU MARCHÉ DU TRAVAIL	5
2.5	MODÈLE DE PRÉVISION DES RESSOURCES HUMAINES EN SANTÉ (RHS)	5
2.5.1	<i>Offre</i>	6
2.5.2	<i>Demande</i>	7
2.5.3	<i>Écart entre l'offre et la demande</i>	7
3	TENDANCES ET ENJEUX GLOBAUX TOUCHANT LES RESSOURCES HUMAINES EN SANTÉ..	9
3.1	CONTEXTE NATIONAL.....	9
3.1.1	<i>Marché du travail – Nouveaux travailleurs</i>	9
3.1.2	<i>Données démographiques de la main-d'œuvre du secteur des soins de santé</i>	9
3.1.3	<i>Aspect économique des départs à la retraite</i>	10
3.2	CONTEXTE PROVINCIAL.....	11
3.2.1	<i>Données démographiques sur la population néo-brunswickoise</i>	11
3.2.2	<i>Rémunération</i>	11
3.2.3	<i>La technologie – L'avantage concurrentiel du Nouveau-Brunswick</i>	11
3.2.4	<i>Plan provincial de la santé 2008-2012</i>	12
4	ANALYSE DE L'OFFRE ET DE LA DEMANDE DES RESSOURCES HUMAINES EN SANTÉ SELON LA PROFESSION.....	15
4.1	SCIENCES SOCIALES.....	15
4.1.1	<i>Psychologues cliniciens</i>	15
4.1.2	<i>Travailleurs sociaux</i>	16
4.2	PROFESSIONS DANS LE DOMAINE DE LA RÉADAPTATION ET DE LA PHARMACIE	18
4.2.1	<i>Audiologistes et orthophonistes</i>	19
4.2.2	<i>Ergothérapeutes</i>	23
4.2.3	<i>Physiothérapeutes</i>	25
4.2.4	<i>Pharmaciens</i>	28
4.3	GROUPES DE LA TECHNOLOGIE MÉDICALE ET DE L'INFORMATION MÉDICALE	30
4.3.1	<i>Technologie appliquée à la cardiologie (ECG)</i>	31
4.3.2	<i>Technologues en neurophysiologie (technologues en EEG)</i>	33
4.3.3	<i>Technologues de laboratoire médical</i>	34
4.3.4	<i>Technologues en radiation médicale (TRM)</i>	36
4.3.5	<i>Inhalothérapeutes</i>	38
4.3.6	<i>Professionnels de la gestion et de l'information sur la santé</i>	40
4.4	GROUPES INFIRMIERS	42
4.4.1	<i>Infirmières immatriculées</i>	43
4.4.2	<i>Infirmières auxiliaires immatriculées (IAI)</i>	47
4.4.3	<i>Infirmières praticiennes (IP)</i>	50
4.5	AUTRES PROFESSIONS.....	52
4.5.1	<i>Diététistes</i>	52
4.5.2	<i>Travailleurs paramédicaux en soins primaires</i>	55
4.5.3	<i>Inspecteurs de la santé publique</i>	56
4.6	SOMMAIRE DES PRÉVISIONS DES RESSOURCES HUMAINES EN SANTÉ PAR PROFESSION	58
4.7	NOUVEAUX FOURNISSEURS DE SERVICES	60
4.7.1	<i>Sages-femmes</i>	60

4.8	ATTÉNUATION DES PÉNURIES DES RESSOURCES HUMAINES EN SANTÉ – CONSIDÉRATIONS, CONSÉQUENCES ET ACTIONS	61
4.8.1	<i>Considérations</i>	61
4.8.2	<i>Conséquences et actions</i>	62
5	AUTRES LOIS ET ORIENTATIONS STRATÉGIQUES AYANT UNE INCIDENCE SUR LES RESSOURCES HUMAINES EN SANTÉ.....	64
5.1	STRATÉGIE DE CROISSANCE DÉMOGRAPHIQUE DU PROGRAMME D'AUTOSUFFISANCE DU NOUVEAU-BRUNSWICK	64
5.2	CADRE DE PLANIFICATION DES RESSOURCES HUMAINES DE LA SANTÉ À L'ÉCHELLE PANCANADIENNE	64
6	CONCLUSIONS ~ TRANSFORMATION DU SYSTÈME DE SOINS DE SANTÉ DU NOUVEAU-BRUNSWICK.....	66
7	ANNEXE A – COMITÉ CONSULTATIF SUR LA MISE À JOUR DES RESSOURCES HUMAINES EN SANTÉ ET MANDAT	67
8	ANNEXE B – CONTRIBUTIONS, REMERCIEMENTS ET RÉFÉRENCES	69
9	ANNEXE C – ENSEMBLE DE DONNÉES MINIMALES	70
10	ANNEXE D – MODÈLE DU FORMULAIRE POUR LES TENDANCES ET LES ENJEUX.....	72
11	ANNEXE E – EXPLICATIONS ET HYPOTHÈSES DU MODÈLE DE PRÉVISION POUR LES RESSOURCES HUMAINES EN SANTÉ.....	73

1 Description du projet

1.1 Information générale

Des indices très répandus révèlent que le Canada connaît des pénuries en ce qui concerne son offre de fournisseurs de soins de santé. Sur le plan économique, une pénurie survient lorsque la demande excède l'offre. Pendant plusieurs années, l'offre des professionnels de la santé se caractérisait par des cycles d'expansion et de ralentissement. Par moments, des planificateurs ont constaté une offre excédentaire de fournisseurs de soins de santé et, par d'autres moments, une pénurie. De tels cycles sont typiques des marchés lorsqu'il y a décalage entre le moment où les décisions sont prises, comme l'augmentation des inscriptions dans les écoles de formation, et le moment où les répercussions de ces décisions deviennent apparentes. Les responsables de l'élaboration des politiques reconnaissent à présent que l'adoucissement de ces cycles nécessite une meilleure base de données probante pour la planification des ressources humaines en santé (RHS), ainsi que pour la prévision habituelle de l'offre et de la demande futures des ressources humaines en santé.

Ainsi, en 2002, le ministère de la Santé, en collaboration avec le ministère de l'Éducation, ainsi qu'avec l'ancien ministère de la Formation et Développement de l'emploi, a mandaté Fujitsu Consulting pour mener une analyse de l'offre et de la demande des ressources humaines en santé visant les groupes de professionnels des soins de santé travaillant dans les secteurs public et privé du Nouveau-Brunswick. Les résultats de cette étude ont permis d'établir un profil des professions de la santé dans la province et ont servi à éclairer les orientations stratégiques, les décisions et la planification touchant les ressources humaines en santé à partir d'une perspective du ministère de la Santé, mais aussi pour le compte du secteur de l'éducation et des employeurs dans le secteur de la santé.

La présente étude a pour but de fournir une mise à jour du travail effectué en 2002 en mettant à jour les prévisions de l'offre et de la demande des professionnels de la santé pour la période couvrant de 2008 à 2015. Cette mise à jour éclairera la planification des ressources humaines en santé et les orientations stratégiques relativement au Plan provincial de la santé de 2008-2012.

1.2 Objectifs

Les objectifs du projet sont les suivants :

- 1.** mener une analyse conjoncturelle de haut niveau concernant les tendances et les enjeux actuellement en cours dans le régime de santé tels qu'ils influent sur l'offre et la demande des ressources humaines en santé;
- 2.** cerner les tendances et les enjeux communs aux groupes professionnels compris dans cette étude ainsi que ceux qui sont propres à la profession;
- 3.** mettre à jour la recherche, les statistiques et les hypothèses à utiliser dans le modèle de prévision de l'offre et de la demande des ressources humaines en santé (p. ex. : augmentation du nombre de places dans les programmes de formation; données démographiques de la population des fournisseurs, etc.);
- 4.** mener une analyse démographique de la composition actuelle (basée sur les données d'inscription de 2007) de chaque profession de la santé pour laquelle les données sont disponibles;

5. prévoir, à partir des renseignements et des données disponibles, l'offre et la demande des professionnels de la santé pour les années 2008 à 2015;
6. mener une analyse des écarts de l'offre et la demande afin d'établir les plages possibles de pénuries et d'excédents des ressources humaines dans les professions, en s'appuyant sur les données disponibles et détaillées.

1.3 Intention et philosophie

Comme il est indiqué dans la communication commandée par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) intitulée *Integrating Workforce Planning, Human Resources, and Service Planning*¹ : « La planification intégrée des ressources humaines en santé consiste à évaluer les besoins futurs en ressources humaines et à établir des moyens efficaces de combler ces besoins. Il n'y pas de chiffre ou de combinaison parfaite et non équivoque de professionnels de la santé. Les besoins en fournisseurs de santé sont plutôt fixés selon les grandes décisions sociétales touchant le niveau des ressources engagées dans les soins de santé, l'organisation de la prestation et le financement des programmes de soins de santé, ainsi que selon le niveau et la combinaison des services de soins de santé. Même si davantage peut être fait en matière de prestation des services afin de combler les besoins de la population, la décision d'en faire davantage repose sur ce qu'il faudra délaissier pour fournir des ressources supplémentaires – des considérations qui sont essentiellement subjectives. » [Traduction libre]

La prévision des ressources humaines en santé est un exercice difficile, aussi bien pour mesurer l'offre des ressources dans chaque profession que pour mesurer la demande des services offerts par ces ressources. Par conséquent, l'exercice vise à faire ressortir les enjeux et les défis potentiels que l'on peut attendre au cours des prochaines années en matière des ressources humaines en santé. Ces connaissances permettent aux planificateurs et aux décideurs de voir comment se dessine l'avenir alors qu'ils s'efforcent d'adopter des conceptions de système durables et de planifier les ressources humaines en santé requis par ces systèmes.

La composante offre de l'équation comprend des données qui sont grandement mesurables et plus tangibles (le nombre et l'âge des effectifs actuels, les départs à la retraite possibles, les nouveaux diplômés chaque année, etc.). Toutefois, les données actuelles sur la main-d'œuvre en soins de santé sont encore limitées, ce qui agit sur la capacité des analystes de déterminer avec exactitude l'offre de bien des types de fournisseurs de soins de santé et comment on les utilise. Par conséquent, les activités de collecte de données pour bien des professions de soins de santé se limitent essentiellement au dénombrement des effectifs ainsi qu'à la prévision des nouveaux arrivants, des départs à la retraite possibles et d'autres départs naturels des effectifs.

Sur le plan de la demande, les services de soins de santé dépendent d'un grand éventail de facteurs, y compris des nouvelles maladies, des nouvelles possibilités de traitement, des consommateurs mieux informés, des nouvelles technologies et des nouveaux produits pharmaceutiques, des changements dans la prestation des soins de santé et du vieillissement de la population. De plus, les interventions « en amont » caractérisées par une approche axée sur la promotion de la santé ou sur la santé de la population se répercutent également sur la demande. Donc les répercussions sont difficiles à évaluer. La demande des professionnels de la santé est souvent évaluée de façon approximative à l'aide de mesures basées sur l'utilisation. L'utilisation est la mesure avec laquelle la population a recours au système de soins de santé. Néanmoins, les mesures reposant sur l'utilisation ne tiennent pas compte de la demande non satisfaite dans le système.

¹ Linda O'Brien-Pallas, Stephen Birch, Andrea Baumann et Gail Tomblin Murphy. OMS 2001.

Déterminer l'étendue et l'imminence d'une situation de pénurie des ressources humaines dans diverses professions de la santé exige une combinaison mesurée de chiffres estimatifs sur les ressources humaines en santé, y compris l'expérience et les connaissances du système de soins de santé. Ces connaissances incluent souvent des renseignements anecdotiques qui sont plus difficiles à mesurer, notamment les délais d'attente plus long pour voir certains professionnels de la santé ou l'incapacité d'attirer un professionnel dans un certain cadre ou une certaine région des soins de santé. Cependant, le recours à cette combinaison de données peut éclairer les planificateurs des ressources humaines en santé et de la prestation des soins de santé afin qu'ils effectuent des ajustements en matière de politiques bien avant que la situation de pénurie n'atteigne un seuil critique.

Malgré les données manquantes qui caractérisent de nombreuses professions de la santé, on considère que l'inclusion des chiffres estimatifs, lorsqu'ils sont ajoutés aux connaissances, à l'expérience et aux preuves basées sur la pratique caractérisant le système de la santé, constitue encore une approche plus prudente que la planification statique des ressources humaines en santé, immobilisée par la crainte du manque de données et de l'imperfection des renseignements.

2 Approche et méthodologie

2.1 Collecte des données

Plusieurs sources de données ont été utilisées comme base pour effectuer l'analyse et la prévision des professions. La source de données principale est la base de données des fournisseurs de services (BDFS) du ministère de la Santé qui est directement alimentée à partir de la dernière année d'adhésion (soit 2007) en se servant des formulaires d'inscription présentés par les membres de l'association. Les groupes suivants font partie de la base de données:

1. Audiologistes
2. Orthophonistes
3. Physiothérapeutes
4. Ergothérapeutes
5. Technologues de laboratoire médical
6. Technologues en radiation médicale
7. Infirmières immatriculées
8. Infirmières auxiliaires immatriculées
9. Travailleurs sociaux

Pour tous les autres groupes compris dans l'étude, les données d'adhésion ont été fournies directement par les associations selon un ensemble de données minimal prescrit (EDM)² créé en prévision de la mise à jour des ressources humaines en santé (fournie à l'annexe C). Les groupes suivants ont fourni des données, dans la mesure où elles étaient disponibles, selon les prescriptions:

1. Technologues en électroencéphalographie ou en cardiologie
2. Technicien en électroencéphalographie (techniciens en électroneurophysiologie)
3. Professionnels de la gestion de l'information sur la santé
4. Travailleurs paramédicaux en soins primaires
5. Inspecteurs de la santé publique
6. Technologues en inhalothérapie et inhalothérapeutes
7. Diététistes
8. Psychologues

Il est important de souligner qu'il était impossible d'effectuer une prévision pour tous les groupes susmentionnés, soit à cause de leur petite dimension ou de données incomplètes. Néanmoins, les tendances et les enjeux liés à l'offre et à la demande des ressources humaines en santé ont été dégagés et une analyse des données portant sur la composition ou l'adhésion actuelle des groupes a été effectuée dans la mesure du possible, selon la disponibilité des données.

2.2 Analyse conjoncturelle de haut niveau

L'analyse conjoncturelle repose sur les renseignements disponibles sur le système de prestation des soins de santé au Nouveau-Brunswick, comme il existe à l'heure actuelle, ainsi que sur les projets de modifications futures prévues à la prestation des soins de santé et à l'utilisation des professionnels des soins de santé dans la province. Cette analyse tient également compte des grandes questions qui peuvent agir sur l'offre et la demande des ressources humaines en santé d'ici à 2015.

² Ensemble de données minimal (EDM) fourni à l'annexe C.

L'analyse conjoncturelle porte sans s'y limiter sur le matériel documentaire suivant :³

- Plan provincial de la santé (2008-2012)
- Plan provincial de la santé (2008-2012) : Initiatives principales
- La planification des ressources humaines en santé du Nouveau-Brunswick prend de l'ampleur
- Étude de la planification des ressources humaines en santé de l'Atlantique (2005)
- Les dispensateurs de soins de santé au Canada, de 1997 à 2006 – Guide de référence (Institut canadien de l'information sur la santé – ICIS)
- Moving Forward: Pharmacy Human Resources for the Future (septembre 2008)
- Rapports annuels et rapports de recherche axés sur les professions, suivant la disponibilité.

2.3 Contribution des groupes professionnels

Les intervenants des groupes professionnels de la santé inclus dans l'étude ont rendu possible une mise à jour de l'offre et de la demande des ressources humaines en santé en donnant une rétroaction sur les tendances et les enjeux propres qui caractérisent les professions, suivant les répercussions qu'ils peuvent avoir sur l'offre et la demande des ressources humaines en santé dans la profession visée.

Les associations, les régies régionales de la santé et une grande gamme de divisions du ministère de la Santé (une liste complète est fournie à l'annexe B) ont apporté leur contribution au présent exercice. Cette contribution a servi à éclairer le processus de mise à jour et sera utilisée sur une base continue par les planificateurs. En outre, les principaux thèmes définissant chaque groupe se trouvent dans des sections ultérieures sous « Tendances et enjeux », tels qu'ils sont présentés pour chacune des professions. Le modèle suivi par les groupes intitulé « Tendances et enjeux pour les professions de la santé » est présenté à l'annexe D.

2.4 Contributions du marché du travail

Les contributions du marché du travail renferment les renseignements reçus des groupes et des établissements de formation (collèges et universités), de la Commission de l'enseignement supérieur des Provinces maritimes et du ministère de l'Éducation postsecondaire, de la Formation et du Travail (EPFT).

Ces données portent sur les programmes de formation, notamment la durée du programme, le nombre de places, le taux d'attrition, le nombre de diplômés et les plans de modification des programmes (augmentation ou diminution du nombre de places, nouveaux programmes, etc.).

2.5 Modèle de prévision des ressources humaines en santé (RHS)

Conçu et créé en 2002 pour l'étude originale, le modèle de prévision de l'offre et de la demande des ressources humaines en santé s'appuie sur une structure de base commune utilisée pour prévoir l'offre et la demande des ressources humaines. Il possède trois composantes, à savoir :

- Offre – offre existante des ressources humaines en santé
- Demande – demande des ressources humaines en santé pour le système de prestation des soins de santé
- Analyse de la plage d'écart – interaction de l'offre et de la demande et équilibre ou déséquilibre qui en découle (positif ou négatif)

³ Liste complète des ressources; participants à l'étude; et les références sont fournies à l'annexe B.

Il est important de souligner que la disponibilité des données concernant la demande demeure limitée à ce stade en raison des réformes importantes qui sont en cours (p. ex. : besoins en ressources humaines en santé associés à la mise en œuvre des initiatives du Plan provincial de la santé). Il est donc prudent en ce qui concerne la mise à jour actuelle du modèle de prévision des ressources humaines en santé de s'appuyer essentiellement sur les éléments de données de la composante offre. La composante offre est constituée de facteurs d'entrée et de sortie tels que les nouveaux arrivants dans les professions provenant des programmes de formation et les sorties des professions en raison des départs à la retraite, des décès, des migrations et d'autres départs naturels.

La période de prévision pour le présent exercice de mise à jour va de 2008 à 2015. En s'appuyant sur la rétroaction des principaux intervenants figurant dans l'étude de 2002, la mise à jour a été remaniée pour prévoir les plages de planification des écarts par opposition aux prévisions ponctuelles (un seul chiffre). La plage des prévisions varie entre +10 pour cent et -10 pour cent pour représenter les écarts qui figurent dans les hypothèses de planification ou les changements d'orientation et les modifications apportées au système qui peuvent surgir, mais demeurent inconnus pour l'instant. Les composantes et les détails particuliers du modèle sont présentés dans les sections ultérieures tandis que les explications du modèle de prévision et les hypothèses sont expliquées plus en détail à l'annexe E.

2.5.1 *Offre*

L'offre des ressources humaines en santé est déterminée par plusieurs facteurs, notamment le nombre d'étudiants admis dans les établissements de formation, les taux d'attrition, les taux de migration nets, les taux de départ à la retraite, les taux de mortalité, les conditions de travail, la satisfaction au travail et divers autres facteurs liés au recrutement et au maintien en poste.

La formulation de l'offre du modèle de prévision est présentée comme suit :

Nombre actuel + Ajouts – Sorties

Nombre actuel – le nombre actuel de personnes dans un groupe professionnel (la méthode du dénombrement des effectifs et non les équivalents temps plein ou les ETP inscrits et travaillant dans la profession).

Les ajouts sont fondés sur les données disponibles, y compris :

Les nouveaux arrivants sont calculés à partir de la sortie de tous les programmes de formation durant la période de 2008 à 2015 (sources connues qui approvisionneront l'offre des effectifs dans chacune des professions au Nouveau-Brunswick). Le pourcentage attendu qui demeurera au Nouveau-Brunswick ou qui viendra au Nouveau-Brunswick est évalué selon les recherches sur les professions et les tendances historiques.

La réserve de soutien (où les données existent) inclut la réserve de travailleurs inactifs formés pour travailler dans une profession, mais qui ne sont pas employés à l'heure actuelle dans cette profession (ils peuvent être sans emploi ou travailler dans une autre profession). La réserve de soutien est un intrant important du point de vue des politiques, car ces travailleurs peuvent avoir besoin d'un incitatif pour réintégrer les effectifs de cette profession.

La migration nette ou les afflux nets (migration d'entrée, immigration et migration de sortie) comprend les personnes venant au Nouveau-Brunswick à partir d'autres provinces et pays de même que les personnes qui quittent le Nouveau-Brunswick. On utilise les taux globaux de migration provinciale par groupe d'âge et de sexe.

Les sorties incluent les départs naturels de la main-d'œuvre en raison de divers facteurs aussi bien temporaires que permanents, comme l'invalidité à court ou à long terme, les congés de maternité, la participation aux programmes de formation, les départs à la retraite, les décès, l'émigration ou la migration de sortie et les départs naturels non attribuables à la retraite ou aux décès occasionnés notamment par des choix de mode de vie, l'éducation permanente et les problèmes de santé.

2.5.2 Demande

La composante demande du modèle emploi comme base le taux moyen de postes vacants pendant deux ans du secteur public pour chaque profession ainsi que les affichages des emplois du secteur privé au cours de 2008. Comme il est mentionné précédemment, la composante demande présente des difficultés en raison des données manquantes qui ne permettent pas une mesure exacte de la demande actuelle et future dans le système. À l'heure actuelle, on utilise des mesures de base ainsi que les données et les renseignements les mieux éclairés pour évaluer approximativement la demande. Aux stades d'élaboration des politiques et de planification des ressources humaines en santé, les connaissances et l'expérience des planificateurs doivent entrer en ligne de compte ainsi que les résultats de l'exercice de prévision des chiffres.

Les facteurs relatifs à la demande difficiles à quantifier sont les attentes du public, les modifications apportées au système de prestation des soins de santé et la promotion des stratégies de mieux-être. Tous ces facteurs agiront sur la façon dont les ressources de soins de santé sont utilisées dans le système. Ils doivent être pris en compte par les planificateurs en plus de l'exercice de prévision.

2.5.3 Écart entre l'offre et la demande

Dans l'analyse de l'écart, une interaction doit exister entre les composantes de l'offre et de la demande du modèle de prévision pour créer l'équilibre ou le déséquilibre. L'analyse de l'écart permet de prédire les pénuries ou les excédents par profession dans une plage (en se basant sur une quantité suffisante d'information).

L'analyse de l'écart présente la différence entre l'offre prévue des professionnels de la santé dans une certaine profession et la demande perçue des professionnels de cette profession ainsi que l'imminence du déséquilibre prévu au cours de la période de prévision de 2008-2015.

Les résultats des modèles de prévision de chacune des professions de la santé sont présentés dans la section 4 sous la rubrique intitulée « Prévision des ressources humaines en santé ». Un tableau récapitulatif (tableau 17) à la section 4.6 présente les plages d'écart de tous les groupes pour des années choisies, soit 2008, 2011 et 2015. À noter que les chiffres entre parenthèses dans les colonnes *plage d'écart de +10 pour cent et -10 pour cent* des tableaux indiquent une pénurie dans la profession pour l'année en question.

Il est important de souligner que les pénuries professionnelles sont cumulatives avec le temps, en ce sens que si le *statu quo* l'emporte et qu'aucune mesure n'est prise pour corriger l'écart, celui-ci augmentera et s'accroîtra au cours de la période de prévision, étant donné que le résultat de chaque année s'ajoute à celui prévu de l'année précédente. En revanche, si des mesures sont prises au cours d'une année donnée pour réduire l'écart, il y aura une réduction connexe dans les pénuries prévues au cours des années qui suivront.

Les meilleures pratiques fondées sur les preuves mises en œuvre pour corriger ces écarts prévus peuvent

entraîner des résultats très positifs, notamment en situation de crise où toutes les parties conviennent que le *statu quo* n'est plus une option.

3 Tendances et enjeux globaux touchant les ressources humaines en santé

Les effectifs dans le secteur des soins de santé du Nouveau-Brunswick sont influencés par toute une gamme de facteurs intrinsèques à la province, à la région, à l'ensemble du pays et, de plus en plus, à d'autres pays. Il existe une panoplie de questions mondiales qui contribuent à soulever des préoccupations au sujet des pénuries futures dans les effectifs du secteur des soins de santé, dont une inscription plus faible dans de nombreux établissements de formation au cours des dernières décennies, la prolongation de la période d'étude dans de nombreux programmes de santé, l'âge d'inscription plus avancé des étudiants, une tendance vers la retraite anticipée et la retraite à venir des *baby-boomers*.

Dans cette section, nous examinerons sous divers aspects les tendances et les enjeux globaux, le marché du travail en général, la main-d'œuvre dans le secteur des soins de santé et le système de prestation des soins de santé au Nouveau-Brunswick, ainsi que les données sociodémographiques de la population du Nouveau-Brunswick, particulièrement en ce qui concerne leur influence sur la demande des soins de santé dans la province.

3.1 Contexte national

3.1.1 Marché du travail – Nouveaux travailleurs

En regardant vers l'avenir, la croissance dans le marché du travail au Canada ralentira considérablement. La période de croissance rapide au sein de la main-d'œuvre est terminée. Entre 1991 et 2001, la croissance de la main-d'œuvre évoluait à un rythme de 9,5 pour cent. Néanmoins, les projections démographiques et économiques annoncent une croissance nette très faible de la main-d'œuvre d'ici la deuxième décennie de ce siècle. Les *baby-boomers*, âgés de 37 à 55 ans, constituaient jusqu'à 47 pour cent de la main-d'œuvre en 2001 et, dans dix ans, la moitié de ce groupe sera âgée de 55 ans ou plus et 18 pour cent seront âgés de 60 ans ou plus. À mesure que la génération des *baby-boomers* avancera en âge, ses membres prendront leur retraite. Même s'ils continuent à travailler, un grand nombre d'entre eux réduiront probablement leurs heures de travail à moins que des incitatifs soient offerts pour qu'ils restent en poste.

Selon l'Atlantic Institute for Market Studies (AIMS), la base d'emploi au Canada diminuera brusquement au cours des prochaines années alors que le pays franchira un grand fossé démographique. AIMS a établi que le pays entre dans une ère de pénurie grave de la main-d'œuvre, laquelle va en s'aggravant. Depuis les années 1960, près d'un quart de million de personnes sont entrées chaque année dans la population active, mais avec la génération des *baby-boomers* qui arrivent à la retraite, ce chiffre reculera grandement. Au cours des cinquante dernières années, la main-d'œuvre au Canada s'est accrue de 200 pour cent. Au cours des cinquante prochaines années, la main-d'œuvre ne croîtra que de 11 pour cent, ce qui appuie nettement le besoin de réformes pour favoriser l'établissement d'un système de la santé durable en ayant recours à des ressources humaines plus limitées en général.

3.1.2 Données démographiques de la main-d'œuvre du secteur des soins de santé

Au Canada, la main-d'œuvre dans le secteur des soins de santé vieillit alors que la génération *baby-boom* des travailleurs de la santé commence à atteindre l'âge de la retraite. Cette réalité pose des défis en matière de planification des ressources humaines en santé lorsqu'elle est conjuguée à la dynamique de la population active actuelle et aux difficultés que représente le fossé des générations au sein de la main-

d'œuvre comme il est décrit ci-après.⁴

Pour la première fois dans l'histoire récente, la main-d'œuvre s'étend sur quatre générations. Cela présente des défis et des possibilités importants pour les planificateurs des ressources humaines en santé, ainsi que pour les gestionnaires dans les établissements. Il faudra peut-être des stratégies différentes pour attirer et motiver les membres de chaque génération, ce qui exige une compréhension des caractéristiques et des valeurs propres à chaque génération ainsi que des perceptions qu'elle se fait d'un milieu de travail idéal.

D'après la documentation, chacune de ces quatre générations est unique et sensiblement différente des autres. La génération de l'après-guerre, née entre 1922 et 1945, valorise le dur labeur et l'abnégation de soi. Ce groupe respecte l'autorité.

Les *baby-boomers*, nés entre 1946 et 1964, ont tendance à remettre en question l'autorité. Ils valorisent le statut social et sont parfois des bourreaux de travail.

La génération de l'après *baby-boom* (née entre 1965 et 1980) a tendance à valoriser l'autonomie et la sécurité professionnelle à la sécurité d'emploi. Ses membres sont habitués à une communication directe et immédiate et sont plus intéressés par la conciliation travail-vie.

Finalement, la plus jeune génération des travailleurs dans le secteur des soins de santé, la génération *écho boom* (née après 1980), est composée de personnes qui ont tendance à être plus axées sur les objectifs, désirent une rétroaction immédiate et favorisent un travail enrichissant.

Ce fossé générationnel considérable se traduit par un grand éventail de désirs et de pratiques sur le plan du travail qui se répercutent actuellement sur les effectifs du secteur des soins et qui continueront de se répercuter au cours des années à venir. La nouvelle génération des travailleurs exige une plus grande flexibilité du travail, des possibilités de travail à temps partiel et elle a moins envie de travailler des heures supplémentaires et de sacrifier son mode de vie pour le travail, ce qui était très courant chez les générations de l'après-guerre et des *baby-boomers*.

Une sensibilisation plus aiguë à la réalité de cette nouvelle main-d'œuvre fait ressortir la nécessité pour les planificateurs des ressources humaines en santé et les conseillers en matière de politiques de repenser les milieux de travail actuels ainsi que l'utilisation des travailleurs des soins de santé en général.

3.1.3 Aspect économique des départs à la retraite

L'incertitude économique continue, la volatilité des marchés et les valeurs déclinantes des portefeuilles en 2008 sont des tendances qui soulèvent de sérieux problèmes pour les personnes déjà à la retraite ou pour celles qui la planifient. Bien sûr, il est trop tôt pour conclure que les portefeuilles de placement moins performants se traduiront par la remise à plus tard des projets de retraite de la part des travailleurs. En revanche, des sondages et des rapports anticipés indiquent que de nombreux travailleurs repoussent l'âge prévu de leur retraite.

Par conséquent, il est prudent de penser que si les décisions de remettre à plus tard la retraite se matérialisent et qu'elles se généralisent au sein de la main-d'œuvre du secteur des soins de santé, les conséquences de la situation de pénurie prévue dans le texte actuel pourraient, en quelque sorte, être atténuées à court et à moyen terme.

Cette dynamique changeante des départs à la retraite peut cependant se prêter à de nouvelles possibilités

⁴ Institut canadien d'information sur la santé (ICIS), décembre 2008.

de mentorat en établissant un régime de partage d'emploi entre des professionnels adultes expérimentés et les nouveaux arrivants au sein de la main-d'œuvre du secteur des soins de santé ainsi qu'à des possibilités de partage d'emploi entre ces professionnels et les jeunes mères, qui tous deux recherchent des possibilités de travail à temps partiel ou d'horaires souples.

3.2 Contexte provincial

3.2.1 Données démographiques sur la population néo-brunswickoise

Les données démographiques de la population du Nouveau-Brunswick comportent deux composantes qui auront un effet sur les soins de santé dans l'avenir, tant du point de vue de l'offre que de la demande.

Premièrement, il y a le déclin de la population dans le groupe d'âge des jeunes. De 2001 à 2006, le nombre de résidents au Nouveau-Brunswick âgés de 0 à 14 ans a diminué de 9,1 pour cent. Comme il est mentionné dans la section précédente, la diminution des données démographiques concernant les jeunes a des répercussions négatives sur les chiffres de la main-d'œuvre future dans la province, c'est-à-dire qu'il y aura moins de jeunes gens et qu'ils choisiront de se lancer dans un ensemble de carrières encore plus vaste qu'auparavant, le secteur des soins de santé n'étant qu'un seul parmi tant d'autres secteurs à choisir.

Deuxièmement, comme il est mentionné plus haut, même si le Nouveau-Brunswick continue de connaître une diminution de la population (738 133 en 1996, 729 997 en 2001 et 729 498 en 2006), c'est la composition de la population qui est importante sur le plan de la prestation des services de soins de santé. La génération vieillissante des *baby-boomers* commencera à créer une grosse bulle démographique dans le groupe de personnes plus âgées. Comme il est mentionné précédemment, on prévoit que l'incidence des maladies liées à l'âge augmentera, ce qui affectera grandement la demande future des services de soins de santé et qui entraînera un plus grand besoin de certains types de ressources humaines en santé.

3.2.2 Rémunération

La rémunération des travailleurs est une préoccupation et un dénominateur commun au sein des professions des soins de santé, car elle touche le recrutement et le maintien en poste des professionnels qualifiés. La rémunération ou la disparité salariale se répercute sur le recrutement et le maintien en poste de plusieurs manières, à la fois sur le plan régional, interprovincial et international, car le Nouveau-Brunswick est en concurrence avec d'autres compétences administratives pour attirer des professionnels de la santé. Il subit également une concurrence à l'intérieur de la province entre le secteur public et privé pour l'obtention de professionnels.

3.2.3 La technologie – L'avantage concurrentiel du Nouveau-Brunswick

On prévoit que bien des tendances et des enjeux visant les ressources humaines en santé auront un effet négatif sur la main-d'œuvre au Nouveau-Brunswick. Cependant, l'influence positive de la technologie sur les soins aux patients et la prestation des soins de santé au Nouveau-Brunswick a un potentiel immense. Il est possible de maximiser cet aspect des soins de santé qui évolue rapidement afin d'atténuer certaines difficultés liées aux ressources humaines et certaines pénuries dans la plupart des professions de la santé. En fait, la technologie est l'avantage concurrentiel du Nouveau-Brunswick et la province est en bonne position pour exploiter le secteur de la technologie hautement avancée qui a pris racine et progresse au Nouveau-Brunswick depuis la dernière décennie.

Comme exemple, le projet pilote Télé-Soins a été lancé, il y a plus d'une décennie. Le programme Télé-Soins est un exemple d'un usage réussi de la technologie pour prodiguer de meilleurs soins aux patients dans la province en améliorant l'accès aux services de santé dans les régions rurales tout en augmentant l'efficacité du système. D'autres applications prometteuses de Télé-Soins sont en train de voir le jour, notamment dans les services communautaires.

3.2.4 Plan provincial de la santé 2008-2012

Le « Pacte pour le changement » stipule que le rôle des infirmières, des infirmières praticiennes, des pharmaciens et des autres fournisseurs de soins de santé sera rehaussé afin d'améliorer l'accès des patients aux soins de santé primaires. Le Plan provincial de la santé procure des détails supplémentaires en présentant les grandes initiatives qui ont des répercussions sur la demande des ressources humaines en santé dans la province. Elles sont les suivantes :

Accès aux soins de santé primaires : Six nouveaux centres de santé communautaires (CSC) seront établis, soit deux centres ruraux situés dans le village de Rexton et dans la région du Haut-Madawaska; un centre urbain à Fredericton; trois services par satellite liés au CSC (le Centre communautaire Sainte-Anne en collaboration avec le nouveau CSC de Fredericton; le Centre Samuel de Champlain en collaboration avec le CSC de Saint John et le Centre de Saint-Isidore en collaboration avec le CSC de Caraquet).

Projet pilote d'équipes de soins de santé primaires : Un projet pilote sera poursuivi afin d'établir des équipes de soins de santé primaires pour améliorer la prestation de services de collaboration dans les cabinets de médecin communautaires. Cela permettra aux médecins d'offrir un soutien multidisciplinaire à leurs patients.

Accès amélioré au programme extra-mural pour les services de soins de santé à domicile : Des infirmières auxiliaires immatriculées (IAI) et du personnel de soutien en réadaptation supplémentaires seront embauchés à l'échelle de la province et un projet de démonstration dirigé par un pharmacien sera mis en œuvre dans une région pour favoriser l'accès aux services de soins de santé à domicile.

Soins contre le cancer – Radiothérapie : En accord avec le gouvernement du Canada, le Nouveau-Brunswick établira, d'ici à mars 2010, une garantie du délai d'attente de huit semaines pour la radiothérapie. À cette fin, le gouvernement provincial examinera, créera et mettra en œuvre des processus stratégiques en ce qui concerne les projections de l'offre et la demande afin que la garantie du délai d'attente du patient soit respectée.

Pour ce qui est des groupes particuliers des ressources humaines en santé, le Plan provincial de la santé s'engage à ce qui suit :

Professionnels paramédicaux

- Le ministère de la Santé présentera un programme de mentorat pour les professionnels paramédicaux nouvellement recrutés, semblable à celui qui existe actuellement pour les infirmières. Le premier objectif de ce programme sera de faciliter l'intégration totale de nouveaux professionnels dans l'équipe de soins de santé et d'encourager une première impression positive du lieu de travail, en contribuant ainsi au recrutement et au maintien en poste des professionnels de la santé spécialisés.
- Des fonds plus importants seront accordés au Programme de bourses d'études en santé du Nouveau-Brunswick. Ce programme s'adresse aux professionnels de la santé difficiles à recruter

dans le secteur public.

- Une nouvelle initiative provinciale axée sur l'utilisation d'un éventail équilibré de pharmaciens, de techniciens en pharmacie, de travailleurs en pharmacie et de technologie sera entreprise pour s'assurer que les ressources limitées de pharmaciens sont réparties le plus efficacement possible dans les établissements.

Soins infirmiers

- L'optimisation des rôles des fournisseurs de soins infirmiers se poursuivra et mettra l'accent sur l'infirmière immatriculée. Un examen de l'utilisation des infirmières sera mis en place pour s'assurer que toutes les compétences des infirmières immatriculées sont utilisées dans chaque secteur du système de soins de santé.
- En collaboration avec les régies régionales de la santé et les intervenants, le ministère de la Santé compte également constituer un comité de gestion des présences et de la qualité de la vie au travail pour déterminer les moyens d'assurer et de maintenir une assiduité régulière dans un environnement de travail favorable.
- Un programme de subvention sera élaboré pour les étudiants de la faculté des sciences infirmières qui veulent poursuivre des études supérieures. Des bourses de 10 000 \$ seront offertes chaque année.
- Le ministère de la Santé travaillera avec le Syndicat des infirmières et infirmiers du Nouveau-Brunswick (SIINB) et les intervenants pour établir un programme d'exonération du remboursement des prêts étudiants pour les étudiantes ou étudiants de la dernière année du programme des sciences infirmières.
- Un programme de bourses sera élaboré pour les étudiantes infirmières auxiliaires qui sont en dernière année au Collège communautaire du Nouveau-Brunswick. Les infirmières auxiliaires immatriculées (IAI) qui demeurent dans le secteur public seront en mesure de postuler pour une bourse.
- Un programme d'emploi d'été pour les étudiantes ou étudiants infirmiers auxiliaires sera mis en place en collaboration avec les régies régionales de la santé et les foyers de soins afin d'améliorer l'employabilité.
- Au cours des trois prochaines années, soixante-quinze (75) nouvelles places au total seront ajoutées aux programmes de formation des infirmières et infirmiers auxiliaires immatriculés anglophones et francophones dans les collèges communautaires du Nouveau-Brunswick afin d'augmenter la réserve future.
- Au cours des quatre prochaines années, 40 nouveaux postes d'infirmière praticienne en soins de santé primaires viendront s'ajouter aux postes existants.
- Afin de tirer le maximum de nos ressources infirmières, le ministère de la Santé offrira le coût de remplacement et le remboursement des frais de scolarité pour inciter les infirmières et infirmiers auxiliaires immatriculés à suivre des programmes d'administration des médicaments.
- Le ministère collaborera avec les régies régionales de la santé, les établissements d'enseignement et d'autres intervenants pour évaluer les besoins en apprentissage et pour offrir des possibilités de perfectionnement éducatif et professionnel aux infirmières.

Il est important de souligner, cependant, que les détails des initiatives présentées ci-dessus et leurs conséquences réelles sur les ressources humaines en santé ne sont pas encore déterminés en général, mais on doit en tenir compte dans la planification future des ressources ainsi que des résultats découlant de l'étude actuelle.

4 Analyse de l'offre et de la demande des ressources humaines en santé selon la profession

Cette section présente des renseignements détaillés pour chaque groupe professionnel de la santé. Il convient de souligner que la section des tendances et des enjeux est fondée sur des renseignements transmis par les groupes professionnels et complétés par des éléments de recherche disponibles. La portée du présent exercice ne permet pas une corroboration détaillée de tous les renseignements transmis par les groupes.

La section sur l'analyse de l'effectif actuel pour chacun des groupes s'appuie sur des données de 2007, l'année la plus récente sur le plan des données concernant l'adhésion lorsque l'exercice a été mené.

4.1 Sciences sociales

4.1.1 Psychologues cliniciens

Tendances et enjeux

Critères d'entrée à la profession

À l'heure actuelle, un diplôme de maîtrise, une année de supervision et la réussite à l'examen écrit sont des critères pour devenir membre agréé du Collège des psychologues du Nouveau-Brunswick (CPNB). À compter du 1^{er} juillet 2011, le doctorat deviendra le nouveau point d'entrée dans cette profession. Compte tenu de ces nouveaux critères, le Collège travaille en étroite collaboration avec les universités du Nouveau-Brunswick pour s'assurer que les programmes offerts répondent aux critères du CPNB.

L'un des critères du programme de doctorat veut que les étudiants fassent un internat de 1600 heures dans un service de psychologie accrédité. À l'heure actuelle, il existe un programme d'internat accrédité dans la province. Il s'agit d'un partenariat entre le Centre de réadaptation Stan Cassidy et l'hôpital D^r Everett Chalmers, tous les deux situés à Fredericton.

La capacité actuelle de ces internats au Canada ne suffira pas à la demande à la suite de ce nouveau critère. À ce titre, l'accréditation et le financement des services de psychologie supplémentaires sont déterminants pour que les étudiants puissent effectuer un internat, de préférence dans leur province natale, puisque les études démontrent que les étudiants demeurent souvent là où ils ont terminé leur internat. Si l'on avait des fonds supplémentaires pour appuyer de tels programmes d'internat accrédités en psychologie dans la province, cela favoriserait également le recrutement et le maintien en poste des psychologues en général.

En ce moment, un nombre limité de services de psychologie dans la province répondrait aux critères nécessaires pour obtenir l'accréditation, ce qui ajouterait une difficulté importante à ce critère de nouvelle entrée dans la profession, que plusieurs compétences administratives n'appuient pas au Canada.

Maintien en poste dans le secteur public

Le Collège a indiqué que les psychologues dans le secteur public quittent leurs emplois pour travailler dans le secteur privé pour diverses raisons. Cela présente des défis sur le plan de la dotation des postes de

psychologue dans le secteur public. Souvent, ces postes sont pourvus par des professionnels de la santé qui ne sont pas des psychologues.

Selon les membres de la profession, l'un des facteurs qui contribuent à cette tendance est, entre autres, l'absence de délimitation ou de clarification des rôles des professionnels de la santé mentale, en ce sens que les qualifications, le rôle et l'avantage distincts qui sont rattachés aux psychologues dans le système ne se distinguent pas souvent des autres professionnels, comme les travailleurs sociaux et les infirmières. Plusieurs de ces professionnels de la santé ont des profils de compétences similaires ou complémentaires.

Analyse des effectifs actuels

En 2007 on comptait 412 psychologues agréés pour exercer au Nouveau-Brunswick. Il s'agit d'une hausse importante (47 pour cent) par rapport aux 279 psychologues inscrits en 2002. Les femmes constituent la majorité de ce groupe, soit 267 ou 65 pour cent, tandis que les hommes sont au nombre de 144 ou 35 pour cent. L'âge moyen de ce groupe est le plus élevé de toutes les professions de la santé, soit 49 ans, une augmentation par rapport à 46 ans en 2002.

Le facteur particulier de l'analyse démographique de ce groupe demeure lorsqu'on analyse les groupements par tranche de cinq ans. Le pourcentage le plus élevé de cette main-d'œuvre (19 pour cent) se situe dans la catégorie des 60 ans ou plus. Seuls cinq pour cent de cette main-d'œuvre sont âgés de moins de 30 ans, 16 pour cent se situent dans la catégorie de 30 à 39 ans, 22 pour cent, entre 40 et 49 ans, et 24 pour cent, dans le groupement de 50 à 59 ans. L'âge est non précisé pour 15 pour cent de ce groupe professionnel.

Le scénario du départ à la retraite et du remplacement dans ce groupe est crucial puisque 30 pour cent de cet effectif sont actuellement âgés de 55 ans ou plus (et cela n'inclut pas les 60 personnes pour qui l'âge n'est pas précisé). De plus, 15 pour cent des psychologues feront leur entrée dans la catégorie de retraite des 55 ans ou plus au cours de la période de prévision. La proportion élevée de cet effectif dont l'âge dépasse 55 ans peut être caractérisée par un grand nombre de psychologues qui partent à la retraite, mais qui pendant de nombreuses années maintiennent une pratique privée à temps partiel pour laquelle il est difficile d'établir l'équivalence à temps plein.

Prévision des ressources humaines en santé

En raison de données insuffisantes pour étoffer le modèle de prévision au moment de l'exercice de la mise à jour de l'analyse des ressources humaines en santé, il n'a pas été possible d'établir une prévision pour ce groupe. Toutefois, l'analyse de l'effectif présentée ci-dessus, sur le plan du scénario du départ à la retraite et du remplacement, présentera des défis de planification importants des ressources humaines pour le groupe de psychologues au cours de la période de prévision.

4.1.2 Travailleurs sociaux

Tendances et enjeux

Besoins économiques et sociaux grandissants de la population

Il est généralement reconnu que les problèmes socioéconomiques sont attribuables à la dépendance envers les services sociaux. Ce genre de problème est à la hausse au Nouveau-Brunswick. Par conséquent, on assiste à une demande croissante de ces services partout dans la province. De plus, la démographie changeante de la population du Nouveau-Brunswick sur le plan du vieillissement signifie un besoin accru des services offerts par les travailleurs sociaux qui se spécialisent en gérontologie afin de combler les besoins de cette cohorte grandissante.

Recrutement et maintien en poste

Le groupe des travailleurs sociaux âgés de 50 ans ou plus au Nouveau-Brunswick a pris de l'ampleur depuis 2002, donc le remplacement des personnes partant à la retraite deviendra encore plus difficile, car il n'y a pas suffisamment de nouveaux travailleurs sociaux pour remplacer les personnes qui quittent la profession pour prendre leur retraite. Ainsi, il sera pressant de conserver et d'attirer autant de diplômés que possible dans les années à venir. Dans la profession, on croit qu'il est crucial de mettre au point une stratégie de rapatriement ciblant les travailleurs sociaux.

On y suggère que les programmes d'enseignement devraient comporter des volets spécialisés qui reflètent la nouvelle clientèle et les complexités vécues en essayant d'offrir, entre autres, un service à une population vieillissante et des soins palliatifs.

Sur le plan du maintien en poste, les travailleurs sociaux signalent un accroissement de la charge de travail ou du nombre de cas à traiter dans tous les divers domaines d'exercice, comme le stipule le rapport Fujitsu de 2002 à la page 61 : « ...les charges de travail non réalistes demeurent un des principaux éléments dissuasifs ayant trait à la satisfaction au travail et au maintien des effectifs... ». Au sein de la profession, on croit que cette réalité s'applique toujours.

Analyse des effectifs actuels

En 2007, on comptait 1 512 travailleurs sociaux inscrits au Nouveau-Brunswick comparativement à 1 281 en 2002, une hausse de 18 pour cent dans les effectifs. Néanmoins, des 1 512 inscrits en 2007, un total de 82 travailleurs sociaux ayant rempli leurs formulaires d'inscription en 2007 ont indiqué qu'ils cherchaient de l'emploi dans le domaine, ce qui veut dire qu'ils ne travaillaient pas dans la profession à ce moment-là. Comme tel, il semblerait que le nombre de travailleurs sociaux « actifs » serait de 1 428 par rapport à 1 185 en 2002.

L'âge moyen de ce groupe est de 49 ans, une hausse importante par rapport à 42 ans en 2002. Ce groupe est composé principalement de femmes (1 236 ou 82 pour cent), dont 46 pour cent (41 pour cent du groupe au total) sont en âge de procréation (< 40 ans), ce qui pose des problèmes en ressources humaines sur le plan de la planification des congés de maternité à court terme et d'accéder aux souhaits grandissants en faveur d'horaires de travail souple et à temps partiel.

Pour ce qui est du remplacement permanent des personnes parties à la retraite, on compte actuellement 292 (19 pour cent) travailleurs sociaux qui se trouvent dans la catégorie de retraite éventuelle (55 ans ou plus). De plus, 10 pour cent de ces effectifs feront leur entrée dans la catégorie de retraite au cours de la période de prévision.

Prévision des ressources humaines en santé

Tableau 1 – Prévision de l'offre en matière de travailleurs sociaux et écarts prévus

ANNÉE	OFFRE	PLAGE D'ÉCART	
		-10%	+10%
2008	1 428	(56)	(68)
2009	1 436	(105)	(128)
2010	1 447	(151)	(184)
2011	1 462	(193)	(236)
2012	1 480	(232)	(284)
2013	1 501	(269)	(329)
2014	1 523	(305)	(373)
2015	1 547	(339)	(415)

(Les chiffres entre parenthèses indiquent une pénurie.)

On ne prévoit pas que le nombre de nouveaux arrivants dans la main-d'œuvre évoluera au même rythme que les départs à la retraite et d'autres départs naturels durant la période de prévision. Cette attente jumelée à une pénurie importante actuelle dans la profession accentue sensiblement la situation de pénurie prévue de travailleurs sociaux au cours de la période de prévision.

Comme il est mentionné dans la section précédente, l'âge moyen des travailleurs sociaux a augmenté considérablement passant de 42 ans en 2002 à 49 ans en 2007. Le scénario des départs à la retraite pose des risques et des problèmes de planification des ressources humaines pour ce groupe, compte tenu du fait que 30 pour cent des membres de ce groupe environ se trouvent dans la catégorie de retraite. Ce risque continue de s'accroître au-delà de la période de prévision puisqu'une tranche encore plus grande de professionnels (actuellement dans le groupe d'âge de 40 à 50 ans) approche l'âge de la retraite.

Le ministère du Développement social (DS) possède une initiative de planification stratégique des effectifs appelée *Effective People Strategy 2010* (stratégie de gens efficaces 2010). Il s'agit d'une stratégie sur trois ans adoptée par Développement social dans une tentative de soutenir et de maximiser ses ressources humaines. Il convient de souligner que des enjeux particuliers existent sur le plan du recrutement et du maintien en poste pour les travailleurs sociaux dans le cadre des programmes de protection de l'enfance. Ainsi, une stratégie en matière d'attraction, de recrutement et de maintien en poste des travailleurs sociaux aux Services de protection de l'enfance a été élaborée pour traiter de cette question, laquelle fait également partie de la stratégie de gens efficaces.

4.2 Professions dans le domaine de la réadaptation et de la pharmacie

Les tendances et les enjeux globaux communs aux professions dans le domaine de la réadaptation et de la pharmacie, tels qu'ils influent sur l'offre et la demande des ressources humaines, comportent les éléments suivants :

Données démographiques des professions

Comme c'est le cas pour bien des professions du domaine de la santé, les professionnels travaillant en réadaptation et en pharmacie sont surtout des jeunes femmes, ce qui entraîne des défis pour la planification des ressources humaines en ce qui concerne la capacité de répondre à la demande grandissante pour des services, tout en accordant des congés de courte durée. De plus, cette nouvelle génération de travailleurs (hommes et femmes) et de femmes ayant des enfants désirent un horaire de

travail plus souple ou un emploi permanent à temps partiel, ce qui augmente évidemment les défis relatifs à la prestation de services de ces groupes pour lesquels la demande est croissante. Il serait peut-être bon d'explorer davantage, même si sur le plan de la gestion cela pourrait présenter certains défis, des stratégies sur les ressources humaines en santé ciblées telles que le partage d'emploi entre jeunes mères de professions semblables, car il s'agit d'une caractéristique commune à un grand nombre de professions du domaine de la santé.

Données démographiques sur la population

La population vieillissante du Nouveau-Brunswick fera augmenter la demande des services fournis par ces professions. Un taux grandissant d'obésité et de troubles reliés de même que d'autres états chroniques associés au vieillissement continueront d'exercer de fortes pressions sur ces professionnels. De plus, il est prévu que la cohorte des *baby-boomers* vieillissants voudra accroître leur qualité de vie à l'aide de moyens tels que des services de réadaptation et des régimes de médicaments. Cette cohorte est également très informée et possède de grandes connaissances médicales. Par conséquent, il y aura une forte demande de celle-ci pour des traitements de pointe pour maintenir la santé ou la rétablir après une blessure ou une maladie par rapport aux générations précédentes.

Besoins en personnel de soutien

Il a été déterminé qu'il fallait optimiser, dans les domaines de la réadaptation et de la pharmacie, l'utilisation d'employés de soutien ayant été formés en bonne et due forme pour la prestation de ces services spécialisés. Une utilisation intégrée du personnel de soutien améliorera l'accès aux services en forte demande de ces professions (c.-à-d. qu'elle diminuera les délais d'attente), tout en diminuant la charge de travail associée aux travaux administratifs et aux tâches non liées à la profession en question qui doivent être effectués chaque jour. Les professionnels seraient ainsi libres de déléguer des tâches et de passer plus de temps à l'évaluation des patients, ainsi qu'à l'élaboration et à l'analyse de plans de traitement pour ceux-ci. En outre, une plus grande attention accordée par le personnel de soutien aux programmes de soutien et un suivi régulier après le congé du patient d'un traitement habituel pourraient diminuer le besoin d'avoir recours de nouveau au traitement en raison d'occasions de suivi limitées.

Dans le cas de la profession de technicien en réadaptation, le CCNB, campus de Campbellton, a été le premier à offrir, en 2007, un programme officiel au Nouveau-Brunswick dans ce domaine. Les premiers étudiants du programme obtiendront leur diplôme en juin 2009. En ce qui concerne le CCNB, une étude de marché sur la possibilité d'implanter un programme de formation officiel au sein de la School of Health (campus de Saint John) pour ces nouveaux fournisseurs de services est actuellement en cours.

4.2.1 *Audiologistes et orthophonistes*

Tendances et enjeux

Population vieillissante et demande pour des services

Comme il a été question dans diverses sections de ce rapport, la grande question démographique soulignée par l'Association des orthophonistes et des audiologistes qui aura un impact sur les audiologistes et les orthophonistes au cours de la prochaine décennie et plus tard est l'augmentation de la population vieillissante. En particulier, la plus grande partie des patients dirigés vers les audiologistes viennent de la population de personnes âgées. Les accidents vasculaires cérébraux sont le principal facteur motivant le recours aux services d'un orthophoniste chez les adultes. Étant donné que l'incidence d'accidents vasculaires cérébraux augmente avec l'âge, la demande pour des services de réadaptation augmente, elle aussi.

Diagnostic précoce

Des preuves généralement admises ont montré que les capacités langagières constituent le principal prédicteur de succès à la fois dans les études et dans la vie. La recherche a également démontré l'importance de l'intervention précoce, et en fait, la pratique actuelle et la recherche préconisent une intervention avant l'âge de 30 mois afin d'obtenir des résultats optimaux.

Selon le groupe des travailleurs sociaux, les problèmes économiques et sociaux ne sont pas seulement liés à la dépendance envers les services sociaux, mais les enfants de ces groupes socioéconomiques sont également reconnus comme faisant partie du groupe de la population à risque élevé, en ce qui concerne l'incidence des troubles du langage. Plus ces genres de problèmes socioéconomiques augmenteront, plus les risques des troubles du langage chez les bambins et les enfants plus âgés grandiront.

Vu ces preuves convaincantes, le gouvernement a décidé de consacrer de nouvelles sommes à l'élaboration et à la mise en place de deux grandes initiatives provinciales visant à prévenir les troubles du langage chez les bambins et les enfants plus âgés. En 2000, l'initiative provinciale Parle-moi, qui est axée sur la promotion de l'acquisition précoce de capacités langagières et la prévention des troubles du langage, a été mise en place. Le principal objectif de ce programme provincial était de favoriser la collaboration entre les orthophonistes, les audiologistes et les autres travailleurs de la petite enfance pour le diagnostic précoce de troubles du langage, d'appuyer ce travail et de faciliter des interventions précoces et appropriées.

De plus, en avril 2002, le Nouveau-Brunswick est devenu la deuxième province au Canada à financer et à mettre sur pied un programme provincial universel de dépistage auditif pour nourrissons. Tous les bébés nés au Nouveau-Brunswick subissent maintenant un test pour détecter des troubles de l'ouïe congénitaux potentiels avant d'obtenir leur congé de l'hôpital. Dans le passé, certains de ces troubles de l'ouïe n'étaient pas détectés au cours de la première année ou plus de l'enfant, ce qui nuisait grandement aux capacités langagières et sociales de celui-ci.

Personnel de soutien

La recherche a démontré que le besoin actuel pour des assistants en orthophonie et en audiologie continuera d'augmenter. C'est pourquoi l'inclusion de personnel de soutien formé en bonne et due forme est cruciale pour accroître l'accès à des services d'orthophonie et d'audiologie de qualité.

Le CCNB, campus de Saint John, dirige actuellement une étude de marché visant l'élaboration d'un programme d'études exhaustif et fondé sur les compétences qui est axé sur les troubles physiologiques et fonctionnels de la parole, du langage et de l'ouïe de même que sur d'autres troubles neurologiques congénitaux ou acquis pouvant nuire à la mobilité et aux activités de tous les jours.

Cet exercice de consultation comprendra également la création d'un comité consultatif provincial dont le mandat sera de diriger l'élaboration et la mise en œuvre de ce nouveau programme de réadaptation « générique ». Ce processus sera très semblable à celui adopté pour l'élaboration et la mise en œuvre du programme Techniques de réadaptation offert par le CCNB, campus de Campbellton, depuis septembre 2007.

Comme il a été mentionné précédemment, l'intégration de personnel de soutien ayant été formé en bonne et due forme à l'équipe de soins de santé devrait faire augmenter la satisfaction au travail, ce qui à son tour contribuera au maintien en poste des professionnels actuels de même qu'aux efforts de recrutement d'orthophonistes et d'audiologistes pour la province.

Accès à la technologie

Les progrès technologiques en télésanté devraient être utilisés pour augmenter la productivité des orthophonistes. Une telle technologie leur permet d'entretenir une collaboration plus soutenue avec d'autres fournisseurs de services, de réduire le temps de déplacement et de fournir des services aux régions rurales – un élément clé de la prestation de services au Nouveau-Brunswick.

Accès aux services en français

Le nombre de places est limité pour former des orthophonistes pouvant offrir des services en français. Par conséquent, ces professionnels de la santé sont en grande demande dans les régions rurales de la province de même que dans les centres urbains partout au Canada ayant besoin de services en français. Le recrutement dans des régions rurales francophones est donc difficile. La disponibilité d'incitatifs de recrutement est conséquemment considérée comme étant une priorité.

Analyse des effectifs actuels

Le point le plus préoccupant pour le groupe des audiologistes et des orthophonistes, qui sera abordé plus en détail plus bas, est la forte proportion de femmes dans ce groupe jumelée au nombre élevé de celles-ci qui sont dans la tranche en âge de procréer (moins de 40 ans). Cela entraîne des défis quant à la capacité de répondre à la demande grandissante pour des services tout en accordant des congés de maternité d'un an et en acquiesçant au désir plus fréquent des femmes d'avoir un emploi permanent à temps partiel après le retour au travail afin de répondre aux besoins familiaux tout en conservant leur permanence.

Audiologistes

Le Nouveau-Brunswick compte actuellement 45 audiologistes autorisés, par rapport à 40 en 2002 – une augmentation de 12,5 pour cent. La majorité des audiologistes (34 personnes ou 76 pour cent) sont des femmes. Parmi ces 34 femmes, 70 pour cent (24 personnes) sont en âge de procréer (moins de 40 ans). Cette statistique est importante dans la planification des effectifs, vu que les employées ont la possibilité de prendre un congé de maternité d'un an et vu les difficultés que cela comporte pour pourvoir les postes temporaires pendant cette période.

L'âge moyen des personnes de ce groupe a augmenté légèrement pour passer de 37 ans en 2002 à 38 ans en 2007. Une répartition détaillée par âge montre que 26 pour cent de cette main-d'œuvre (12 personnes) sont âgés de moins de 30 ans; 36 pour cent (16 personnes) sont dans la tranche d'âge des 30 à 39 ans; 24 pour cent (13 personnes) font partie du groupe des 40 à 49 ans et 13 pour cent (six personnes) ont 50 ans et plus.

Le scénario de retraite pour ce groupe n'est pas alarmant dans le contexte de la période de prévision actuelle vu que moins de cinq pour cent des personnes de ce groupe sont dans la catégorie de retraite des 55 ans et plus et qu'un autre 10 pour cent se retrouveront dans cette catégorie dans la période allant de 2008 à 2015.

Orthophonistes

Le Nouveau-Brunswick compte actuellement 179 orthophonistes, par rapport à 148 en 2002 – une augmentation de 20 pour cent au cours de cette période. La majorité des orthophonistes sont des femmes, 165 ou 92 pour cent, et une grande proportion de ces femmes (57 pour cent) sont en âge de procréer (tranche des moins de 40 ans).

Une analyse de l'âge plus poussée a montré que l'âge moyen des personnes de ce groupe était de 40,5 ans,

comparativement à 39 ans en 2002. Du nombre total d'orthophonistes, 28 (15 pour cent) ont moins de 30 ans; 68 (37 pour cent) ont entre 30 et 39 ans; 60 (33 pour cent) sont âgés de 40 à 49 ans et 23 (13 pour cent) ont plus de 50 ans.

Le risque associé à la retraite pour ce groupe dans le contexte de la période de prévision est relativement faible, vu que seulement cinq pour cent des personnes de ce groupe sont actuellement dans la catégorie de retraite des 55 ans et plus et que moins de 10 pour cent se retrouveront dans cette catégorie dans la période allant de 2008 à 2015.

Cependant, comme c'est le cas avec tous les groupes en réadaptation, le défi pour la planification des ressources humaines réside plutôt dans le fait que des congés de courte durée de même que des possibilités de travail à temps partiel et selon un horaire souple seront accordées à la population majoritaire de femmes de moins de 40 ans.

Prévision des ressources humaines en santé

Audiologistes

Tableau 2 – Prévision de l'offre en matière d'audiologistes et écarts prévus

ANNÉE	OFFRE	PLAGE D'ÉCART	
		-10%	+10%
2008	45	(2)	(2)
2009	48	(1)	(1)
2010	51	0	0
2011	54	1	1
2012	57	2	2
2013	59	2	3
2014	62	3	3
2015	64	3	4

(Les chiffres entre parenthèses indiquent une pénurie.)

La main-d'œuvre d'audiologistes a connu des gains depuis l'exercice de prévision de 2002 qui prévoyait une pénurie de quatre audiologistes d'ici à 2007. Comme le présentait le tableau ci-dessus, il y a un équilibre relatif dans la main-d'œuvre au cours de la période de prévision, surtout si le système augmente les efforts concertés pour assurer une bonne combinaison de compétences afin d'optimiser l'utilisation de ces ressources.

Si le Nouveau-Brunswick s'attend à attirer trois nouveaux audiologistes par année, comme le présume le modèle de prévision, l'offre sera suffisante pour répondre aux exigences accrues relatives à ce groupe mentionnées dans la rubrique Tendances et enjeux de la section précédente.

Une tendance à noter qui pourrait potentiellement faire augmenter la demande pour des audiologistes, et qui cadre avec les efforts axés sur la promotion du mieux-être, serait la venue d'audiologistes dans les milieux communautaires et de travail afin de prévenir les déficiences auditives associées au travail et aux loisirs.

Orthophonistes

Tableau 3 – Prévision de l'offre en matière d'orthophonistes et écarts prévus

ANNÉE	OFFRE	PLAGE D'ÉCART	
		-10%	+10%
2008	179	(9)	(11)
2009	187	(11)	(14)
2010	194	(14)	(17)
2011	201	(16)	(20)
2012	208	(19)	(23)
2013	215	(22)	(27)
2014	221	(25)	(31)
2015	226	(29)	(36)

(Les chiffres entre parenthèses indiquent une pénurie.)

La pénurie d'orthophonistes s'est améliorée depuis l'exercice de prévision de 2002. À ce moment-là, une pénurie de 47 orthophonistes était prévue pour 2007. En raison de mesures prises depuis ce temps visant à modérer la pénurie prévue, telles que l'introduction d'aides en orthophonie formés en milieu de travail dans le cadre du programme Parle-moi (Services de développement du langage) et d'aides en réadaptation pour le Programme extra-mural, la pénurie prévue d'orthophonistes en 2015 n'est pas si grave. Cependant, les prévisions du tableau 3 représentent tout de même un défi pour la planification des ressources humaines et devront être surveillées de près afin d'empêcher que deviennent réalité les pénuries prévues.

La pénurie actuelle s'intensifiera au cours de la période de 2008 à 2015. Le modèle de prévision prévoit l'arrivée en moyenne de 13 nouveaux orthophonistes par année. Cependant, selon les données historiques, ce chiffre varie grandement d'une année à l'autre (entre 8 et 13). Il importe de reconnaître l'impact de cette variation de nouveaux travailleurs au sein d'un petit groupe de main-d'œuvre, car la plage de pénurie par année présentée ci-dessus peut avoir par conséquent été surestimée ou sous-estimée.

4.2.2 Ergothérapeutes

Tendances et enjeux

Données démographiques de la profession

Comme il a été expliqué en détail dans l'analyse des effectifs actuels ci-dessous, la profession est composée de personnes assez jeunes (âge moyen de 36 ans) et surtout de femmes, ce qui veut dire que le grand défi pour cette profession continue d'être le grand nombre de personnes qui partent en congé de maternité.

À court terme, cette réalité réduit le nombre d'heures durant lesquelles des services sont offerts chaque année en raison des congés de maternité d'un an qui sont pris. Cependant, à long terme, le faible âge moyen au sein de la profession est de bon augure pour l'avenir en raison du petit nombre de départs à la retraite.

Taux d'invalidité et accès aux ergothérapeutes

Le Nouveau-Brunswick continue de dépasser la moyenne nationale des personnes ayant une incapacité (N.-B. : 17,7 pour cent; Canada 15,5 pour cent). Cette situation est aggravée par le fait que le Nouveau-Brunswick a moins d'ergothérapeutes (27,7 par 100 000 habitants) que la moyenne canadienne (30,9 par 100 000 habitants). Ces deux facteurs (de même que le taux élevé constant de professionnels qui sont en congé de maternité) limitent l'accès par la population aux services d'ergothérapie.

Recrutement de nouveaux professionnels

Dans le contexte des défis susmentionnés, le recrutement de nouveaux professionnels sera essentiel pour être en mesure de répondre aux besoins en réadaptation de la population du Nouveau-Brunswick dans la décennie à venir. Évidemment, investir dans les services de réadaptation signifie qu'il faut diminuer l'incidence d'hospitalisation dans bien des cas, ce qui permettra au système de soins de santé public d'économiser à l'avenir sur les ressources. De plus, comme il a été discuté précédemment, vu le vieillissement de la population, il faudra investir davantage aux endroits favorisant l'indépendance afin de combler les besoins des consommateurs et de diminuer le fardeau énorme prévu pour le système de soins de santé du Nouveau-Brunswick.

Analyse des effectifs actuels

En 2007, il y avait 298 ergothérapeutes actifs autorisés au Nouveau-Brunswick, une augmentation de 38 pour cent par rapport à 216 ergothérapeutes en 2002. Cette main-d'œuvre est composée surtout de jeunes femmes (277 ou 93 pour cent), la moyenne d'âge étant de 36 ans, une légère hausse par rapport à l'âge de 35 ans en 2002.

Il y a 91 ergothérapeutes (31 pour cent) ayant moins de 30 ans; 130 (44 pour cent) ont entre 30 et 39 ans; 58 (19 pour cent) ont entre 40 et 49 ans et seulement 19 (six pour cent) ont plus de 50 ans. Parmi ces 19 ergothérapeutes ayant plus de 50 ans, moins de la moitié ont 55 ans et plus et seuls deux ont plus de 60 ans.

En raison de la grande cohorte de professionnels arrivés sur le marché du travail au cours de la dernière décennie, il s'agit du groupe de professionnels le plus jeune au Nouveau-Brunswick. C'est pourquoi le remplacement de personnes parties à la retraite dans la période de prévision ne constitue pas un problème immédiat (environ 6 pour cent du groupe seront dans la catégorie de retraite entre 2008 et 2015). Le défi réside plutôt dans la progression de ce groupe composé surtout de jeunes femmes dans leur carrière qui comprend des congés de maternité d'un an, le désir de travailler à temps partiel et selon un horaire souple, suivis du retour au travail à temps plein et du perfectionnement professionnel dans les stades intermédiaires et avancés de leur carrière. Ce défi a également une incidence sur le recrutement de nouveaux professionnels, car le fait de combler des postes en raison de congés de courte durée nuit aux démarches pour attirer des employés permanents.

Prévision des ressources humaines en santé

Tableau 4 – Prévision de l'offre en matière d'ergothérapeutes et écarts prévus

ANNÉE	OFFRE	PLAGE D'ÉCART	
		-10%	+10%
2008	297	(8)	(10)
2009	307	(8)	(9)
2010	316	(7)	(9)
2011	325	(7)	(9)
2012	333	(8)	(9)
2013	342	(8)	(10)
2014	350	(9)	(11)
2015	357	(11)	(13)

(Les chiffres entre parenthèses indiquent une pénurie.)

La situation de pénurie d'ergothérapeutes s'est améliorée grandement depuis l'exercice de prévision de 2002. À ce moment-là, on estimait la pénurie à 41 ergothérapeutes en 2007, ce qui représentait 15 pour cent de la main-d'œuvre. Cependant, en raison de mesures prises pour prévenir une telle situation, la pénurie prévue ne s'est pas manifestée. En fait, la pénurie prévue d'ergothérapeutes entre 2008 et 2015 présentée ci-dessus ne pose pas un grand problème, car dans le pire des cas (niveau supérieur de la plage d'écart de 2015), elle ne représente que quatre pour cent des effectifs d'ergothérapeutes prévus en 2015.

Dans les prévisions, on prévoit l'arrivée de 18 nouveaux ergothérapeutes sur le marché du travail au Nouveau-Brunswick chaque année de la période de prévision. Tel qu'il a été question dans la section précédente, ce groupe compte un faible risque quant au départ à la retraite. Le grand défi en matière de planification pour ce groupe est associé à sa proportion de jeunes femmes pour lesquelles il faut prévoir des congés de maternité de courte durée et des demandes de modalités de travail souples.

4.2.3 Physiothérapeutes

Tendances et enjeux

Il existe une foule de tendances et d'enjeux émergents et établis susceptibles d'avoir une incidence sur les services fournis par les physiothérapeutes au Nouveau-Brunswick dans les années à venir, dont un grand nombre ne sont pas propres à la province et auront un impact à grande échelle sur la profession.

Le changement dans les besoins de la population et du système de santé représente un défi pour le groupe des physiothérapeutes en ce qui concerne leur capacité de répondre adéquatement à une foule de facteurs, notamment : population vieillissante, répartition des ressources dans la province, changements au sein du réseau de santé, transition de maladies aiguës à des maladies à évolution progressive. La croissance rapide et la diversification des connaissances, la pratique fondée sur les preuves, la mobilité de la main-d'œuvre et le diplôme de maîtrise sont tous des éléments faisant augmenter les exigences en matière de qualification pour la profession.

Diplôme de maîtrise pour exercer et âge des diplômés

La formation des physiothérapeutes fait face à certaines tendances entraînant des défis en ce qui concerne les ressources humaines. En fait, d'ici 2010, tous les programmes d'études en physiothérapie au Canada deviendront des programmes de maîtrise (exigence minimale pour exercer la profession). Cela pourrait

diminuer le nombre d'inscriptions dans les programmes de physiothérapie, et cette réalité, jumelée à un bassin de main-d'œuvre en diminution, entraîne des conséquences négatives pour la profession en ce qui concerne la capacité d'attirer des personnes dans la profession par rapport à une autre. La durée des études pour devenir physiothérapeute et l'âge auquel les diplômés commenceront à exercer le métier pourraient aussi nuire au nombre de personnes décidant d'entrer dans la profession. Il importe cependant de noter qu'une grande proportion des étudiants présentant une demande d'admission à l'ancien programme de baccalauréat en physiothérapie avaient déjà terminé un autre baccalauréat (p. ex. : baccalauréat en sciences).

Le Collège des physiothérapeutes du Nouveau-Brunswick croit que les diplômés en physiothérapie plus âgés partent plus rapidement en congé de maternité. De plus, étant donné qu'il y a un manque d'emplois à temps partiel et à horaire souple concordant avec leur style de vie, ils ont tendance à quitter le secteur public en faveur du secteur privé.

Systemes public et privé

Le Collège affirme que les physiothérapeutes continuent d'être davantage attirés vers la pratique privée au lieu d'un emploi dans le secteur public. Cela fait allonger les longues listes d'attente pour des soins au sein du secteur public et vu qu'une grande proportion des résidents du Nouveau-Brunswick ne souscrivent pas à des régimes personnels de protection-santé, leurs blessures peuvent ne pas être traitées en raison des longs délais d'attente pour voir un physiothérapeute du secteur public. Lorsque les patients n'ont pas accès aux services d'un physiothérapeute dans un délai opportun, des complications peuvent se manifester et cela peut entraîner au bout du compte des coûts plus élevés pour le système public ou les employeurs.

Pratique en évolution et à venir

L'expertise poussée et les compétences des physiothérapeutes devraient être reconnues et utilisées dans le secteur public afin d'appuyer les efforts de recrutement et de maintien en poste et d'optimiser l'utilisation des physiothérapeutes. De plus, la population vieillissante, les niveaux croissants d'obésité et le manque d'activité physique sont des éléments atteignant des niveaux alarmants qui entraînent tous des problèmes de santé graves pour lesquels des services de réadaptation sont souvent nécessaires.

Le Collège déclare que les physiothérapeutes disposent de compétences leur permettant d'assumer un rôle large et changeant en tant que fournisseurs de soins primaires. À l'échelle nationale et internationale, on remarque que les physiothérapeutes occupent bien plus de rôles qu'au Nouveau-Brunswick dans les domaines de soins primaires et de soins de courte durée.

Afin de favoriser un champ d'exercice poussé tout en optimisant le champ d'exercice actuel, il y a un grand besoin pour des aides qualifiés en physiothérapie au sein du système public pour aider les thérapeutes et diminuer les délais d'attente pour des services de physiothérapie. Comme il a déjà été mentionné, on s'attaque à ce besoin grâce à des programmes du CCNB.

Analyse des effectifs actuels

En 2007, il y avait 466 physiothérapeutes autorisés dans la province, ce qui représente une augmentation de 12 pour cent par rapport au nombre de 417 en 2002.

La profession est composée majoritairement de femmes (384 ou 82 pour cent), et l'âge moyen du groupe est assez jeune, soit 39 ans (une légère augmentation relativement à l'âge de 37 ans en 2002). Plus de 60 pour cent de cette main-d'œuvre ont moins de 40 ans; 25 pour cent sont âgés de 40 à 49 ans; 12 pour cent ont entre 50 et 59 ans et deux pour cent ont plus de 60 ans.

En faisant une répartition plus poussée, on constate que six pour cent des physiothérapeutes sont dans la catégorie de retraite éventuelle des 55 ans et plus, et jusqu'à 15 pour cent de plus s'ajouteront à cette catégorie au cours de la période de prévision. Ces chiffres sont relativement bas, par rapport à d'autres professions de la santé, et cela augure bien pour la main-d'œuvre de physiothérapeutes en ce qui concerne le remplacement des départs à la retraite prévus au cours de la période de prévision de 2008 à 2015.

Cependant, comme c'est le cas pour bien des groupes inclus dans cet exercice, le défi omniprésent d'une main-d'œuvre composée majoritairement de jeunes femmes est la gestion de congés de maternité de courte durée et l'intégration des questions en résultant touchant la conciliation travail-vie personnelle. Cela comprend le désir de vouloir travailler à temps partiel et selon un horaire souple, ce qui est davantage associé à la pratique privée qu'au travail dans le secteur public. De plus, lorsque les physiothérapeutes sont en congé en maternité, les vacances en découlant peuvent mettre plus de pression sur les ressources restantes qui tentent de maintenir un niveau de service uniforme. À ce titre, il y a la possibilité de surmenage, ce qui a une incidence sur la satisfaction au travail globale. Une étroite surveillance et des mesures stratégiques temporaires de la part des gestionnaires seront nécessaires pour éviter que cela se produise, surtout lorsque le surmenage a trait au niveau de service attendu.

Prévision des ressources humaines en santé

Tableau 5 – Prévision de l'offre en matière de physiothérapeutes et écarts prévus

ANNÉE	OFFRE	PLAGE D'ÉCART	
		-10%	+10%
2008	465	(9)	(11)
2009	477	(7)	(9)
2010	490	(5)	(6)
2011	503	(2)	(3)
2012	516	1	1
2013	526	1	1
2014	532	(3)	(3)
2015	537	(7)	(8)

(Les chiffres entre parenthèses indiquent une pénurie.)

La situation de la main-d'œuvre de physiothérapeutes s'est beaucoup améliorée depuis l'exercice de prévision de 2002. À ce moment-là, on prédisait une pénurie de 64 physiothérapeutes en 2007 si rien ne changeait. En raison de mesures prises après 2002 pour remédier à cette pénurie prévue, cette dernière ne s'est pas manifestée. En fait, on prévoit que la situation ayant trait à l'écart s'améliorera davantage entre 2008 et 2013 et qu'il n'y aura par après qu'une détérioration légère jusqu'à 2015.

Les prévisions prévoient l'arrivée de 25 nouveaux physiothérapeutes sur le marché du travail au Nouveau-Brunswick par année au cours de la période de prévision. Les préoccupations de ce groupe en matière de planification des ressources humaines sont semblables à celles du groupe des ergothérapeutes; le risque en matière de départs à la retraite est faible et les défis sont rattachés au fait que la main-d'œuvre est composée majoritairement de jeunes femmes (remplaçants pendant les congés de maternité de courte durée et demandes de modalités de travail souples).

L'avenir de cette profession en ce qui concerne la migration du secteur des soins actifs aux secteurs des soins à domicile, des soins ambulatoires, des soins de longue durée et des services communautaires aura une incidence sur la demande de physiothérapeutes au cours des dix prochaines années. En plus de cette demande accrue, l'étendue des besoins des patients continue à changer en raison de la population âgée croissante. Par conséquent, le besoin d'assurer une composition adéquate du personnel des fournisseurs de services contribuera à répondre à la demande croissante. Il faut explorer davantage les possibilités de

collaboration étroite entre les physiothérapeutes et d'autres fournisseurs de services tels que les techniciens en réadaptation et les kinésithérapeutes.

4.2.4 Pharmaciens

Tendances et enjeux

Rôle élargi

Le 30 octobre 2008, comme il est mentionné dans le Plan provincial de la santé 2008-2012, l'Ordre des pharmaciens du Nouveau-Brunswick a apporté des modifications à la *Loi sur la Pharmacie* de manière à étendre le pouvoir des pharmaciens qui sont maintenant habilités à prescrire certains autres médicaments. Pour l'instant, ce pouvoir est limité principalement au renouvellement d'ordonnances existantes. Cependant, il est probable que le rôle du pharmacien dans le système de prestation de soins de santé primaires s'élargisse davantage au cours des années à venir.

Ce changement d'orientation de la délivrance d'un médicament à des soins en collaboration axés sur les résultats est appuyé par les programmes d'études et de formation pour les pharmaciens. À ce titre, un tel changement est conforme au champ d'activité des nouveaux pharmaciens qui intègrent le système.

Rôle des techniciens en pharmacie

En raison de l'optimisation susmentionnée du rôle des pharmaciens, il est essentiel que les techniciens en pharmacie exploitent pleinement leur champ d'activité. Pour faciliter l'optimisation de ce rôle, des questions doivent être abordées relativement aux programmes de formation et à la réglementation de cette profession, notamment : 1) réglementation conformément à la *Loi sur la Pharmacie*, 2) certificat à la réussite d'un examen national, 3) agrément des programmes pour les techniciens et 4) normes d'exercice et assurance de la qualité.

Des programmes de transition devront être élaborés et appuyés pour les pharmaciens praticiens, les techniciens en pharmacie et les assistants en pharmacie pour mettre à niveau leurs compétences au besoin afin d'exploiter pleinement leur champ d'activité dans les nouveaux rôles susmentionnés.

Données démographiques sur la profession et la population du domaine de la pharmacie

Tout comme dans le cas de la main-d'œuvre professionnelle en général, on remarque dans la profession de pharmacien qu'un pourcentage croissant d'étudiants s'inscrivent aux programmes d'études en pharmacie plus tard et obtiennent donc leur diplôme à un âge plus avancé, ce qui pourrait réduire le temps passé à y occuper un poste. Par ailleurs, les femmes représentent 65 pour cent de cette main-d'œuvre, et un pourcentage élevé des entrants sont des femmes, ce qui présente des défis relativement aux congés de maternité. De plus, la génération actuelle de pharmaciens souhaite avoir une certaine souplesse quant à son horaire sans avoir à travailler de nombreuses heures. Pour ces raisons, les pharmaciens sont nombreux à quitter le secteur public pour intégrer le secteur privé qui offre des salaires supérieurs et la possibilité d'un horaire de travail plus souple. Toutefois, étant donné que les pharmacies communautaires commencent à imposer des jours de travail plus longs, cette tendance évolue.

Comme il a été mentionné dans les sections précédentes, la génération vieillissante des *baby-boomers* affectera de nombreuses professions, dont celle de pharmacien étant donné que cette population vieillissante pourrait nécessiter et vouloir un accès accru aux médicaments pour traiter les maladies et maintenir la qualité de vie.

Pratique publique par rapport à la pratique privée en matière de pharmacie

Comme il a été mentionné déjà, plusieurs éléments entraînent les pharmaciens vers le secteur privé ou la pharmacie communautaire : 1) la disparité salariale entre le secteur public et le secteur privé et 2) le souhait exprimé par la nouvelle génération de pharmaciens d'avoir un horaire de travail plus souple. À ce titre, pourvoir aux postes des pharmacies d'hôpital continuera de poser un défi. Celui-ci est aggravé par les taux de salaire des postes de pharmacien du secteur privé qui ne cessent d'augmenter en raison de la pénurie globale dans la profession.

L'Ordre est d'avis que l'exercice dans le secteur public est souvent plus enrichissante pour ce qui est de la satisfaction professionnelle découlant d'une expérience clinique accrue par rapport au rôle que jouent les pharmaciens de commerce de détail qui est principalement de délivrer des médicaments. Il y a quelques années à peine, cette composante intéressante des emplois du secteur public ne suffisait pas pour maintenir en poste les professionnels en faisant partie qui le quittaient afin d'intégrer le secteur privé et pour attirer de nouveaux diplômés ayant une dette importante. Toutefois, le réseau des pharmacies d'hôpital signale que, depuis quelques années, les pharmacies d'hôpital deviennent davantage intéressantes pour les pharmaciens plus expérimentés qui cherchent un niveau de pratique clinique supérieur à celui que peuvent fournir les pharmacies communautaires.

Analyse des effectifs actuels

Actuellement, l'Ordre des Pharmaciens du Nouveau-Brunswick compte 707 pharmaciens autorisés par rapport à 567 en 2002, soit une augmentation de 25 pour cent. Quatre cent cinquante-neuf (459) d'entre eux sont des femmes (65 pour cent) et 248, des hommes. En ce moment, l'âge moyen du groupe est de 41 ans, comparativement à 40 ans en 2002.

Du total, 15 pour cent des pharmaciens sont âgés de moins de 30 ans, 35 pour cent, de 30 à 39 ans, près de 30 pour cent, de 40 à 49 ans et 20 pour cent, de 50 ans ou plus. À l'heure actuelle, seulement cinq pour cent de cette main-d'œuvre est âgée de 60 ans ou plus.

Pour le moment, le scénario de retraite de ce groupe est assez modeste, moins de 10 pour cent des pharmaciens se trouvant actuellement dans la catégorie de retraite (55 ans ou plus). Cependant, d'ici à 2015, un autre 10 pour cent du groupe s'ajoutera à eux.

Étant donné que plus de 35 pour cent de cette main-d'œuvre est constituée de femmes en âge de procréer, planifier en vue des congés de maternité à court terme est une priorité. Cela se conjugue au nombre croissant de jeunes professionnels demandant des horaires de travail plus souples et davantage de possibilités d'emploi à temps partiel ou d'accords de travail partagé.

La majorité (quelque 80 pour cent) des pharmaciens du Nouveau-Brunswick travaillent dans le secteur privé comme pharmacien de commerce de détail, tandis qu'environ 20 pour cent, dans le secteur public à titre de pharmacien d'hôpital.

Prévision des ressources humaines en santé

Tableau 6 – Prévision de l'offre en matière de pharmaciens et écarts prévus

ANNÉE	OFFRE	PLAGE D'ÉCART	
		-10%	+10%
2008	695	(23)	(29)
2009	696	(46)	(56)
2010	694	(71)	(87)
2011	692	(97)	(118)
2012	691	(120)	(147)
2013	685	(149)	(182)
2014	682	(175)	(214)
2015	680	(200)	(245)

(Les chiffres entre parenthèses indiquent une pénurie.)

En égard aux chiffres et aux pourcentages, la prévision présentée ci-dessus est très stable, relativement à la pénurie de pharmaciens, lorsqu'elle est comparée aux résultats de prévision de 2002. Dans l'étude de 2002 des ressources humaines en santé (RHS), les pharmaciens représentaient le deuxième groupe en importance relativement à la situation de pénurie prévue. On avait estimé une pénurie de 210 pharmaciens pour 2007 (représentant un écart de 28 pour cent par rapport à l'offre prévue de 2007).

Comme il est démontré dans la plage d'écart de 2008 (de 23 à 29) du tableau 6, la pénurie de 210 pharmaciens prévue pour 2007 a été modérée grandement par divers facteurs de la composante offre, dont une bourse dans le domaine de la santé pour les pharmaciens. Toutefois, on s'attend à ce que la situation de pénurie actuelle s'aggrave considérablement de 2008 à 2015. Si le *statu quo* se poursuit, et qu'aucune mesure n'est prise pour combler l'écart actuel, on prévoit que la pénurie de pharmaciens atteindra environ 33 pour cent de la main-d'œuvre d'ici à 2015.

Au cours de la période de prévision actuelle (elle varie d'une année à l'autre), on estime qu'il y aura de 25 à 29 entrants (diplômés en pharmacie), ce qui représente une augmentation par rapport au nombre de diplômés de l'étude de 2002. Cette prévision tient compte de la demande actuelle de pharmaciens des secteurs public et privé (représentée par les postes vacants ou les offres d'emploi), mais non de toute nouvelle demande prévue en raison du manque de données concernant l'incidence sur les ressources humaines qu'auront les tâches élargies de pharmacie, les nouveaux modèles de pratique de soins en collaboration et la demande du secteur privé.

Il est nécessaire d'élaborer des politiques qui visent à optimiser le rôle de toutes les ressources de pharmacie par l'entremise d'un recours à une composition ou à un rapport approprié de commis de pharmacie, d'assistants en pharmacie, de techniciens en pharmacie et de pharmaciens assurant les services de manière à ce que la situation de pénurie ne se détériore pas comme prévu.

4.3 Groupes de la technologie médicale et de l'information médicale

Plusieurs tendances et questions globales liées aux ressources humaines en santé dans les domaines de la technologie médicale et de l'information médicale agit déjà sur les groupes ou aura un impact sur eux au cours des dix prochaines années. Dans ces professions, l'essentiel sera d'optimiser de façon continue les technologies avancées et d'en suivre le rythme. Les chercheurs posent comme hypothèse que la médecine changera plus au cours des vingt prochaines années que pendant les deux derniers millénaires. On estime que les avancées technologiques dans la prestation des soins de santé et l'exercice de la médecine

entraîneront la plus grande partie de ce changement.

Au cours de la dernière décennie, le Nouveau-Brunswick a joui d'un rôle de leadership relativement à l'utilisation de la technologie dans les soins de santé. Toutefois, demeurer un chef de file exigera un accent accru sur ce secteur du système de prestation de soins de santé. De fait, optimiser l'élément technologique présent dans toutes les professions des soins de santé sera un aspect de la solution nécessaire pour remédier à la pénurie de ressources humaines prévue pour les prochaines décennies.

4.3.1 *Technologie appliquée à la cardiologie (ECG)*

Tendances et enjeux

Éducation et formation

En 2008, on a mené l'étude de faisabilité en vue d'un programme proposé de technologie appliquée à la cardiologie⁵, lequel aurait été offert à l'école de services paramédicaux (School of Allied Health) du CCNB. Celle-ci a permis de conclure que, selon les commentaires des employeurs, la capacité actuelle du programme du CCNB (campus de Campbellton) satisfait à la demande pour ces services. Les responsables des services d'ECG à l'échelle provinciale sont invités à participer aux stages cliniques des étudiants, les études démontrant que ceux-ci continuent souvent à travailler là où ils ont reçu leur formation ou fait leur stage clinique.

L'étude a permis entre autres de conclure que, selon les « réponses au sondage, la demande de technologues en cardiologie au cours des cinq prochaines années est légèrement plus élevée que l'offre totale du programme actuel offert au CCNB. La possibilité d'augmenter à court terme le nombre de places du programme pourrait être examinée. »

À ce titre, les résultats détaillés de l'étude doivent être étudiés de pair avec ceux du modèle de prévision d'ECG présentés dans ce rapport.

Pratique avancée et responsabilités accrues

Les avancées technologiques accroissent les responsabilités et la charge de travail des technologues d'ECG, professionnels qui surveillent et programment notamment les stimulateurs cardiaques et les défibrillateurs implantables. La technologie liée à de tels appareils évolue rapidement, ce qui fait en sorte que les compétences et les connaissances des technologues d'ECG doivent aussi progresser avec rapidité. Une formation continue est requise pour améliorer les compétences et les connaissances de manière à suivre le rythme de la technologie.

De plus, en raison de l'augmentation de la population vieillissante et des technologies utilisées chez ce groupe, le taux de patients exigeant l'utilisation d'équipement (p. ex. : électrocardiogrammes, épreuves d'effort, stimulateurs cardiaques et enregistreurs ambulatoires de longue durée) sera de plus en plus important alors que s'accroît la population vieillissante.

Analyse des effectifs actuels

Le Nouveau-Brunswick compte 122 technologues en ECG actifs professionnels autorisés, ce qui représente une augmentation de 12 pour cent comparativement à 109, en 2002. Les femmes constituent la majorité (118 ou 97 pour cent) du groupe d'ECG. De plus, l'âge moyen de celui-ci est de 39 ans, comparativement à 40 ans en 2002. Il est difficile d'effectuer une analyse approfondie du groupe d'âges

⁵ Préparé pour le réseau du CCNB par Tammy Fournier, mars 2008.

compte tenu de l'indisponibilité des données sur l'âge de 37 personnes, ou de 30 pour cent de ce groupe.

Pour les 85 membres restants du groupe, une analyse par tranches d'âge de cinq ans révèle qu'elles comptent un nombre égal de personnes, 9 pour cent ou 11, dans toutes les catégories suivantes : moins de 25 ans, de 25 à 29 ans, de 30 à 34 ans, de 35 à 39 ans, de 40 à 44 ans et de 45 à 49 ans. En outre, 11 personnes du groupe (12 pour cent) se trouvent dans la catégorie de 50 à 59 ans et cinq personnes (quatre pour cent) ont plus de 60 ans.

Le scénario du départ à la retraite et du remplacement de ce groupe n'est pas aussi mauvais que celui de nombreuses autres professions de la santé. À l'heure actuelle, moins de 10 pour cent de ce groupe se trouvent dans la catégorie de retraite éventuelle (55 ans ou plus), pourcentage auquel s'ajoutera sept pour cent au cours de la période de prévision. Toutefois, il importe de tenir compte de l'âge manquant de 30 pour cent de ce groupe, ce qui signifie que le nombre de départs à la retraite est peut-être sous-estimé.

Même en considérant que 30 pour cent de ce groupe ne peut être analysé, un pourcentage élevé, 36 pour cent, de technologues en ECG sont des femmes en âge de procréer. Cette réalité pose des défis pour la profession en ce qui concerne les remplacements liés aux congés de maternité à court terme, une tendance relevée dans la majorité des groupes de professionnels de la santé inclus dans le présent document.

Prévision des ressources humaines en santé

Tableau 7 – Prévision de l'offre en matière de technologues en ECG et écarts prévus

ANNÉE	OFFRE	PLAGE D'ÉCART	
		-10%	+10%
2008	122	(4)	(4)
2009	126	(4)	(4)
2010	122	(11)	(14)
2011	126	(11)	(13)
2012	122	(18)	(22)
2013	127	(17)	(21)
2014	123	(24)	(29)
2015	128	(23)	(28)

(Les chiffres entre parenthèses indiquent une pénurie.)

Comme il a été mentionné dans la section précédente, en raison des données manquantes sur l'« année de naissance » de 30 pour cent du groupe d'ECG (37 personnes sur 122), les résultats du modèle de prévision doivent être interprétés avec prudence.

À des fins prévisionnelles, les âges de ces personnes ont été répartis proportionnellement parmi les groupes d'âges selon les nombres connus dans chacun d'entre eux en tant que proportion du total. Cette façon de faire entraîne le risque de sous-estimer ou de surestimer une situation de pénurie selon que ces personnes sont vraiment réparties proportionnellement parmi les groupes d'âges (d'après la prévision) ou de manière disproportionnée dans les tranches plus jeunes ou plus âgées.

La prévision présentée ci-dessus montre que la situation de pénurie actuelle de technologues d'ECG s'aggrave au cours de la période de prévision. À cela s'ajoute le fait qu'il n'y a des entrants du programme de formation du CCNB (de huit à neuf diplômés) qu'aux deux ans, ce qui ne suffirait pas à suivre le rythme de l'attrition de cette main-d'œuvre en raison de départs à la retraite ou d'autres facteurs d'attrition.

Cependant, il importe de mentionner que si la demande du marché du travail le justifie, le CCNB examinera la possibilité d'admettre des étudiants chaque année pour diplômer de huit à neuf entrants

annuellement.

4.3.2 *Technologues en neurophysiologie (technologues en EEG)*

Tendances et enjeux

Éducation et formation

L'Association canadienne des technologues en électroneurophysiologie affirme que le nouveau cours d'électrophysiologie (EEG) offert au campus de Campbellton du CCNB ne satisfait pas aux exigences, le volet neurologique étant perçu comme incomplet. On estime que le niveau de connaissances des nouveaux diplômés est non conforme aux normes, et qu'ils ne sont pas bien préparés pour travailler dans la profession, même en étant supervisés.

Certains employeurs croient que le CCNB a accordé trop d'importance au cours d'ECG au détriment de celui d'EEG et d'EMG. On suppose que les diplômés en techniques d'électrophysiologie médicale possèdent la même quantité de connaissances dans les trois domaines, ce qui ne semble pas être le cas comme le montrent les piètres résultats obtenus à l'examen national d'EEG.

Pénurie de neurologues

La charte de l'Association stipule que les technologues doivent travailler sous la supervision d'un électromyographe ou d'un neurologue. Actuellement, au Nouveau-Brunswick, de nombreux hôpitaux n'ont pas de neurologue sur place. Les tests effectués par les techniciens ou les technologues doivent donc être envoyés ailleurs pour être interprétés, ce qui peut entraîner un délai considérable avant de recevoir les résultats.

De plus, si le médecin lit le rapport et n'en est pas satisfait, il peut envoyer le patient à un hôpital qui dispose d'un neurologue. Sous la supervision de ce dernier, les mêmes tests sont alors refaits. La province se trouve donc à payer les mêmes tests deux fois, et un délai important s'écoule avant que le patient ne reçoive les résultats définitifs.

À ce titre, il peut être justifié du point de vue des services de soins de santé durables et de qualité de déterminer si on peut s'attendre à ce que tous les hôpitaux mènent ou non des tests spécialisés d'EEG de qualité.

Analyse des effectifs actuels

Le Nouveau-Brunswick compte actuellement 15 EEG professionnels autorisés, par rapport à 11 en 2002 (soit une augmentation de 36 pour cent). Sur ces 15 EEG, 12 (89 pour cent) sont des femmes et trois sont des hommes. En ce moment, l'âge moyen du groupe est de 40 ans, comparativement à 39 ans en 2002.

Cinq personnes (33 pour cent) sont âgées de moins de 30 ans, une (sept pour cent), de 30 à 39 ans, cinq (33 pour cent), de 40 à 49 ans, trois (20 pour cent), de 50 à 59 ans et une, de plus de 60 ans.

Au cours de la période de prévision, ce groupe pourrait devoir relever des défis de remplacement des personnes parties à la retraite étant donné que plus de 30 pour cent du groupe fera son entrée dans la catégorie de retraite (55 ans ou plus). En outre, le remplacement de personnes parties en congé de maternité à court terme doit être considéré dans la planification des ressources humaines puisque cinq personnes, ou 30 pour cent du groupe, sont des femmes de moins de 40 ans.

Prévision des ressources humaines en santé

Les données sur ce groupe ne sont pas assez nombreuses pour établir des prévisions.

Il pourrait être opportun d'examiner comment ces ressources rares (15 au total) sont réparties à l'échelle provinciale pour s'assurer qu'elles sont utilisées de façon optimale.

4.3.3 Technologues de laboratoire médical

Tendances et enjeux

Avancées technologiques

On a observé une croissance importante du nombre de tests diagnostiques requis pour les patients hospitalisés et externes, hausse stimulée en partie par les attentes du public. Les changements rapides dans les technologies, l'automatisation et la robotique peuvent avoir des incidences sur la charge de travail dans la mesure où les systèmes automatisés de test pourront être opérés par un technicien ou un assistant au lieu du technologue. Cette situation aura une incidence sur le nombre de technologues de laboratoire médical ainsi que sur leur champ d'activité. En revanche, ces nouvelles technologies forceront les technologues de laboratoire médical à mettre leurs compétences à niveau, augmentant ainsi les besoins en matière de formation continue.

Pénurie de technologues qualifiés

Comme pour beaucoup de professions du domaine de la santé, la population de technologues de laboratoire médical du Nouveau-Brunswick est vieillissante, et on ne prévoit pas que la réserve de nouveaux diplômés satisfasse à la réduction actuelle de l'effectif attribuable aux départs à la retraite. Au sein de la profession, on croit que les technologues ayant de l'ancienneté demeureront sur le marché du travail et offriront du mentorat aux nouveaux technologues si des incitatifs étaient accordés.

Même si on ne peut ajouter un nombre considérable de places aux programmes de formation, l'attribution actuelle de places du programme du CCNB pourrait très bien permettre une capacité accrue sans avoir à augmenter les ressources humaines et financières.

En ce moment, plus de la moitié des places de formation sont en principe « réservées » pour le programme articulé du baccalauréat en sciences de laboratoire médical qu'offre actuellement l'Université du Nouveau-Brunswick à Fredericton.

À la suite d'un vaste exercice, l'Association des technologues de laboratoire médical du Nouveau-Brunswick (ATLMNB) a conclu récemment qu'elle n'appuierait pas le changement que veut apporter la Société canadienne de science de laboratoire médical au niveau d'entrée actuel à la profession (d'un diplôme à un baccalauréat). À ce titre, la répartition actuelle des places ne semble plus être appropriée ou justifiée étant donné que la demande de main-d'œuvre déterminée dans l'exercice mené par l'ATLMNB concernait les technologues de laboratoire médical diplômés.

Personnel de soutien

Comme c'est le cas pour d'autres professionnels de la santé, les charges de travail toujours croissantes et les avancées technologiques font en sorte qu'il existe un besoin urgent de personnel de soutien formé en bonne et due forme (assistants de laboratoire médical certifiés) afin d'utiliser de façon optimale les ressources de laboratoire médical.

L'ATLMNB soutient l'élaboration et la mise en œuvre d'un programme de formation officiel au CCNB afin qu'un nombre accru d'assistants de laboratoire médical formés en bonne et due forme puisse alléger la charge de travail des technologues, particulièrement pour ce qui est d'effectuer des opérations technologiques et de bureau ainsi que des tâches préanalytiques de manière à ce qu'ils puissent se concentrer sur l'analyse et l'interprétation des résultats de tests et passer plus de temps à exploiter pleinement leur champ d'activité. Un tel programme est offert en ce moment sur une base contractuelle au Centre d'excellence en sciences agricoles et biotechnologiques (CESAB), une composante du CCNB, campus d'Edmundston (depuis septembre 2007).

Analyse des effectifs actuels

La province compte 662 technologues de laboratoire médical autorisés, comparativement à 653 en 2002, ce qui ne représente qu'une faible augmentation au cours d'une période de cinq ans. La main-d'œuvre est constituée principalement de femmes (90 pour cent), et l'âge moyen des technologues de laboratoire médical autorisés au Nouveau-Brunswick est de 44 ans, comparativement à 42 en 2002.

Une autre analyse démographique révèle que près de 15 pour cent de la main-d'œuvre est âgée de moins de 30 ans, 23 pour cent, de 30 à 40 ans, 34 pour cent, la majorité, de 40 à 50 ans et 28 pour cent, de plus de 50 ans.

Les départs à la retraite imminents poseront un défi croissant pour ce groupe. À l'heure actuelle, 10 pour cent des personnes en faisant partie sont âgées de 55 ans ou plus et, au cours de la période de prévision, elles seront 18 pour cent de plus. Au-delà de la période de prévision, la situation des départs à la retraite s'amplifie alors que 20 pour cent de la main-d'œuvre s'ajoutera à celle admissible à la retraite avant 2020.

Prévision des ressources humaines en santé

Tableau 8 – Prévision de l'offre en matière de technologues de laboratoire médical et écarts prévus

ANNÉE	OFFRE	PLAGE D'ÉCART	
		-10%	+10%
2008	658	(10)	(12)
2009	670	(7)	(8)
2010	681	(6)	(7)
2011	689	(6)	(8)
2012	696	(8)	(10)
2013	702	(11)	(14)
2014	706	(15)	(18)
2015	714	(16)	(20)

(Les chiffres entre parenthèses indiquent une pénurie.)

Depuis la prévision de 2002 à 2007, la situation de la main-d'œuvre des technologues de laboratoire médical s'est améliorée. À ce moment, on estimait la pénurie à 127 technologues de laboratoire médical en 2007 (ce qui représentait 16 pour cent de l'offre prévue en matière de technologues de laboratoire médical pour 2007). Toutefois, en raison de l'augmentation considérable du nombre de technologues de laboratoire médical diplômés (entrants dans la main-d'œuvre du Nouveau-Brunswick), qui est passé d'une moyenne annuelle de 18 à 22 à une de 27, la situation de pénurie prévue ne s'est pas concrétisée.

Comme il est présenté dans le tableau ci-dessus, on prévoit que la situation de pénurie actuelle s'atténuera de 2008 à 2011, puis qu'elle s'accroîtra de manière constante jusqu'en 2015 étant donné que la croissance des entrants au sein de la main-d'œuvre des technologues de laboratoire médical ne suivra pas

le même rythme que celle des travailleurs qui approcheront à ce moment l'âge de la retraite.

Comme il a été présenté dans la section précédente, remédier à la pénurie de technologues de laboratoire médical en s'assurant d'abord que les places actuelles de formation disponibles sont données aux technologues de laboratoire médical diplômés doit devenir une priorité.

Il faudra maintenir en poste plus longtemps les technologues de laboratoire médical chevronnés ou augmenter le nombre de membres du personnel de soutien et leur utilisation si l'on veut atténuer la situation de pénurie des technologues de laboratoire médical au cours des prochaines années.

4.3.4 *Technologues en radiation médicale (TRM)*

Le sous-ensemble des technologues en radiologie médicale (techniciens en radiologie) compose environ 80 pour cent des technologues en radiation médicale, et le 20 pour cent restant est constitué de la médecine nucléaire, de l'imagerie par résonance magnétique et de la radiothérapie (qui comprend la dosimétrie, un domaine de spécialité de la radiothérapie).

La prévalence du cancer, des maladies du cœur et des blessures sont les principaux facteurs qui motivent le recours aux services des technologues en radiation médicale. De façon générale, comme dans la plupart des professions du domaine de la santé, les données démographiques sur la population et le fournisseur jouent un rôle clé dans la détermination des besoins de ressources humaines en santé de ce groupe au cours des prochaines années. Au fur et à mesure que la population de patients vieillit, la prévalence de la maladie et les taux de blessures s'accroissent, ce qui augmente les besoins de technologues en radiation médicale professionnels.

Tendances et enjeux

Formation sur les technologies de pointe

La technologie du domaine de la technologie de radiation médicale évolue rapidement. Les écoles de formation doivent demeurer à la fine pointe de la technologie pour ce qui est de former de nouveaux diplômés et de s'assurer qu'ils sont prêts à intégrer le marché du travail. Les instructeurs indiquent que, souvent, ils ne disposent pas des ressources financières et humaines nécessaires à la formation continue et à l'élaboration de nouveaux cours pour satisfaire à la demande.

Par exemple, à l'avenir, une plus grande utilisation sera faite des appareils tels que les tomodescripteurs, les appareils de tomographie par émission de positons et les appareils d'imagerie par résonance magnétique. La radiologie diagnostique, la radiothérapie et la médecine nucléaire comptent maintenant cet appareil dans leur champ d'activité, mais seule la radiologie diagnostique l'inclut dans le profil des compétences.

Alors que de nouveaux appareils apparaissent et que de nouvelles procédures deviennent des « pratiques privilégiées », celles plus anciennes pourraient tomber en désuétude, contrebalançant peut-être les ressources humaines en santé requises pour mettre en œuvre ces nouvelles procédures.

Par ailleurs, les radiologistes délèguent de plus en plus aux technologues des tâches qui étaient autrefois considérées comme « avancées ». Cette tendance, accompagnée des progrès technologiques rapides, fait ainsi avancer le champ d'activité des technologues en radiation médicale.

Données démographiques sur les effectifs et la population

D'ici à cinq à dix ans, les départs à la retraite commenceront à poser des problèmes de dotation à l'échelle provinciale, sauf bien sûr si les aiguillages des procédures de technologie de radiation médicale changent. En se fondant sur l'évolution des caractéristiques démographiques de la population du Nouveau-Brunswick, on prévoit que le groupe des 60 ans ou plus doublera d'ici à 2020. Les deux réalités de population (retraite des membres de la profession et élargissement du groupe de patients de 60 ans ou plus), en plus de la complexité technique et de l'augmentation de la fréquence des traitements chez les patients entraîneront des délais d'attente plus longs pour le traitement du cancer.

Les forces concurrentielles liées à la demande grandissante nationale et internationale de technologues en radiation médicale pourraient constituer un défi pour fidéliser les professionnels du Nouveau-Brunswick.

Analyse des effectifs actuels

Le Nouveau-Brunswick compte actuellement 543 technologues en radiation médicale autorisés, par rapport à 463 en 2002, soit une augmentation de 17 pour cent pour cette période de cinq ans. La majorité des technologues en radiation médicale sont des femmes, soit 471 personnes ou 87 pour cent. En ce moment, l'âge moyen du groupe est de 41 ans, comparativement à 40 ans en 2002.

Une autre analyse démographique révèle que 22 pour cent des TRM (121 personnes) sont âgées de moins de 30 ans, un peu plus de 30 pour cent (170 personnes), de 30 à 39 ans, 25 pour cent (134 personnes), de 40 à 49 ans, 17 pour cent (92 personnes), de 50 à 59 ans, et cinq pour cent, de plus de 60 ans.

Étant donné que 256 des 543 TRM (47 pour cent) sont des femmes de moins de 40 ans en âge de procréer, cette main-d'œuvre pourrait avoir à relever des défis liés au remplacement des personnes parties en congé de maternité d'un an.

Il importe de considérer le remplacement des personnes qui partent à la retraite dans la planification des ressources humaines de ce groupe. À l'heure actuelle, 13 pour cent des technologues en radiation médicale se trouvent dans la catégorie de retraite éventuelle (55 ans ou plus), pourcentage auquel s'ajoutera 10 pour cent de 2008 à 2015.

Prévision des ressources humaines en santé

Tableau 9 – Prévision de l'offre en matière de technologues en radiation médicale et écarts prévus

ANNÉE	OFFRE	PLAGE D'ÉCART	
		-10%	+10%
2008	539	(5)	(7)
2009	538	(10)	(12)
2010	537	(14)	(17)
2011	537	(18)	(22)
2012	537	(22)	(27)
2013	536	(26)	(32)
2014	537	(29)	(35)
2015	538	(31)	(38)

(Les chiffres entre parenthèses indiquent une pénurie.)

Depuis l'exercice de prévision de 2002, la situation de la main-d'œuvre des TRM s'est améliorée. À ce moment, on estimait la pénurie à 86 TRM en 2007 (ce qui représentait 17 pour cent de l'offre ou de la main-d'œuvre prévue pour 2007). La pénurie ne s'est pas manifestée en raison d'une augmentation d'environ 20 pour cent du nombre de nouveaux diplômés intégrant la main-d'œuvre des TRM pendant la période de prévision 2002-2007 à 2008-2015.

Cependant, comme il est présenté dans le tableau ci-dessus, on prévoit que la situation de pénurie de main-d'œuvre s'accroît de manière constante pendant la période de prévision actuelle si le *statu quo* se maintient, ce qui signifie que les entrants dans la main-d'œuvre des TRM ne suivront pas le rythme des départs à la retraite et d'autres départs naturels.

4.3.5 Inhalothérapeutes

Tendances et enjeux

Données démographiques sur la population et prestation de services

Le vieillissement de la population, la prévalence croissante des bronchopneumopathies chroniques obstructives (BPCO) et d'autres troubles respiratoires entraîneront l'augmentation des besoins en inhalothérapeutes dans le système. En outre, la tendance à la diminution du nombre de jours-patients hospitalisés augmentera la demande de services de soins à domicile pour les patients nécessitant des soins aigus en raison des troubles susmentionnés.

En outre, certains services traditionnellement offerts à l'hôpital, comme les traitements intraveineux, l'oxygénothérapie ainsi que les prélèvements et les analyses de sang, le seront de plus en plus à domicile. Il est possible que cette tendance en matière de soins à domicile soit de plus en plus liée aux fournisseurs du secteur privé, ce qui se répercutera aussi sur la façon dont les inhalothérapeutes sont utilisés dans le système.

Rôle élargi de l'inhalothérapie

Le rôle de l'inhalothérapeute dans l'hôpital et la collectivité s'élargit rapidement. Les secteurs qui par le passé disposaient de services d'inhalothérapie partagés connaissent une demande grandissante pour des services exclusifs à leur population de patients. Les unités néonatales de soins intensifs et les services d'urgence comptent parmi ces secteurs. Le rôle de l'inhalothérapeute dans les soins palliatifs et aux malades chroniques s'élargit aussi avec rapidité étant donné que les patients vivent plus longtemps et souhaitent avoir une meilleure qualité de vie.

Par ailleurs, dans certaines régions, le champ d'activité de l'inhalothérapeute s'est étendu pour inclure d'autres rôles, dont le rôle d'assistant en anesthésie. En outre, les centres respiratoires exigent des inhalothérapeutes à titre d'éducateurs dans la gestion des maladies chroniques et dans le domaine du diagnostic du sommeil.

Exiger un diplôme comme critère d'entrée dans la profession

Il existe de plus en plus un consensus national sur la nécessité d'exiger un programme menant à un grade comme critère d'entrée dans la profession d'inhalothérapeute. Cette tendance reflète l'augmentation des compétences cliniques que les nouveaux diplômés doivent acquérir avant de commencer à exercer. Elle reflète aussi les demandes du milieu de travail voulant que les inhalothérapeutes participent davantage à la planification des soins et à l'élaboration de programmes ainsi qu'au rôle élargi décrit ci-dessus.

Analyse des effectifs actuels

Le Nouveau-Brunswick compte actuellement 196 inhalothérapeutes autorisés, soit une légère hausse par rapport aux 193 en 2002. Ce groupe est composé de 144 femmes (73 pour cent) et de 51 hommes (27 pour cent). La moyenne d'âge pour ce groupe est relativement peu élevée à 36,6 ans, en hausse comparativement à 34 ans en 2002.

Une autre analyse démographique révèle que plus de 30 pour cent de cette main-d'œuvre est âgée de moins de 30 ans; près de 40 pour cent de 30 à 40 ans; 23 pour cent entre 40 et 49 ans; et seulement neuf pour cent ont plus de 50 ans.

Ces données démographiques augurent bien quant au risque de départs à la retraite pour ce groupe pour la période de prévision. Moins de 20 pour cent des membres de ce groupe sont âgés de 45 ans et plus. À l'heure actuelle, seulement trois pour cent de ce groupe ont 55 ans et plus, la catégorie de retraite éventuelle, pourcentage auquel s'ajoutera six pour cent pour la période de 2008 à 2015.

Toutefois, puisque 105 personnes (54 pour cent) sont des femmes âgées de moins de 40 ans, comme pour bien d'autres groupes, le défi en matière de ressources humaines sera de planifier des remplacements à court terme en raison des congés de maternité d'un an.

Prévision des ressources humaines en santé

Tableau 10 – Prévision de l'offre en matière d'inhalothérapeutes et écarts prévus

ANNÉE	OFFRE	PLAGE D'ÉCART	
		-10%	+10%
2008	196	(4)	(4)
2009	208	3	3
2010	220	10	12
2011	231	16	20
2012	242	23	28
2013	253	29	35
2014	263	35	42
2015	273	40	49

(Les chiffres entre parenthèse indiquent une pénurie)

La situation de la main-d'œuvre d'inhalothérapeutes s'est améliorée de façon importante depuis l'exercice de prévision pour la période 2002-2007. À ce moment, on prévoyait une pénurie de 37 inhalothérapeutes en 2007 (ce qui représente 13 pour cent de la main-d'œuvre prévue en 2007). Cette pénurie ne s'est pas matérialisée en partie en raison du cours de formation du CCNB en inhalothérapie instauré à la suite de l'exercice de 2002.

Tel que mentionné dans la section antérieure, le groupe des inhalothérapeutes est relativement jeune ainsi, les départs à la retraite ont peu d'importance pour la profession au cours de la période de prévision. Ainsi, les 15 nouveaux entrants prévus des cours de formations du CCNB devraient surclasser les départs à la retraite et autres départs naturels, ce qui contribue sensiblement à l'offre.

Toutefois, comme c'est le cas pour tous les autres groupes, ce scénario est fondé sur le statu quo de la demande et ne tient pas compte de toute nouvelle demande dans le système dans les années à venir en raison de la nouvelle programmation et du vieillissement de la population du Nouveau-Brunswick ainsi que des maladies et conditions liées à l'âge qui nécessiteront une augmentation de services de la part des

inhalothérapeutes. En outre, cet excédent pourrait offrir aux inhalothérapeutes la possibilité de maximiser la portée de leurs activités professionnelles pour jouer le rôle d'aide en anesthésie afin de pallier les défis que doit relever le secteur de l'accès aux services de chirurgie.

4.3.6 Professionnels de la gestion et de l'information sur la santé

Tendances et enjeux

Professionnels vieillissants

Il y aura une importante pénurie de professionnels de la gestion de l'information sur la santé au cours de la prochaine décennie alors que 50 pour cent des professionnels de la gestion de l'information sur la santé seront admissibles à la retraite. En plus de la perte de ces employés, la profession sera confrontée à une pénurie de mentors pour guider les nouveaux professionnels au début de leur carrière.

Augmentation des possibilités

La profession prend rapidement de l'ampleur alors que les soins de santé évoluent vers la gestion électronique complexe de l'information. Voici des exemples de facteurs qui influenceront sur la demande ou le besoin d'un plus grand nombre de professionnels de la gestion de l'information sur la santé :

- Codage du système national d'information sur les soins ambulatoires
- Projet un patient, un dossier
- Équipe chargée de l'intégrité des données
- Nouvelle législation concernant la vie privée
- Registre du cancer
- Registre de traumatologie
- Programme de surveillance pharmaceutique
- Informatique de la santé – en raison de l'évolution du dossier électronique pancanadien, les professionnels de la gestion de l'information sur la santé possédant des connaissances en informatique de la santé peuvent formuler des recommandations quant à l'adoption, l'adaptation et la préparation de normes. Cela assurera la coordination de l'accès, de la confidentialité et des concepts fondamentaux de la gestion de l'information sur la santé au vue de créer un dossier de santé très efficace et fonctionnel disponible n'importe quand et n'importe où lorsque nécessaire pour offrir des soins au patient.

Recrutement et maintien en poste

L'Association a cerné des défis en matière de ressources humaines liés à la maîtrise de la langue et au recrutement. De même, les régions signalent qu'il est difficile de recruter des professionnels de la gestion de l'information sur la santé chevronnés et qualifiés ainsi que de nouveaux diplômés puisque les régions régionales de la santé n'affichent pas leurs avis de concours à l'extérieur. Plusieurs organismes de financement exigent souvent que les candidats à la recherche d'options de formation et pour être admissibles à de l'aide financière réalisent une recherche d'emplois justifiant les possibilités d'emploi dans ce domaine. Bien qu'il existe un important besoin de professionnels de la gestion de l'information sur la santé, une recherche d'emploi est souvent difficile et les postes vacants ne sont pas toujours évidents.

Analyse des effectifs actuels

Il y a 113 professionnels de la gestion de l'information sur la santé autorisés au Nouveau-Brunswick par

rapport aux résultats de 2002 indiquant un total de 116 personnes dans des postes liés aux dossiers médicaux (69 techniciens de dossiers médicaux et 47 administrateurs des dossiers médicaux). Il s'agit d'un des deux seuls groupes inclus dans la présente étude qui affiche une baisse de la main-d'œuvre entre 2002 et 2007.

À l'heure actuelle, la moyenne d'âge pour ce groupe est 45 ans par rapport à une moyenne d'âge de 41 pour les techniciens de dossiers médicaux et de 45 ans pour les administrateurs de dossiers médicaux en 2002. Ce groupe est composé exclusivement de femmes (99 pour cent). En ce qui a trait au groupement d'âges par tranche de cinq ans, le pourcentage le plus élevé pour cette main-d'œuvre est de 45 à 49 ans (30 personnes ou 27 pour cent).

Une autre analyse démographique révèle que moins de 10 pour cent sont âgés de moins de 30 ans, près de 20 pour cent, de 30 à 39 ans, 43 pour cent, de 40 à 49 ans, 27 pour cent, de 50 à 59 ans, et quatre pour cent, de plus de 60 ans.

Vingt-sept pour cent (27 pour cent) des personnes de cette profession sont des femmes de moins de 40 ans, en âge de procréer, ce qui pose des défis quand vient le temps de pourvoir à un poste devenu vacant à la suite d'un départ en congé de maternité d'un an.

Cependant, un défi plus colossal réside dans le fait qu'actuellement, 12 pour cent de ce groupe se trouve dans la catégorie de retraite éventuelle (55 ans ou plus) à laquelle s'ajoutera 20 pour cent au cours de la période de prévision allant de 2008 à 2015. Cette bulle démographique de travailleurs constitue un risque pour la profession étant donné que remplacer ceux prenant leur retraite sera un défi permanent qui pourrait commencer d'ici à cinq ans et se poursuivre au-delà de 2015.

Prévision des ressources humaines en santé

Tableau 11 – Prévision de l'offre en matière de professionnels de la gestion de l'information sur la santé et écarts prévus

ANNÉE	OFFRE	PLAGE D'ÉCART	
		-10%	+10%
2008	113	(7)	(9)
2009	117	(11)	(13)
2010	123	(13)	(16)
2011	129	(15)	(18)
2012	132	(19)	(23)
2013	135	(23)	(28)
2014	130	(35)	(43)
2015	125	(47)	(57)

(Les chiffres entre parenthèses indiquent une pénurie.)

L'étude de 2002 des ressources humaines en santé a déterminé que la gestion de l'information sur la santé (GIS) constitue le groupe prioritaire absolu en ce qui concerne la pénurie de main-d'œuvre. À ce moment, on estimait la pénurie à 47 professionnels en gestion de l'information sur la santé en 2007 (ce qui représentait 30 pour cent de l'offre prévue de 105 professionnels pour 2007).

Les données d'adhésion de 2007 indiquent une offre de 113 professionnels. Même si ce chiffre est à peu près comparable à celui de 2002, une augmentation de l'offre nouvelle au cours de cette période de cinq ans a en fait suivi le rythme du nombre élevé de départs à la retraite. Cela est attribuable au programme du Collège communautaire du Nouveau-Brunswick (CCNB) qui a été lancé après l'achèvement du travail de 2002. La hausse du nombre de finissants (entrants dans la main-d'œuvre de la gestion de l'information sur la santé) a modéré grandement la grave situation de pénurie

(47 professionnels en gestion de l'information sur la santé) prévue en 2002 pour 2007. Ces renseignements sont présentés dans le tableau ci-dessus qui prévoit une fourchette de pénurie de 7 à 9 pour 2008.

Toutefois, même si le programme du CCNB a fait en sorte que l'offre augmente plus rapidement que prévu de 2002 à 2007, on ne s'attend toujours pas à ce qu'elle suive le rythme de la demande croissante pour cette ressource. On prévoit que la demande accrue, à laquelle s'ajoutent les départs à la retraite de la main-d'œuvre de la gestion de l'information sur la santé, intensifiera considérablement la situation de pénurie actuelle de la gestion de l'information sur la santé au cours de la période de prévision.

De 2006 à 2008, cette profession a connu des vacances de longue durée. Si la tendance se poursuit, on s'attend à ce que la demande (même la demande *statu quo*) continue à dépasser la croissance de l'offre, ce qui créera la situation de pénurie présentée dans le tableau ci-dessus.

Ainsi, les attentes actuelles à l'égard de ces professionnels de la santé doivent être examinées de façon approfondie. Des décisions peuvent être justifiées relativement aux services que la main-d'œuvre actuelle peut assurer compte tenu de l'écart important entre l'offre disponible et la demande.

4.4 Groupes infirmiers

D'innombrables tendances et enjeux communs aux groupes infirmiers affectent actuellement leurs ressources humaines du point de vue de l'offre et également de la demande de soins. Ces tendances et enjeux communs sont présentés ci-dessous.

Milieu de travail de qualité

Les questions relevées liées à un milieu de travail de qualité pour les fournisseurs de soins infirmiers du Nouveau-Brunswick sont les suivantes :

- augmentation de la charge de travail;
- heures supplémentaires travaillées excessives ou insoutenables;
- manque de postes à plein temps;
- sous-utilisation des infirmières immatriculées (II) (non-optimisation du champ d'activité);
- manque de milieux de travail souples (pour satisfaire aux besoins de la « nouvelle main-d'œuvre »);
- manque de leadership fort en matière de soins infirmiers à tous les niveaux;
- sécurité d'emploi;
- rémunération concurrentielle;
- accès à des programmes pour un mode de vie sain;
- questions de sécurité du milieu de travail;
- violences physiques et psychologiques en milieu de travail.

Modèle concerté de prestation de soins infirmiers

En 2002, la répartition des infirmières immatriculées (II) comme infirmières auxiliaires immatriculées (IAI) était de respectivement 77 pour cent et de 16 pour cent (les fournisseurs de soins personnels représentent le pourcentage restant), et, en 2008, de 73 cent et de 20 cent. Il est prévu que cette répartition devra être rajustée à un rythme plus rapide pour suivre celui de la demande de soins infirmiers au cours des années à venir. Cette réorientation tiendra compte de l'évolution des champs d'activité des deux ressources dans le cadre d'un modèle de soins en collaboration.

Comme le démontrent les statistiques susmentionnées, le rôle que jouent les infirmières auxiliaires immatriculées s'est élargi de façon importante au cours des cinq ou six dernières années. On prévoit que cette tendance se poursuivra dans les années à venir afin de suivre le rythme de la demande de soins de la population. Parallèlement, toutefois, des efforts doivent être portés sur le champ d'activité de l'équipe interdisciplinaire dans son ensemble. Pour faire avancer l'approche d'équipe interdisciplinaire, chaque fournisseur de soins infirmiers doit approfondir et appuyer la connaissance et la compréhension de son rôle au sein d'une telle équipe. Il est probable que les fournisseurs de soins non réglementés (p. ex. : services de soutien à la personne et aides gériatriques) auront aussi un rôle à jouer dans de telles équipes interdisciplinaires alors que les champs d'activité continuent à s'élargir pour les infirmières auxiliaires immatriculées, les infirmières immatriculées et les infirmières praticiennes.

Caractéristiques de la « nouvelle » main-d'œuvre

L'éthique du travail, l'engagement et la fidélisation des employés changent : en raison des pénuries continues et croissantes de professionnels de la santé, il y a une preuve croissante selon laquelle le marché devient rapidement un « marché à l'avantage de l'employé ».

On s'attend à ce que la façon dont la nouvelle génération d'employés souhaite travailler affecte grandement la prestation des soins de santé. Les employés seront moins prêts à travailler par quarts et à faire des heures supplémentaires à un niveau équivalant à celui du passé.

Vieillesse de la population et exigences des foyers de soins

Le vieillissement de la population et la reconnaissance des exigences futures des foyers de soins sont démontrés par les plans visant à augmenter de 700 le nombre de lits dans les foyers de soins d'ici à 2010. Cette réalité aggravera la pénurie d'infirmières. En outre, les membres de la profession se sont dits inquiets que les normes des foyers de soins ne puissent plus être satisfaites en raison de la pénurie d'infirmières immatriculées.

4.4.1 Infirmières immatriculées

Tendances et enjeux

Une étude portant sur les services infirmiers dans les pays de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE) résume comme suit les causes de la pénurie actuelle d'infirmières :

- une main-d'œuvre infirmière vieillissante;
- le besoin croissant d'infirmières en raison du vieillissement des populations;
- les nouvelles technologies qui élargissent la portée des conditions soignables;
- le plus grand activisme chez les consommateurs;
- le bassin d'effectifs qui diminue ou croît trop peu, puisque de moins en moins de jeunes embrassent la profession infirmière;
- un plus large éventail de possibilités professionnelles dans des secteurs autres que celui des soins infirmiers;
- le peu de valorisation sociale attachée aux soins infirmiers;
- les perceptions négatives des conditions de travail des infirmières.

Main-d'œuvre vieillissante

Depuis 2000, au Nouveau-Brunswick, le nombre absolu d'infirmières immatriculées de 55 ans ou plus a doublé. Lorsqu'elle s'ajoute à l'attrition permanente ou temporaire des infirmières, la main-d'œuvre

vieillissante pose des défis de planification d'infirmières immatriculées pour ce qui est de suivre le rythme du nombre accru de départs à la retraite.

Recrutement et maintien en poste dans les régions rurales

Au Nouveau-Brunswick, il s'est produit un changement chez les professionnels de la santé qui sont passés des régions rurales à celles urbaines. Le recrutement et le maintien en poste des infirmières immatriculées dans les régions rurales de la province, conjuguée aux exigences linguistiques pour desservir la population de ces régions, continueront de poser un défi au cours des années à venir étant donné que de nombreux professionnels sont attirés par les grands centres. L'exode rural crée un écart dans la satisfaction des besoins en soins de santé des collectivités rurales provinciales qui sont de plus en plus constituées d'une population âgée ayant des besoins accrus en soins de santé.

Augmentation de l'âge d'admission au programme de formation des infirmières immatriculées et d'achèvement

Selon l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS), parmi les infirmières immatriculées employées au Canada en 2005, 13,2 pour cent étaient âgées de 30 ans ou plus au moment de l'obtention du diplôme (par rapport à 9,4 pour cent en 1995). Dans le même sens que ces statistiques, les facultés de sciences infirmières remarquent que les étudiants admis au programme sont de plus en plus vieux, ce qui est combiné au nombre accru d'étudiants qui requièrent une année universitaire additionnelle, ou une partie de celle-ci, pour satisfaire aux exigences du programme. Souvent, les questions financières et personnelles ont un impact sur la tendance à prendre plus de quatre ans pour terminer le programme de baccalauréat en sciences infirmières. Ce phénomène a des répercussions sur la contribution totale à la main-d'œuvre infirmière des prochaines années.

Au Nouveau-Brunswick, une autre cause de l'augmentation de l'âge de la main-d'œuvre des infirmières immatriculées consiste en la réintégration dans la profession d'infirmières ayant pris un congé prolongé. Cela signifie que d'anciennes infirmières immatriculées ne satisfaisant pas actuellement aux exigences d'admission et souhaitant reprendre la pratique infirmière doivent terminer avec succès le programme de mise à jour destiné aux infirmières qui comprend un stage clinique pour répondre à ces exigences. Malheureusement, toutefois, les statistiques de 2007 du programme de mise à jour destiné aux infirmières du Nouveau-Brunswick continuent à faire état d'une diminution du nombre d'inscriptions par rapport à celui des années précédentes.

Enfin, aucun programme de mobilité verticale n'est offert aux infirmières auxiliaires immatriculées qui souhaitent devenir des infirmières immatriculées. Le taux d'attrition de telles recrues serait probablement faible en raison de leurs expériences professionnelles antérieures à titre de fournisseurs de soins dans la main-d'œuvre infirmière.

Milieu de travail de qualité, champs d'activité et résultats en ce qui concerne les infirmières

La conception du milieu de travail et les pratiques influent sur la santé et la satisfaction au travail des infirmières. Les rapports entre le milieu de travail de qualité, la satisfaction au travail et le maintien en place de la main-d'œuvre sont forts. Les milieux de travail de qualité sont définis comme ceux qui : a) favorisent le respect professionnel, b) sont chaleureux et collégiaux, c) fournissent des possibilités d'avancement professionnel, d) sont sécuritaires en plus d'offrir les ressources nécessaires, et e) fournissent des rétributions économiques (sécurité d'emploi, salaires intéressants, bons avantages sociaux).

On perçoit l'existence d'une corrélation entre le nombre élevé d'heures supplémentaires⁶ travaillées par les infirmières immatriculées du Nouveau-Brunswick et l'augmentation du taux d'absentéisme en raison de maladie et de blessure attribuables à la profession. Des taux élevés de blessures ont été liés à la surcharge de travail, au surmenage et à l'effectif insuffisant. Par ailleurs, même si la moyenne du Nouveau-Brunswick est comparable et dans certains cas meilleure que celle du Canada en ce qui concerne le nombre d'infirmières immatriculées à plein temps⁷, les membres de la profession estiment qu'une augmentation du nombre de postes à plein temps allégerait une partie des pressions exercées sur la main-d'œuvre actuelle.

En outre, les stratégies en milieu de travail doivent établir des relations et favoriser le travail d'équipe entre les collègues, les superviseurs et les équipes de soins de santé. Cela a pour effet d'améliorer le taux de maintien en poste des infirmières et la qualité globale des soins. Il est nécessaire de créer des structures organisationnelles qui favorisent des équipes interdisciplinaires et de soins infirmiers par l'entremise de constitutions d'équipes et de participation à la prise de décisions. Les différences entre les générations ainsi que les attentes en milieu de travail doivent être explorées pour ce qui est de créer des cultures organisationnelles positives et de comprendre les facteurs de maintien en place des divers groupes d'âges et de générations. La qualité de la vie au travail et du milieu de travail sont les considérations principales dans la conception des stratégies de maintien en poste des infirmières.

Analyse des effectifs actuels

En 2007, la profession comptait 9 094 infirmières immatriculées, comparativement à 8 259 en 2001. Cela représente une croissance de 10 pour cent pour ce groupe au cours de la période. De l'ensemble du groupe, 8 072 infirmières immatriculées étaient actives dans le système de soins de santé, par rapport à 7 700 en 2002 (une augmentation de cinq pour cent). Selon la comparaison des statistiques de l'ICIS à celles d'une période légèrement différente, de 2003 à 2006, le nombre total d'infirmières immatriculées du Nouveau-Brunswick a crû de 6,9 pour cent, par rapport au taux de croissance national de seulement 4,8 pour cent pour la même période.

Des 8 072 personnes occupant un poste dans cette profession, 7 725 (96 pour cent) sont des femmes. En 2007, les infirmières immatriculées étaient âgées en moyenne de 44 ans, comparativement à 43 ans en 2002. Selon un rapport de 2006 de l'ICIS, l'âge moyen des infirmières du Canada était de 44,6 ans en 2004.

Une autre analyse par groupe d'âges révèle que 3 203 infirmières sont en âge de procréer (moins de 40 ans), ce qui représente plus de 35 pour cent de la main-d'œuvre infirmière (pourcentage comparable aux statistiques de 2002). En outre, 1 153 infirmières immatriculées actives (14 pour cent) se trouvent actuellement dans la catégorie de retraite éventuelle (55 ans ou plus), et, au cours de la période de prévision, plus de 1 400 infirmières (jusqu'à 20 pour cent) se joindront à elles. Ainsi, pour la période de prévision allant de 2008 à 2015, de 30 à 40 pour cent de la main-d'œuvre des infirmières immatriculées pourrait prendre sa retraite.

⁶ En 2007-2008, les Régies régionales de la santé ont payé l'équivalent de 196 équivalents temps plein (ETP) des soins infirmiers (infirmières, infirmières gestionnaires et infirmières auxiliaires immatriculées) en heures supplémentaires et 306 ETP des soins infirmiers en congés de maladie.

⁷ ICIS – Main-d'œuvre infirmière réglementée : Tendances de 2003 à 2007. Répartition en pourcentage de l'état des postes des infirmières du Nouveau-Brunswick (N.-B.) pour 2007 : Plein temps – 63,3 pour cent au N.-B. par rapport à 57,2 pour cent au Canada. Les pourcentages de Terre-Neuve-et-Labrador et de la Nouvelle-Écosse étaient supérieurs à celui du N.-B., à 70,8 pour cent et à 64 pour cent, respectivement. Temps partiel – 29,3 pour cent au N.-B. par rapport à 32,1 pour cent au Canada. Le N.-B. se trouvait au milieu, cinq administrations ayant enregistré un pourcentage supérieur et cinq, un pourcentage inférieur. Occasionnel – 7,5 pour cent au N.-B. par rapport à 10,7 pour cent au Canada. Seul le pourcentage du Manitoba, 7,3 pour cent, était inférieur à celui du N.-B.

Évidemment, ce nombre variera selon l'âge de retraite et la façon dont cela se répercute sur le climat économique actuel qui, selon les prévisions, aura une incidence sur les décisions en matière de retraite des employés. Selon les statistiques de l'ICIS pour le Nouveau-Brunswick, quelque 62 pour cent des infirmières ayant pris leur retraite au cours des cinq dernières années étaient âgées de 55 à 59 ans, et 34 pour cent, de 60 à 64 ans. En fonction de ces pourcentages, l'ICIS estime qu'environ 1 200 infirmières partiront à la retraite d'ici les cinq prochaines années, ou à peu près 240 par année. Compte tenu des tendances et des questions susmentionnées, cette réalité a des conséquences terribles sur la planification.

Selon les statistiques de 2006 de l'ICIS, 87 pour cent des infirmières du Nouveau-Brunswick occuperaient des postes permanents, soit à plein temps ou à temps partiel, et 7 pour cent, des postes occasionnels.

D'après l'ICIS, les diplômées en sciences infirmières du Nouveau-Brunswick représentent 86 pour cent de la main-d'œuvre infirmière provinciale (2006). Cela classe le Nouveau-Brunswick au troisième rang du Canada pour ce qui est du maintien en poste intérieur. Le taux de la province à cet égard est supérieur à celui national de 81 pour cent.

Prévision des ressources humaines en santé

Tableau 12 – Prévision de l'offre en matière d'infirmières immatriculées et écarts prévus

ANNÉE	OFFRE	PLAGE D'ÉCART	
		-10%	+10%
2008	8 012	(97)	(119)
2009	8 012	(195)	(238)
2010	8 007	(296)	(362)
2011	8 012	(389)	(475)
2012	8 033	(467)	(571)
2013	8 077	(525)	(641)
2014	8 118	(585)	(715)
2015	8 159	(645)	(789)

(Les chiffres entre parenthèses indiquent une pénurie.)

Depuis l'achèvement de l'exercice de prévision de 2002, la main-d'œuvre infirmière a réalisé des gains. À ce moment, l'offre prévue d'infirmières immatriculées était de 7 047 d'ici à 2007. Toutefois, comme le montre le tableau ci-dessus, la croissance de la main-d'œuvre des infirmières immatriculées est plus forte que prévu et devrait atteindre plus de 8 000 infirmières immatriculées d'ici à 2007. En raison d'une augmentation importante des nouveaux entrants (infirmières immatriculées diplômées) dans la main-d'œuvre du Nouveau-Brunswick ainsi que des départs à la retraite et d'autres départs naturels moins nombreux qu'attendu, la situation de pénurie prévue de 1 078 infirmières immatriculées d'ici à 2007 ne s'est pas concrétisée.

Cependant, comme il est présenté dans le tableau ci-dessus, on s'attend à ce que la situation de pénurie actuelle s'intensifie rapidement au cours de la période de prévision allant de 2008 à 2015. Cela est attribuable à d'innombrables facteurs, décrits dans la section précédente, qui peuvent être résumés de façon suivante : le nombre insuffisant de diplômées en sciences infirmières intégrant la main-d'œuvre pour remplacer la totalité de l'attrition de celle-ci causée à la fois par les départs à la retraite et l'attrition pour d'autres raisons (congé de maladie, roulement, etc.).

Il importe de souligner que l'exercice de prévision n'a pas permis d'intégrer les facteurs de la demande au-delà des exigences actuelles (*statu quo*) représentées par des postes à pourvoir dans le système. Par conséquent, la nouvelle demande, de services infirmiers en général et d'infirmières immatriculées en

particulier, liée aux initiatives qui découlent du Plan provincial de la santé ne peut être estimée à l'heure actuelle. De même, aucune hypothèse n'a été incluse dans la prévision ayant trait à l'optimisation des ressources et de la composition du personnel ou d'autres changements structureaux quant à la façon dont ces ressources sont utilisées dans le système des soins de santé.

Selon l'ICIS, la profession infirmière détient généralement un taux de participation élevé, la plupart des infirmières qualifiées occupant un poste d'infirmière. Pour cette raison, il est peu probable que le taux de participation puisse être augmenté facilement. Au Nouveau-Brunswick, cela est démontré par le faible nombre de nouveaux entrants dans la main-d'œuvre infirmière en provenance du cours de perfectionnement en sciences infirmières. Toutefois, il existe des preuves suffisantes indiquant qu'il est possible de tirer profit de la main-d'œuvre infirmière avec une plus grande efficacité, particulièrement en améliorant les conditions d'emploi et l'utilisation de l'ensemble de la main-d'œuvre en soins de santé selon une approche de soins en collaboration.

Les écoles des sciences infirmières devront se faire plus nombreuses et au moins maintenir le taux d'inscription pour suivre le rythme des départs futurs de la main-d'œuvre et de la demande croissante de services infirmiers à mesure que la génération des *baby-boomers* vieillira. Pourtant, tout comme pour l'ensemble des professions, la réserve de recrues potentielles continuera à diminuer, en raison de la faible croissance de la population et des choix de carrière lucratifs et concurrentiels. Les recrues potentielles peuvent choisir parmi un grand nombre de professions de la santé et de pays dans lesquels elles peuvent obtenir leur formation et exercer leur profession.

Dans un tel marché concurrentiel, les salaires ne seront que l'une des considérations. Pour de nombreuses recrues potentielles, les décisions dépendront d'autres facteurs, particulièrement des conditions d'emploi. Si les conditions de travail actuelles persistent, les candidates qualifiées ne tiendront peut-être pas autant à combler le nombre croissant de places offertes dans les écoles des sciences infirmières du Canada.

Il est évident qu'au cours de la prochaine décennie, une bonne partie des infirmières immatriculées de la province prendront leur retraite ou travailleront moins d'heures. À moins qu'un nombre considérable d'infirmières immatriculées n'intègrent le marché du travail, l'offre ne satisfera pas aux besoins d'une population croissante et vieillissante s'il y a maintien du *statu quo* relativement au modèle de prestation des soins de santé.

4.4.2 *Infirmières auxiliaires immatriculées (IAI)*

Tendances et enjeux

Formation

D'après l'Association des infirmiers et infirmières immatriculés autorisés du N.-B., le nombre limité de places dans le système du Collège communautaire du Nouveau-Brunswick continuera à agir sur l'offre future en matière d'infirmières auxiliaires immatriculées. Elle indique que les étudiantes potentielles au programme d'infirmières auxiliaires immatriculées sont nombreuses à se plaindre de ne pouvoir obtenir une place. Des plaintes sont aussi formulées par les employeurs qui ne peuvent trouver d'infirmières auxiliaires immatriculées à embaucher.

Le programme d'infirmières auxiliaires immatriculées du Nouveau-Brunswick a pris récemment la forme d'un programme de deux ans, ce qui est plus long que dans d'autres provinces. Cette augmentation de la durée du programme a entraîné une réduction du nombre de places offertes aux étudiantes. Le réseau du CCNB a examiné la situation avec l'objectif d'ajouter 75 nouvelles places régulières. Cependant, il importe de souligner qu'ajouter de nouvelles places aux programmes d'infirmières auxiliaires immatriculées n'est pas l'unique solution. Un nombre accru d'étudiantes dans le programme de formation

doit se faire de pair avec une meilleure capacité de gestion de leurs stages cliniques de la part des hôpitaux. En outre, le système du Collège communautaire du Nouveau-Brunswick doit être à même d'accéder à des enseignants qualifiés et de les employer dans le cadre du programme.

Par ailleurs, afin de réduire le taux d'attrition, l'Association est d'avis que le processus de sélection des étudiantes doit intégrer une présélection plus rigoureuse de celles qui présentent une demande d'admission au programme. Une présélection plus rigoureuse pourrait assurer un succès accru aux étudiantes terminant le programme (réussite de l'examen national) et un nombre moindre d'entre elles le quittant. Toutefois, le fait d'avoir des normes d'admission plus rigoureuses doit être examiné attentivement en tenant compte du risque de décourager certaines candidates intéressées à présenter une demande d'admission.

Il importe de mentionner que d'autres fournisseurs de soins infirmiers tels que les aides gériatriques de foyers de soins pourraient souhaiter poursuivre leurs études pour devenir infirmières auxiliaires immatriculées si une subvention de remplacement du salaire leur était offerte.⁸

Élargir et optimiser le rôle des infirmières auxiliaires immatriculées

Dans les situations d'emploi actuelles, il y a élargissement de la demande d'infirmières auxiliaires immatriculées, ainsi que de leur champ d'activité et de leur rôle. De plus, les infirmières auxiliaires immatriculées commencent à travailler dans des secteurs qui leur sont nouveaux tels que le Programme extra-mural et les Infirmières de l'ordre de Victoria (VON). Les infirmières auxiliaires immatriculées dans le système sont souvent utilisées à titre d'assistantes en réadaptation et dans certains secteurs comme la phlébotomie, qui ne constituent pas des postes d'infirmières auxiliaires immatriculées. Dans les foyers de soins, les infirmières auxiliaires immatriculées travaillent parfois à titre de chef d'équipe (responsable lorsque aucune infirmière immatriculée n'est disponible).

En ce qui concerne le modèle de soins en collaboration, optimiser le rôle des infirmières auxiliaires immatriculées afin de maximiser leur champ d'activité (en fonction de la formation) pourrait aider à alléger certaines des pressions croissantes sur la main-d'œuvre d'infirmières immatriculées attribuables à des heures supplémentaires excessives. Toutefois, cela requerra une utilisation accrue du personnel de soutien qualifié tel que les fournisseurs de soins personnels pour permettre l'entière optimisation des ressources infirmières du service de soins infirmiers.

Analyse des effectifs actuels

Le Nouveau-Brunswick compte 3 124 infirmières auxiliaires immatriculées, ce qui représente une augmentation de 15 pour cent par rapport aux 2 701 de 2002. L'âge moyen des infirmières auxiliaires immatriculées est de 43 ans, le même qu'en 2002.

Une autre analyse démographique révèle que plus de 40 pour cent des infirmières auxiliaires immatriculées sont en âge de procréer (moins de 40 ans). La majeure partie du groupe, 43 pour cent, est âgée de 40 à 54 ans, et 15 pour cent, de 55 ans ou plus. Au cours de la période de prévision allant de 2008 à 2015, plus de 30 pour cent de ce groupe pourrait se trouver dans la catégorie de retraite éventuelle (55 ans ou plus).

Selon les statistiques de l'ICIS, de 2003 à 2006, le nombre total d'infirmières auxiliaires immatriculées au Nouveau-Brunswick a crû de 8,9 pour cent. Cela est comparable au taux de croissance national de seulement 6,6 pour cent pour la même période. Les infirmières auxiliaires immatriculées diplômées du

⁸ Il y a de nombreuses années, un programme pour former des aides gériatriques à titre d'infirmières auxiliaires immatriculées a été conçu avec l'aide de Développement des ressources humaines Canada (DRHC).

Nouveau-Brunswick représentent 92 pour cent de la main-d'œuvre provinciale d'infirmières auxiliaires immatriculées. Cela classe le Nouveau-Brunswick au quatrième rang parmi les provinces pour ce qui est du maintien en poste intérieur. Le taux de la province à cet égard est supérieur à celui national de 90 pour cent. De 2003 à 2007, le taux annuel moyen de maintien en poste des nouvelles infirmières auxiliaires immatriculées diplômées intégrant le marché du travail était de 87 pour cent.

En outre, selon les statistiques de 2006 de l'ICIS, 79 pour cent des infirmières auxiliaires immatriculées du Nouveau-Brunswick occuperaient des postes permanents, soit à plein temps ou à temps partiel, et 20 pour cent, des postes occasionnels.

Les infirmières auxiliaires immatriculées sont moins susceptibles que les infirmières immatriculées de déménager dans une autre province suivant l'obtention du diplôme, ce qui est une note positive relativement à l'offre en matière d'infirmières auxiliaires immatriculées. D'après l'ICIS, en 2005, seulement 7,6 pour cent des infirmières auxiliaires immatriculées diplômées canadiennes étaient employées dans une province ou un territoire autre que celle ou celui où elles avaient obtenu leur diplôme, comparativement à 11,5 pour cent pour les infirmières immatriculées.

Prévision des ressources humaines en santé

Tableau 13 – Prévision de l'offre en matière d'infirmières auxiliaires immatriculées et écarts prévus

ANNÉE	OFFRE	PLAGE D'ÉCART	
		-10%	+10%
2008	3 124	(85)	(103)
2009	3 218	(84)	(103)
2010	3 117	(260)	(318)
2011	3 158	(308)	(377)
2012	3 149	(400)	(489)
2013	3 211	(429)	(525)
2014	3 171	(550)	(672)
2015	3 198	(610)	(746)

(Les chiffres entre parenthèses indiquent une pénurie.)

La main-d'œuvre d'infirmières auxiliaires immatriculées a connu une forte croissance au cours de la période de cinq ans allant de 2002 à 2007. De fait, l'exercice de prévision de 2002 avait prévu que la main-d'œuvre d'infirmières auxiliaires immatriculées serait de 2 591 au Nouveau-Brunswick en 2007. Cet exercice a sous-estimé la croissance de l'offre qui est nettement supérieure à 3 000 infirmières auxiliaires immatriculées travaillant actuellement dans la province.

On s'attendait à une pénurie de 91 infirmières auxiliaires immatriculées d'ici à 2007. Selon celle prévue pour 2008, comme l'illustre le tableau ci-dessus sous « Plage d'écart », la prévision était exacte.

Cependant, la pénurie actuelle, qui varie de 85 à 103 infirmières auxiliaires immatriculées, augmente rapidement pour la période de prévision allant de 2008 à 2015 en raison d'une combinaison de facteurs :

1. Le nombre de postes à pourvoir dans le système (représentant la demande ou les exigences *statu quo*) a crû d'environ 60 pour cent de 2002 à 2007.
2. Il est prévu que moins d'infirmières auxiliaires immatriculées intégreront la main-d'œuvre du Nouveau-Brunswick au cours de la période de prévision allant de 2008 à 2015 par rapport à celle antérieure, de 2002 à 2007 (soit environ 108 par année selon la prévision actuelle comparativement à 145 par année selon l'exercice de prévision de 2002).

3. La population d'infirmières auxiliaires immatriculées a vieilli depuis l'exercice de prévision précédent. De fait, le nombre d'infirmières auxiliaires immatriculées faisant partie du groupe d'âge de 50 ans ou plus a augmenté considérablement depuis 2002, ce qui se traduit par une hausse des départs de la main-d'œuvre en raison des retraites attendues au cours de la période de prévision.
4. Il existe d'importants écarts entre les deux exercices de prévision relativement à la « réserve de soutien » des nouveaux entrants dans la main-d'œuvre d'infirmières auxiliaires immatriculées. La réserve de soutien est caractérisée par les infirmières auxiliaires immatriculées auprès de l'Association, mais qui indiquent sur leur formulaire qu'elles : 1) occupent un emploi à l'extérieur de la profession mais en cherchant un dans celle-ci; 2) sont sans emploi mais en cherchant un dans la profession; ou 3) sont en congé pour d'autres raisons et cherchent un emploi dans la profession. Alors, en plus des nouvelles diplômées annuelles, il existe des personnes de chaque profession aptes et prêtes à « réintégrer » la main-d'œuvre. La raison pour laquelle la réserve de soutien varie autant entre les deux périodes de prévision est inconnue (191 dans les données de 2002 et 31 dans celles de 2007). Toutefois, il est fort probable qu'elle est attribuable aux incohérences des données. Quelle qu'en soit la raison, cela signifie que la pénurie attendue dans l'exercice de prévision de 2002 a été sous-estimée ou que celle de l'exercice de 2008 a été surestimée. Cependant, il importe de mentionner que cette surestimation ou sous-estimation équivaudrait au plus à une plage d'écart de moins de +/- 10 pour cent, déjà intégrée dans la prévision actuelle.

De façon comparable à toutes les professions incluses dans la mise à jour de la prévision de la pénurie d'infirmières auxiliaires immatriculées présentée ci-dessus, à supposer que le *statu quo* de la demande se maintienne, les données sur la pénurie d'infirmières ne permettent pas, à l'heure actuelle, de prévoir la nouvelle demande de services d'infirmières auxiliaires immatriculées dans le système découlant d'initiatives du Plan provincial de la santé ou d'autres changements structureux et prestation de programmes laissant supposer que plus ou moins d'infirmières auxiliaires immatriculées sont requises. Cela s'applique à tout changement futur touchant à l'optimisation des ressources et de la composition du personnel du groupe de services infirmiers et d'autre personnel de soutien.

4.4.3 Infirmières praticiennes (IP)

Le recours à des infirmières praticiennes continue à s'étendre à l'échelle du pays. Celles-ci assurent efficacement des soins de santé en réponse aux besoins des personnes et des collectivités en matière de santé. Au Nouveau-Brunswick, la législation autorise le rôle de l'infirmière praticienne de soins de santé primaires (IP-SSP). L'infirmière praticienne de soins de santé primaires est une généraliste qui offre des soins complets et continus aux patients dans le continuum de la santé. Les infirmières praticiennes travaillent dans divers contextes, y compris les centres de santé communautaires, les foyers de soins et les pratiques en collaboration médecin-infirmière praticienne. L'Université du Nouveau-Brunswick (UNB) et l'Université de Moncton (U de M) offrent la formation d'infirmière praticienne de soins de santé primaires dans le cadre de programmes d'études avancées en sciences infirmières au niveau de la maîtrise.

Le rôle de l'infirmière praticienne est ancré dans la pratique infirmière avancée. L'infirmière praticienne possède des connaissances profondes et étendues ainsi que des compétences complexes en plus de pouvoir effectuer la synthèse de données et des interventions. De plus, le rôle de l'infirmière praticienne consiste entre autres à prescrire de prendre un médicament, de passer des tests diagnostiques ou de dépistage et de les interpréter ainsi qu'à diagnostiquer, traiter et gérer des maladies courantes aiguës et chroniques. En tant que membre d'une équipe de santé interdisciplinaire, l'infirmière praticienne joue un rôle à la fois indépendant et de collaboration.

Tendances et enjeux

Renouvellement des soins de santé primaires

En 2006, dans le cadre de l'Initiative canadienne sur les infirmières et infirmiers praticiens (ICIIP), menée par l'Association des infirmières et infirmiers du Canada (AIIC), un cadre pancanadien visant l'intégration permanente des infirmières praticiennes dans les soins de santé primaires a été publié. Le modèle de services d'infirmière praticienne est considéré comme une solution possible pour améliorer l'accès aux soins de santé ainsi que l'efficacité et l'efficacités des services. Même si le rôle d'infirmière praticienne se distingue de celui des autres professionnels de la santé, nous sommes d'avis que cette approche de services renforcera aussi la pratique en collaboration en plus de contribuer au renouvellement des soins primaires.

Plusieurs hypothèses façonnent l'intégration actuelle des infirmières praticiennes dans le système de soins de santé du Nouveau-Brunswick. Les hypothèses doivent être reconsidérées alors que ce projet œuvre en faveur de l'élaboration d'un futur cadre pour les infirmières et infirmiers praticiens du Nouveau-Brunswick.

- Une utilisation plus efficace des infirmières et des infirmières praticiennes est une solution aux questions d'accès, de qualité et de coût des soins.
- L'infirmière praticienne joue un rôle d'infirmière en pratique avancée selon un modèle efficace et durable de soins de santé primaires au Nouveau-Brunswick.
- Le rôle d'infirmière praticienne en soins de santé primaires est le seul rôle d'infirmière praticienne autorisé au Nouveau-Brunswick.
- En tant que membre d'une équipe interdisciplinaire, l'infirmière praticienne joue un rôle à la fois indépendant et de collaboration.
- Pour devenir infirmière praticienne, il faut avoir une maîtrise en sciences infirmières obtenue dans le cadre d'un programme approuvé de formation des infirmières praticiennes en soins de santé primaires.

Exigence accrue pour les infirmières praticiennes

En 2003, la profession d'infirmière praticienne a été lancée dans le cadre du système de soins de santé du Nouveau-Brunswick. À ce moment, le Plan provincial de la santé (PPS) a confirmé l'ajout de 40 nouveaux postes d'infirmière praticienne de soins de santé primaires de 2004 à 2008 dans divers contextes, y compris les foyers de soins, les services d'urgence, les pratiques en collaboration et les centres de santé communautaires. Le nouveau Plan provincial de la santé a étendu l'initiative de manière à ajouter au système 10 postes d'infirmière praticienne de plus par année de 2008 à 2012.

Analyse des effectifs actuels

La première infirmière praticienne a commencé à travailler au Nouveau-Brunswick en janvier 2003. En novembre 2005, la province comptait 22 infirmières praticiennes immatriculées et, selon les données d'adhésion, elle en comptait 29 en 2007. Le groupe compte à présent plus de 50 infirmières praticiennes.

Selon les données d'adhésion de 2007, tous les postes d'infirmière praticienne de la province sont occupés par des femmes⁹, et la majorité (15 personnes ou 52 pour cent) sont âgées de 40 à 49 ans. Six infirmières praticiennes sont âgées de plus de 50 ans (et trois d'entre elles ont plus de 55 ans), et huit (28 pour cent) sont en âge de procréer (moins de 40 ans).

⁹ Depuis le rapport sur l'adhésion de 2007, un infirmier praticien a intégré la main-d'œuvre.

Prévision des ressources humaines en santé

Tableau 14 – Prévision de l'offre en matière d'infirmières praticiennes et écarts prévus

ANNÉE	OFFRE	PLAGE D'ÉCART	
		-10%	+10%
2008	29	(5)	(6)
2009	44	0	0
2010	55	1	1
2011	68	4	4
2012	76	2	2
2013	96	10	13
2014	99	4	5
2015	103	(1)	(1)

(Les chiffres entre parenthèses indiquent une pénurie.)

Comme il est présenté dans le tableau ci-dessus, le scénario provincial des infirmières praticiennes qui s'annonce pour la période allant de 2008 à 2015 est encourageant. Les prévisions supposent qu'il y aura de nouvelles demandes d'infirmière praticienne, conformément à l'engagement pris dans le cadre du Plan provincial de la santé d'ajouter 10 nouveaux postes d'infirmière praticienne par année au cours de cette période. Par ailleurs, on prévoit qu'en moyenne de 12 à 13 nouvelles infirmières praticiennes du système d'éducation se voient diplômer chaque année. Ces nouveaux ajouts varient grandement d'une année à l'autre (de 6 à 22 pour la période allant de 2008 à 2015) selon le nombre (actuel et projeté) d'étudiantes inscrites, à plein temps ou à temps partiel, aux programmes et la date prévue d'obtention du diplôme.

Ainsi, l'offre prévue d'infirmière praticienne devrait satisfaire à la nouvelle demande déterminée pour cette ressource, tout en tenant compte des départs à la retraite et d'autres départs naturels de la main-d'œuvre.

4.5 Autres professions

4.5.1 Diététistes

Tendances et enjeux

Besoins futurs déterminés

Alors que le Nouveau-Brunswick se dirige vers un système qui accorde une importance accrue aux soins de santé primaires et au mieux-être, on prévoit que les diététistes joueront un rôle clé dans les initiatives du Plan provincial de la santé, y compris le développement de la petite enfance, les soins de santé primaires et la gestion de maladies chroniques de manière à améliorer et à maintenir la santé de la population. Si de telles stratégies sont mises en œuvre, cela entraînera principalement une demande accrue de services de santé publique et de nutrition en soins de santé primaires. Les diététistes cliniques seront aussi touchées étant donné qu'il est probable que les patients hospitalisés présentant des troubles médicaux aigus s'aggravant et souvent multiples (p. ex. : un patient diabétique souffrant de maladies cardiovasculaires et du rein) requièrent des soins nutritionnels plus complexes.

On a déterminé qu'il faut, dans le système, s'employer à effectuer un dépistage nutritionnel systématique, particulièrement chez la population âgée croissante. Le besoin accru de diététistes cliniques une fois la

mise en place de ce système de dépistage a également été évoqué. Afin d'arriver aux résultats attendus, y compris l'amélioration de l'état général de santé de la population des personnes âgées, le coût à amortir sera largement plus élevé que celui prévu initialement pour lancer un tel système de dépistage.

Remplaçants pendant les congés

Un sondage, mené par l'Association des diététistes du Nouveau-Brunswick (ADNB) de concert avec les autres organismes de réglementation diététique de l'Atlantique et Les diététistes du Canada (l'organisme professionnel national), a révélé que trois mois ou plus avaient été nécessaires pour pourvoir à 33 pour cent de tous les postes vacants (notamment ceux de congés de maternité et de vacances). De plus, selon les résultats du sondage, 28 pour cent des postes vacants connus étaient ruraux, lesquels sont plus difficiles à pourvoir à court terme.

Pendant leur congé, de nombreuses diététistes ne sont pas remplacées, ce qui entraîne des délais d'attente plus longs dans les milieux cliniques pour patients externes. Les délais d'attente pour les services diététiques de soins ambulatoires varient à l'échelle de la province. Dans certaines régions, ceux-ci sont déjà de plus de trois mois. La plupart des établissements n'offrent qu'une couverture limitée (urgences seulement) pour les patients hospitalisés, laquelle est assurée par une diététiste d'une autre unité de traitement. La couverture peut aussi devoir être assurée par un autre établissement, ce qui donne lieu à une hausse encore plus marquée de la charge de travail de la diététiste de garde et à des délais d'attente accrus pour les patients externes.

Âge des diététistes

Un sondage mené par des représentants de la profession indique que 50 pour cent des diététistes provinciales sont âgées de 40 ans ou plus, et que 50 pour cent de celles qui prévoient prendre leur retraite ont de 55 à 59 ans. Par conséquent, cette bulle de travailleurs posera des défis de remplacement à long terme à moins que des mesures n'existent pour les inciter à demeurer sur le marché du travail. En ce qui concerne l'effectif de la santé publique, environ 70 pour cent des diététistes en faisant partie à titre de nutritionnistes ont 40 ans ou plus.

Formation et maintien en poste des diplômés

Au Nouveau-Brunswick, l'université de Moncton est le seul établissement postsecondaire à offrir le diplôme en nutrition. Les étudiants qui souhaitent faire des études en nutrition en anglais doivent donc quitter la province. En outre, au Nouveau-Brunswick, aucun programme de stage en nutrition en santé publique n'existe.

Il est nécessaire, pour devenir diététiste, d'obtenir un diplôme de premier cycle et de réussir un stage (d'environ un an). Seuls environ 50 pour cent des diplômés universitaires réussiront à trouver un stage. La plupart d'entre eux effectuent un stage général qui n'offre qu'un aperçu limité de la nutrition en santé publique. Accroître le nombre de stages et permettre aux étudiantes de se concentrer principalement sur la nutrition en santé publique sont deux possibilités qui porteraient à la hausse le nombre de diététistes et qui feraient en sorte que celles-ci possèdent les connaissances et les ensembles de compétences appropriés à la satisfaction des besoins futurs de la province.

Analyse des effectifs actuels

Selon les données d'adhésion, le Nouveau-Brunswick comptait 300 diététistes en 2007 comparativement à 279 en 2002, ce qui représente une augmentation de 7,5 pour cent pour cette période. La majorité des diététistes (291 ou 97 pour cent) sont des femmes. Du total, 17 pour cent sont âgés de moins de 30 ans,

26 pour cent, de 30 à 39 ans, 31 pour cent, de 40 à 49 ans, 17 pour cent, de 50 à 59 ans et seulement deux pour cent, de plus de 60 ans. La date de naissance de 22 personnes (sept pour cent) de ce groupe est manquante.

En raison de ces données démographiques, des tendances et des questions touchant aux diététistes, celles-ci doivent aussi relever des défis liés à la capacité de pourvoir aux postes devenus vacants à la suite de départs en congé de maternité pour une courte période, 42 pour cent du groupe étant des femmes en âge de procréer (moins de 40 ans).

Étant donné que seulement 6 pour cent du groupe est âgé de 55 ans ou plus, les départs à la retraite à court terme ne présentent pas un risque considérable à la stabilité de la main-d'œuvre. Il importe de mentionner, toutefois, que s'ajoutera à ce pourcentage 13 pour cent de la main-d'œuvre (38 personnes) qui atteindra l'âge de la retraite au cours de la période allant de 2008 à 2015. De plus, le sondage indique qu'un pourcentage élevé de travailleurs s'attendent à prendre leur retraite lorsqu'ils seront âgés de 55 à 59 ans. Ainsi, remplacer les retraités à long terme, au cours des 8 à 10 prochaines années, pourrait poser un défi croissant pour la profession.

Prévision des ressources humaines en santé

Tableau 15 – Prévision de l'offre en matière de diététistes et écarts prévus

ANNÉE	OFFRE	PLAGE D'ÉCART	
		-10%	+10%
2008	300	(1)	(1)
2009	309	7	8
2010	318	13	16
2011	325	19	24
2012	334	26	31
2013	342	32	40
2014	348	37	45
2015	353	41	50

(Les chiffres entre parenthèses indiquent une pénurie.)

Nota : En raison de la date de naissance manquante de 22 personnes (sept pour cent) de ce groupe, le modèle de prévision les a réparties proportionnellement parmi les groupes d'âges en fonction de l'ensemble des dates de naissance connues du groupe. Par conséquent, les résultats du modèle de prévision doivent être interprétés avec une plus grande prudence que celle des groupes dont la date de naissance de chaque personne en faisant partie est connue.

Le scénario de la main-d'œuvre des diététistes s'annonce positif jusqu'en 2015 étant donné qu'il est prévu que l'offre annuelle en matière de nouveaux professionnels (en moyenne 19 directement des universités et de programmes de stages) satisfera à la demande actuelle (*statu quo*) et la dépassera.

Cependant, comme il a été présenté dans la section sur les tendances et enjeux, trouver des remplaçants pour les postes devenus vacants à la suite de départs en congé à court terme, particulièrement en région rurale, continue à constituer un défi même si, selon la prévision, l'offre en matière de diététistes provinciales est suffisante. Il importe aussi de reconnaître qu'à l'heure actuelle, il est impossible de tenir compte, dans le modèle, des nouveaux programmes et initiatives ayant trait à celles du Plan provincial de la santé, ce qui peut se traduire par une nouvelle demande pour cette ressource. L'éventualité d'une nouvelle demande de services de diététique est traitée plus en détail dans la section sur les tendances et enjeux « Besoins futurs déterminés ».

4.5.2 *Travailleurs paramédicaux en soins primaires*

Tendances et enjeux

Données démographiques et caractéristiques de la main-d'œuvre

En raison des exigences physiques élevées de cette profession, la plupart des travailleurs paramédicaux en soins primaires tentent de quitter la pratique active à la fin de la quarantaine ou au début de la cinquantaine. Conformément aux modifications apportées aux lois fédérales sur les pensions, les travailleurs paramédicaux font partie de la désignation des professions liées à la sécurité publique, ce qui leur permet de partir à la retraite plus tôt, soit dès l'âge de 50 ans, et de toucher une pension sans pénalité du Canada. Les modifications pourraient faire en sorte qu'un nombre accru de ces travailleurs quittent le marché du travail avant l'âge typique de la retraite qui est de 55 à 60 ans.

Recrutement

Ambulance Nouveau-Brunswick (ANB) indique que pourvoir en personnel de nombreuses stations rurales pose un défi grandissant dans la province. Il existe 68 stations divisées selon quatre régions : Nord, Sud, Est et Ouest. Celles-ci mentionnent que de 80 à 100 postes étaient constamment à pourvoir au sein de l'ensemble des stations au cours de la dernière année. Les régions Est et Ouest attirent la majorité des postulants. Dans ces deux régions, le recrutement n'est pas difficile d'un point de vue clinique, toutefois, satisfaire au profil linguistique demeure un défi. De plus, recruter et maintenir en poste des travailleurs paramédicaux dans les régions Nord et Sud est de plus en plus difficile.

Analyse des effectifs actuels

Selon les données d'adhésion de l'Association des travailleurs paramédicaux du Nouveau-Brunswick, le Nouveau-Brunswick comptait 971 travailleurs paramédicaux autorisés en 2007, soit une baisse par rapport aux 998 de 2002. Des 971, la majorité, 908 (94 pour cent), sont des travailleurs paramédicaux en soins primaires, et 63 (six pour cent), des techniciens d'urgence médicale (TUM). Il n'y a pas d'information relative au sexe pour ce groupe. L'âge moyen, soit 36,6 ans, est relativement bas par rapport aux autres professions de la santé.

L'analyse par groupe d'âges pour l'ensemble des travailleurs paramédicaux révèle que 28 pour cent d'entre eux sont âgés de moins de 30 ans, 34 pour cent, de 30 à 39 ans, 25 pour cent, de 40 à 49 ans et 12 pour cent, de plus de 50 ans.

La plupart des travailleurs paramédicaux sont employés à plein temps (plus de 70 pour cent), tandis que moins de 20 pour cent occupent un poste occasionnel et environ 10 pour cent, un poste à temps partiel.

Pour les membres de ce groupe, le risque ne semble pas être lié aux départs à la retraite imminents étant donné qu'à l'heure actuelle, seulement 6 pour cent d'entre eux se trouvent dans la catégorie de retraite éventuelle (55 ans ou plus) et 6 pour cent feront leur entrée dans celle-ci au cours de la période de prévision. Toutefois, il importe de mentionner qu'en raison de la nature physique du travail, il existe un risque accru que les travailleurs paramédicaux quittent le service actif ou sur le terrain relativement jeunes.

Prévision des ressources humaines en santé

Tableau 16 – Prévision de l'offre en matière de travailleurs paramédicaux en soins primaires et écarts prévus

ANNÉE	OFFRE	PLAGE D'ÉCART	
		-10%	+10%
2008	967	(60)	(74)
2009	1 022	(71)	(87)
2010	1 093	(67)	(82)
2011	1 162	(65)	(80)
2012	1 230	(65)	(80)
2013	1 295	(67)	(81)
2014	1 358	(70)	(85)
2015	1 420	(75)	(91)

(Les chiffres entre parenthèses indiquent une pénurie.)

Comme il est présenté dans le tableau ci-dessus, une pénurie de 60 à 90 travailleurs paramédicaux en soins primaires perdure pour la totalité de la période de prévision allant de 2008 à 2015.

Comme en tiennent compte les résultats du modèle de prévision, les programmes d'études actuels qui forment la main-d'œuvre des travailleurs paramédicaux du Nouveau-Brunswick remettent quelque 100 diplômés par année. Cependant, on ne prévoit pas que la nouvelle offre annuelle évoluera au même rythme que la demande croissante pour cette ressource, particulièrement lorsqu'elle sera conjuguée à l'attrition de la main-d'œuvre en raison de départs à la retraite ou d'autres sorties.

L'Association indique que de nombreuses questions font en sorte qu'il est actuellement impossible d'augmenter davantage la taille des programmes d'études, l'enjeu principal étant la capacité du système relativement aux sites cliniques et au nombre adéquat de sites précepteurs.

On pourrait éventuellement utiliser des travailleurs paramédicaux à titre de travailleurs paramédicaux en soins avancés dans le cadre de transferts entre établissements. Cependant, on estime que ce rôle additionnel ne se concrétisera pas au cours de la période de prévision.

Le ministère de la Santé et Ambulance Nouveau-Brunswick travaillent actuellement à une stratégie de recrutement ciblé pour aborder les questions relatives aux ressources humaines du groupe dont il est question ici.

4.5.3 Inspecteurs de la santé publique

Tendances et enjeux

Planification de la relève

Un nombre important d'inspecteurs de la Santé publique du Nouveau-Brunswick prendront leur retraite au cours des quatre à cinq prochaines années. La section du Nouveau-Brunswick de l'Institut canadien des inspecteurs de la santé publique affirme que les connaissances techniques et le savoir collectif qui seront perdus au moment de ces départs à la retraite seront considérables et que le ministère de la Santé doit prendre les mesures nécessaires pour s'assurer du transfert des connaissances aux nouveaux employés. Cela peut être accompli en faisant en sorte que les nouveaux employés soient embauchés bien avant les

départs à la retraite prévus de manière à garantir que le mentorat et les possibilités d'apprentissage sont offerts entre les retraités et les nouveaux employés.

De plus, les efforts énergiques en matière de recrutement déployés dans les provinces de l'Ouest ont des incidences considérables sur la capacité du Nouveau-Brunswick à recruter et à maintenir en poste des inspecteurs de la Santé publique qui possèdent le certificat, la formation et l'expérience nécessaires.

Programme de parrainage

De la fin des années 1980 jusqu'au début des années 1990, le ministère de la Santé a élaboré un programme de parrainage pour les étudiants du Nouveau-Brunswick en raison de la pénurie d'inspecteurs certifiés provinciaux de la Santé publique et des difficultés de recrutement. D'autres provinces, notamment la Nouvelle-Écosse et Terre-Neuve-et-Labrador, offraient déjà des programmes de parrainage pour attirer des étudiants. Le programme a été mis sur pied pour les étudiants qui avaient déjà obtenu un baccalauréat en sciences et qui souhaitaient s'inscrire à un programme accéléré de l'une des universités offrant les programmes d'hygiène du milieu menant à l'obtention d'un certificat d'inspecteur de la santé publique. En échange du parrainage reçu dans le cadre de ces programmes spécialisés de deux ans, les étudiants devaient signer des accords de retour de service post-formation de trois ans avec le ministère. Ce programme de parrainage a connu un vif succès relativement au recrutement d'étudiants du Nouveau-Brunswick qui voulaient devenir inspecteur certifié de la Santé publique, puis retourner travailler dans la province à la fin de leurs études. À l'heure actuelle, la plupart des étudiants qui ont été parrainés sont toujours employés au sein du ministère, et certains d'entre eux y occupent maintenant des postes de direction.

Possibilités d'avancement et de diversification

Actuellement, il n'existe que des possibilités d'avancement professionnel limitées, voire inexistantes, pour les inspecteurs de la Santé publique du Nouveau-Brunswick. Les projets de recherche et développement à l'appui de l'avancement du programme et de la protection de la santé sont minimes. Le Nouveau-Brunswick emploie actuellement ses inspecteurs de la Santé publique dans le cadre d'un programme général selon lequel ils doivent assurer des services liés à une large gamme de questions de santé publique, dont la salubrité des aliments, la qualité de l'eau, les maladies transmissibles, la qualité de l'air, l'utilisation des terres et la mise en place d'un système autonome d'évacuation des eaux usées. La prestation de services d'une variété si grande rend difficile pour l'inspecteur de Santé publique d'acquérir des connaissances dans un domaine spécialisé ou l'autre en plus de prolonger le temps requis pour améliorer pleinement la capacité de l'inspecteur à évaluer les risques d'une situation ou d'un programme précis.

Stage

Les diplômés des programmes d'hygiène du milieu qui souhaitent devenir inspecteur certifié de la Santé publique doivent faire un stage d'au moins douze semaines auprès d'un employeur et être supervisé et évalué par un inspecteur certifié de la Santé publique. Au Nouveau-Brunswick, les inspecteurs de la Santé publique disposent de peu de temps compte tenu de la demande élevée d'inscription aux programmes. De plus, le manque général de personnel responsable de ceux-ci fait en sorte que la surveillance et l'évaluation des stagiaires peuvent devenir une lourde tâche pour les gestionnaires et les employés sur le terrain.

Au Nouveau-Brunswick, la formation adéquate des stagiaires assurera des taux de réussite accrus aux examens d'agrément effectués à l'échelle nationale en plus de mettre à la disposition de la province une réserve plus importante d'inspecteurs certifiés parmi lesquels la Santé publique peut choisir des employés.

Analyse des effectifs actuels

En 2002, la province comptait 46 inspecteurs autorisés de la Santé publique. La moyenne d'âge était de 42 ans. Au moment de la présente étude, des données à l'appui d'une analyse approfondie pour ce groupe n'étaient pas disponibles.

Prévision des ressources humaines en santé

En raison de données insuffisantes, il est impossible de faire une prévision pour la profession d'inspecteur de la Santé publique.

4.6 Sommaire des prévisions des ressources humaines en santé par profession

Le tableau 17 présente le sommaire des prévisions des ressources humaines en santé en matière de plages de pénuries et d'excédents, par groupe, pour la période de prévision allant de 2008 à 2015.

La plage de chaque groupe (plus et moins 10 pour cent) est présentée pour permettre aux planificateurs d'avoir une idée des plafonds et des planchers potentiels des pénuries et des excédents prévus de chaque groupe. La plage peut également tenir compte d'effets positifs ou négatifs sur la proportion de ressources humaines en santé, effets dont il était impossible d'intégrer au modèle de prévision statistique pour une foule de raisons (données limitées; impact inconnu de changements au modèle de prestation de soins de santé, etc.)

Il importe au lecteur de reconnaître que les écarts (pénuries ou excédents) sont de par leur nature cumulatifs, c'est-à-dire que si aucune mesure n'est prise pour corriger l'écart dans l'année de référence (2008 ou temps t), l'écart sert de valeur de base pour les prévisions de l'année suivante ($t+1$) et ainsi de suite, en tenant compte des facteurs relatifs à l'offre et la demande positifs et négatifs chaque année de la période de prévision (2008-2015).

Les groupes de professionnels sont présentés en ordre décroissant d'importance selon l'écart en ressources humaines (pénurie ou excédent) en tant que pourcentage de l'offre prévue à la fin de la période de prévision (2015), comme le montre la dernière colonne du tableau. Tous les chiffres entre parenthèses indiquent une pénurie. On considère que les professions ayant un écart entre plus et moins cinq pour cent ont un équilibre entre l'offre et la demande relativement stable.

Tableau 17 – Sommaire des prévisions des ressources humaines en santé, toutes les professions (2008, 2011, 2015)

<i>Groupes de professionnels</i>	2008			2011			2015			<i>Écart en tant que % de l'offre*</i>
	<i>Offre</i>	<i>Plage d'écart</i>		<i>Offre</i>	<i>Plage d'écart</i>		<i>Offre</i>	<i>Plage d'écart</i>		
		-10%	+10%		-10%	+10%		-10%	+10%	
Professionnels de la Gestion de l'information sur la santé	113	(7)	(9)	129	(15)	(18)	125	(47)	(57)	-41%
Pharmaciens	695	(23)	(29)	692	(97)	(118)	680	(200)	(245)	-33%
Travailleurs sociaux	1 428	(56)	(68)	1 462	(193)	(236)	1 547	(339)	(415)	-24%
Infirmières auxiliaires immatriculées	3 124	(85)	(103)	3 158	(308)	(377)	3 198	(610)	(746)	-21%
Technologues - ECG	122	(4)	(4)	126	(11)	(13)	128	(23)	(28)	-20%
Orthophonistes	179	(9)	(11)	201	(16)	(20)	226	(29)	(36)	-14%
Infirmières immatriculées	8 012	(97)	(119)	8 012	(389)	(475)	8 159	(645)	(789)	-9%
Technologues en radiation	539	(5)	(7)	537	(18)	(22)	538	(31)	(38)	-6%
Travailleurs paramédicaux	967	(60)	(74)	1 162	(65)	(80)	1 420	(75)	(91)	-6%
Ergothérapeutes	297	(8)	(10)	325	(7)	(9)	357	(11)	(13)	-3%
Technologues de laboratoire medical	658	(10)	(12)	689	(6)	(8)	714	(16)	(20)	-2%
Physiothérapeutes	465	(9)	(11)	503	(2)	(3)	537	(7)	(8)	-1%
Infirmières praticiennes	29	(5)	(6)	68	4	4	103	(1)	(1)	-1%
Audiologistes	45	(2)	(2)	54	1	1	64	3	4	5%
Diététistes	300	(1)	(1)	325	19	24	353	41	50	13%
Inhalothérapeutes	196	(4)	(4)	231	16	20	273	40	49	16%

***NOTES**

1. Les chiffres entre parenthèses indiquent une pénurie.
2. Dernière colonne – Écart en tant que pour cent de l'offre : les groupes sont présentés en ordre de priorité, le point médian de la plage d'écart (pénurie ou excédent) comme pourcentage de l'offre prévue de 2015 – signe du moins indique une pénurie.
3. Écart en tant que pour cent de l'offre – on considère que les groupes ayant une variation entre +/- 1 à 5 pour cent ont un équilibre relativement stable en matière de ressources humaines à la fin de la période de prévision (cela comprend : ergothérapeutes, technologues de laboratoire médical, physiothérapeutes, infirmières praticiennes et audiologistes).

4.7 Nouveaux fournisseurs de services

4.7.1 *Sages-femmes*

L'Organisation mondiale de la santé (OMS) déclare que la sage-femme est « la dispensatrice de soins de santé la plus appropriée et qui permet le meilleur rapport coût-efficacité pour les soins pendant une grossesse et un accouchement normaux, y compris pour l'évaluation des risques et la reconnaissance des complications ».

Cette reconnaissance s'associe au fait que le nombre de médecins travaillant en obstétrique ou fournissant des soins aux femmes enceintes est en chute libre au Canada. En fait, il y a quinze ans, 28 pour cent des médecins fournissaient des soins périnatals, mais rendu en 2004 ce taux avait baissé de plus de la moitié pour se situer à 13 pour cent.

En tant que tel, le Plan provincial de la santé 2008-2012 mentionne que le gouvernement du Nouveau-Brunswick présentera une loi, en consultation avec des sages-femmes et d'autres intervenants, pour réglementer la profession de sage-femme au Nouveau-Brunswick. Un plan de mise en œuvre sera instauré pour faire entrer les sages-femmes dans le système de santé public, ainsi qu'une stratégie pour embaucher et conserver des sages-femmes dans notre province.

Le groupe de travail sur le modèle de soins pour sages-femmes a présenté les renseignements suivants au ministère de la Santé en février 2008.

Mise en œuvre et besoins relatifs à la main-d'œuvre

Il est présumé que deux cliniques de sages-femmes seront mises sur pied, une en milieu urbain et l'autre en milieu rural. Comme le montre le tableau ci-dessous, on prévoit que quatre sages-femmes seront intégrées dans le système en 2010, suivies de quatre autres chaque année, selon les besoins définis dans les différentes régions.

Les sages-femmes travaillent mieux en équipe, car cela leur permet de se partager le travail de garde après les heures normales. Il y aura quatre personnes par équipe par site d'intégration.

Année	Total
2010	4
2011	4
2012	4
Total	12

Moyennant le maintien de la structure actuelle du système de soins de santé du Nouveau-Brunswick et l'ajout d'une région par année, les sages-femmes devraient être intégrées à toutes les régions sanitaires de la province d'ici 2015.

Dès qu'une loi sur la profession de sage-femme sera adoptée à l'Assemblée législative du Nouveau-Brunswick, un plan des ressources humaines sera élaboré et mis en place en collaboration avec le ministère de l'Éducation postsecondaire, de la Formation et du Travail.

Les sages-femmes offrent la plupart des soins à leurs patientes dans la communauté. Elles offrent des soins prénataux et postnataux dans les cliniques communautaires et au domicile des clientes ainsi que des soins périnataux dans les hôpitaux ou au domicile des clientes. Elles organisent leur pratique de façon à veiller à ce que les femmes obtiennent des soins personnalisés en toute sécurité.

4.8 Atténuation des pénuries des ressources humaines en santé – considérations, conséquences et actions

4.8.1 Considérations

Il existe plusieurs considérations déterminantes qui sont explorées un peu partout dans le rapport et qui s'appliquent à tous les groupes de professionnels visés par la période de prévision de 2008 à 2015 et au-delà, dont il faut tenir compte en déterminant les mesures à prendre pour remédier aux écarts relatifs à l'offre et la demande au sein de chaque groupe. Ces considérations globales sont les suivantes :

Réduction du bassin de nouveaux travailleurs

Comme il est expliqué en détail à la section 3.1.1, en regardant vers l'avenir, la croissance dans le marché du travail au Canada ralentira considérablement. Au cours des 50 dernières années, la main-d'œuvre au Canada a augmenté de 200 pour cent, tandis qu'au cours des 50 prochaines années, on prévoit qu'elle ne progressera que de 11 pour cent. Cela veut dire qu'il y a beaucoup de concurrence entre les différentes carrières pour de nouveaux travailleurs. Par conséquent, moins de personnes choisiront en général de se lancer dans un domaine de la santé. Ainsi, le fait de faciliter l'accès aux programmes d'études en santé postsecondaires en adoptant des modèles de prestation de l'enseignement à distance pourrait inciter une nouvelle vague d'étudiants à envisager un programme d'études dans ces domaines de la santé.

Données démographiques de la main-d'œuvre du secteur des soins de santé

Composante des jeunes femmes

La main-d'œuvre est composée surtout de femmes (environ 85 pour cent) et bien des professions, comme l'indique les sections précédentes, ont également une grande cohorte de travailleuses âgées de moins de 40 ans. Cette combinaison de l'âge et du sexe de ces personnes entraîne des défis pour la planification des ressources humaines en ce qui concerne la capacité de répondre à la demande grandissante pour des services, tout en accordant des congés de maternité de courte durée. De plus, cette nouvelle génération de travailleurs (hommes et femmes) et de femmes ayant des enfants désirent un horaire de travail plus souple ou un emploi permanent à temps partiel, ce qui augmente les défis relatifs à la prestation de services de ces groupes, pour lesquels la demande est croissante, du moins au sein du système actuel. Le passage à des modèles de prestation axés davantage sur le patient permettra peut-être d'utiliser des horaires plus variés et plus souples.

Composante des *baby-boomers*

Les deux enjeux associés au groupe des *baby-boomers* de la main-d'œuvre du secteur des soins de santé sont le désir de travailler moins d'heures et le départ à la retraite. Les *baby-boomers*, âgés de 37 à 55 ans, constituaient jusqu'à 47 pour cent de la main-d'œuvre en 2001 et, dans dix ans, la moitié de ce groupe sera âgée de 55 ans ou plus et 18 pour cent seront âgés de 60 ans ou plus. À mesure que la génération des *baby-boomers* avancera en âge, ses membres prendront leur retraite. Même s'ils continuent de travailler, un bon nombre d'entre eux réduiront leurs heures de travail. Cependant, il est important de reconnaître

que le climat économique actuel pourrait avoir une incidence sur les décisions relatives à la retraite et sur le nombre d'heures que la personne veut travailler.

4.8.2 *Conséquences et actions*

Optimisation des rôles des fournisseurs

Vu les pénuries prévues présentées dans ce rapport, et ce malgré le fait que l'offre de toutes les professions sauf deux a augmenté pendant cette période, nombreux sont ceux qui diraient que le système de soins de santé risque de faire face à une crise en matière de ressources humaines en santé et qu'il n'est plus viable dans sa forme actuelle. Par conséquent, un examen approfondi et fait en temps utile sur la façon que les services de soins de santé sont planifiés et offerts s'impose.

On reconnaît au sein du système de soins de santé que l'optimisation de l'utilisation des ressources et qu'une collaboration entre les professionnels de la santé qui exploitent pleinement leur champ d'activité sont des éléments essentiels pour être en mesure de répondre aux défis actuels et futurs du système de prestation de soins de santé. De plus, une bonne combinaison de compétences parmi le personnel de soutien et les professionnels de la santé des nombreux groupes est primordiale pour atteindre ce résultat.

Pour atteindre ce résultat, les planificateurs du système d'éducation devraient envisager l'introduction de possibilités d'apprentissage interprofessionnelles dans le cadre du programme habituel, car il importe que les fournisseurs de services soient prêts pour une telle collaboration. Un changement de paradigme vers une prestation de services basée sur les besoins des clients et non sur les fournisseurs de services s'impose pour que le système de soins de santé puisse évoluer dans le sens d'une collaboration accrue entre les rôles et d'une optimisation des ressources humaines en santé.

Les leçons importantes tirées de l'Étude de la planification des ressources humaines en santé de l'Atlantique (2005) concordent avec les énoncés ci-dessus, renforçant ainsi le besoin d'une orientation stratégique pour accélérer et faciliter ce changement de « culture » au sein du système de prestation et de planification des soins de santé.

Nouvelles places dans les programmes

L'ajout de places dans des programmes de formation pour des professions précises en santé comme méthode d'augmentation de l'offre a déjà été employée dans le passé. Cependant, compte tenu du rétrécissement du bassin de main-d'œuvre, cette tactique ne sera peut-être pas aussi efficace dans l'avenir. En fait, depuis la parution du rapport Fujitsu de 2002 (qui recommandait une augmentation du nombre de places dans les établissements d'enseignement pour une foule de professions et qui est chose faite), il a été mentionné par les universités du Nouveau-Brunswick qu'il est de plus en plus difficile d'attirer des étudiants pour remplir ces places. Cependant, les programmes offerts dans le réseau des collèges connaissent une toute autre situation. Il semblerait que les demandes d'inscription dépassent souvent la capacité des collèges, ce qui s'explique en grande partie par un manque d'espace physique.

De plus, il devient de plus en plus difficile de recruter des enseignants pour les programmes et de conserver des sites cliniques pour les placements.

Exploration de nouvelles façons de travailler

Vu les pénuries prévues pour bien des professions du domaine de la santé, il importe que de nouvelles façons de travailler soient explorées afin de tenir compte des différentes réalités « motivantes » aux deux extrémités quant à l'âge de la main-d'œuvre.

La plupart des jeunes professionnels recherchent des milieux de travail plus souples et ils optent pour un travail qui convient à leur style de vie et non le contraire. Compte tenu des changements à la dynamique relatifs à une nouvelle génération de professionnels, les horaires de travail souples, les garderies sur place, les installations pour le conditionnement physique, le mentorat et les possibilités de formation en milieu de travail, le partage d'emploi et l'investissement dans l'amélioration continue des compétences devront faire partie des conditions de travail de base de la main-d'œuvre de l'avenir.

Il ne faut pas oublier l'autre groupe de la main-d'œuvre, c'est-à-dire, la bulle des travailleurs vieillissants pour qui l'âge de retraite prévu est 55 ans. Cependant, il serait possible de convaincre cette génération de demeurer plus longtemps sur le marché du travail s'il y avait une plus grande souplesse et de nouveaux éléments au sein du système de prestation de soins de santé qui permettraient à ces *baby-boomers* retraités ou semi-retraités de travailler selon un horaire souple ou à temps partiel, tout cela dans le but qu'ils transmettent leurs connaissances accumulées au fil des années à la jeune génération grâce à un encadrement et au mentorat.

Recrutement international

Il existe des possibilités pour améliorer l'accès pour un grand nombre de professionnels de la santé, y compris les professionnels de la santé instruits à l'étranger (PSIE).

Une approche globale est nécessaire pour diminuer les obstacles à la pratique pour les professionnels de la santé instruits à l'étranger et leur permettre de bien s'intégrer à la main-d'œuvre du Nouveau-Brunswick. Des obstacles réglementaires, institutionnels et culturels nuisent souvent aux chances des immigrants d'obtenir des permis et un emploi professionnel. Cela a des effets négatifs sur trois plans. D'abord, il y a les professionnels de la santé instruits à l'étranger qui ne peuvent pas utiliser leurs compétences, la population qui est privée d'un moyen qui pourrait améliorer l'accès à des experts des soins de santé, puis les employeurs du domaine de la santé qui ont du mal à composer avec les pénuries de travailleurs.

Un cadre d'intégration comprenant : 1) des renseignements complets, avant l'immigration du professionnel si possible; 2) une évaluation propre à la profession et une analyse des écarts; 3) l'éducation et des mesures de transition et 4) l'intégration au sein de la communauté, est essentiel au succès des mesures pour attirer, intégrer et garder les professionnels de la santé au Nouveau-Brunswick.

5 Autres lois et orientations stratégiques ayant une incidence sur les ressources humaines en santé

5.1 Stratégie de croissance démographique du programme d'autosuffisance du Nouveau-Brunswick

Selon le document *C'est le temps d'agir! : Élaborer la stratégie de croissance démographique du Nouveau-Brunswick*¹⁰, les défis démographiques auxquels la province fait face sont les suivants :

- faible taux de fertilité;
- baisse du taux de naissance;
- déclin démographique et vieillissement de la population;
- migration élevée vers d'autres provinces, surtout chez les jeunes;
- peu de nouveaux arrivants – le nombre est en deçà de la part nationale.

Au Nouveau-Brunswick, pour des dizaines d'années ces tendances représentent un important défi en matière d'amélioration continue et de durabilité des programmes sociaux, y compris l'éducation et les soins de santé.

Le rapport mentionne qu'en 2006, quelque 1 600 nouveaux immigrants ont été admis au Nouveau-Brunswick ou ont mentionné que le Nouveau-Brunswick était leur destination finale. Le gouvernement a établi des objectifs ambitieux pour accroître l'immigration (5 000 nouveaux immigrants par année d'ici à 2015) et retenir les nouveaux arrivants (faire passer les taux actuels de maintien de 60 pour cent à 80 pour cent d'ici à 2015). D'autres objectifs seront établis pour retenir les jeunes et rapatrier des Néo-Brunswickois partis vivre ailleurs.

Le succès de la Stratégie de croissance démographique aura des répercussions importantes sur la planification des ressources humaines en santé dans la province, du point de vue de la demande et de l'offre, telles qu'une plus grande population nécessitant des services de soins de santé, mais aussi vraisemblablement une cohorte plus importante de jeunes qui s'ajouteront aux effectifs offrant ces services.

Les répercussions de la stratégie, surtout l'objectif de 5 000 nouveaux immigrants par année d'ici à 2015, doivent être prises en compte de même que les considérations en matière de planification des ressources humaines en santé pour la période de prévision actuelle et au-delà.

5.2 Cadre de planification des ressources humaines de la santé à l'échelle pancanadienne

À l'automne 2007, le Comité consultatif fédéral-provincial-territorial sur la prestation des soins de santé et les ressources humaines a publié un document intitulé *Un cadre de planification concertée des ressources humaines de la santé à l'échelle pancanadienne*.¹¹ Le ministère de la Santé a joué un rôle important dans l'élaboration du cadre et appuie son contenu.

Le cadre a non seulement fait état des défis et des priorités pour des efforts concertés, mais a aussi présenté des mesures concrètes précises que les administrations pouvaient prendre ensemble pour en arriver à une main-d'œuvre plus stable et plus efficace.

¹⁰ Secrétariat de la croissance démographique, gouvernement du Nouveau-Brunswick

¹¹ Santé Canada, septembre 2005, révisé : mars 2007.

De plus, le cadre a présenté un exemple de modèle conceptuel pour la planification des ressources humaines en santé. Le modèle conceptuel présente les éléments essentiels de la planification des ressources humaines en santé d'une façon qui met en évidence l'interaction dynamique entre une foule de facteurs ainsi que les éléments dont il faut tenir compte pour déterminer les besoins en ressources humaines d'une administration.

Comme le montre le modèle, la détermination des besoins de ressources humaines en santé n'est pas basée uniquement sur les besoins de la population, mais elle tient également compte des modèles de prestations de soins de santé qui seront utilisés afin de répondre aux besoins de la population. Ce sont ces modèles de prestation qui auront un impact direct sur les besoins en ressources humaines. Comme il est indiqué dans le modèle conceptuel présenté dans le document cadre, il y a bien d'autres éléments qui auront une incidence sur les besoins de ressources humaines en santé. Des éléments tels que l'offre, la production, l'utilisation et le déploiement des ressources, la combinaison efficace de ressources humaines et matérielles de même que les effets sur les fournisseurs jouent tous un rôle important dans la détermination des besoins de ressources humaines en santé d'une administration.

6 Conclusions ~ Transformation du système de soins de santé du Nouveau-Brunswick

Les coûts de soins de santé constituent le plus important poste du budget provincial et représentent 40 pour cent de toutes les dépenses du gouvernement. De plus, la rémunération des professionnels de la santé représente environ 75 pour cent des coûts du réseau hospitalier. Au cours des cinq dernières années, les dépenses publiques pour les soins de santé ont grimpé en moyenne de près de huit pour cent par année, tandis que les revenus n'ont augmenté que d'environ cinq pour cent par année. Il est évident que le réseau ne peut supporter une telle croissance comme le conclut le plan provincial de la santé *Transformer le système de santé du Nouveau-Brunswick*.

Cette « mise à jour de l'offre et de la demande des ressources humaines en santé » présente un portrait convaincant et sombre de la situation future en matière d'effectifs de soins de santé si les pratiques actuelles sont maintenues et que le modèle de prestation de soins de santé de la province ne change pas pour tenir compte des défis budgétaires et de ressources humaines en santé à venir.

Cette situation sera aggravée par des éléments démontrés présentés dans le Plan provincial de la santé ¹², notamment : la demande accrue de soins de santé associée à une population vieillissante, une croissance sans précédent du coût des médicaments, des dépenses imposantes pour les appareils de diagnostic avancés et des investissements majeurs requis pour mettre en œuvre un dossier de santé électronique ne sont que quelques-unes des tensions de coûts auxquelles est confronté le système de santé, sans parler des attentes accrues de la population relatives à leur définition de l'accès à des soins de santé.

Vu les pénuries d'effectifs en santé prévues, rares sont ceux qui diraient qu'aucun nouvel effort n'est nécessaire pour maintenir en poste les professionnels de la santé et pour veiller à ce que leurs compétences soient utilisées le plus efficacement possible, non seulement pour augmenter leur productivité, mais également leur satisfaction au travail. Les efforts devront être concentrés sur l'amélioration de la qualité de la vie professionnelle au sein d'un système ayant été décrit par certains comme étant exigeant, bureaucratique, chaotique et impersonnel.

Il faudra, par conséquent, se pencher sur les questions de rôles professionnels, de profils de compétences, de responsabilisation, de relations et de champs d'activités. Il est reconnu que ces questions sont complexes, vastes et souvent chevauchantes, mais elles revêtent une importance capitale pour obtenir des résultats optimaux, contribuant ainsi à la viabilité future du système de santé au Nouveau-Brunswick.¹³

Il existe des données solides montrant que le temps est venu pour délaisser le modèle actuel de prestation de soins de santé au Nouveau-Brunswick. Selon des données actuelles, le maintien du *statu quo*, en ce qui concerne le niveau actuel des dépenses, sera au détriment d'autres services publics tels que le logement, les services sociaux et l'éducation et bien d'autres. La connaissance de cette réalité fait que le ministère de la Santé et le gouvernement du Nouveau-Brunswick se voient presque obligés d'adopter un cadre en matière de viabilité dictant toutes les décisions entourant les dépenses.

Une bonne planification et une bonne gestion des ressources humaines sont essentielles pour que les Canadiens et les Canadiennes aient accès aux fournisseurs de soins de santé dont ils ont ou auront besoin. Il faut des stratégies de collaboration pour améliorer les données qui permettent la planification à l'échelle nationale, pour favoriser l'interdisciplinarité des fournisseurs de soins par le biais de l'éducation, pour améliorer le recrutement et le maintien en poste, et pour assurer une relève suffisante.

Accord de 2003 des premiers ministres sur le renouvellement des soins de santé

¹² Plan provincial de la santé 2008-2012, page 7

¹³ Page 7

7 ANNEXE A – Comité consultatif sur la mise à jour des ressources humaines en santé et mandat

<p>M. James Ayles Conseiller, Planification des effectifs du secteur de la santé Ministère de la Santé</p>	<p>M^{me} Alice Thériault Agente principale de soins infirmiers et conseillère en ressources infirmières Planification des effectifs du secteur de la santé Ministère de la Santé</p>
<p>M^{me} Sonya Hull Consultante Crescent Management Consulting</p>	<p>M^{me} Michèle Roussel Conseillère en ressources humaines paramédicales Planification des effectifs du secteur de la santé Ministère de la Santé</p>
<p>M^{me} Lyne St-Pierre-Ellis Directrice et conseillère en ressources médicales Planification des effectifs du secteur de la santé Ministère de la Santé</p>	<p>M^{me} Claudette Landry (par intérim, Beth McGinnis) Directrice par intérim, Pratique en santé et Santé de la population Ministère de la Santé</p>
<p>M^{me} Tracey Newton Conseillère en santé, Services cliniques Services hospitaliers Ministère de la Santé</p>	<p>M. John Estey Directeur, Santé mentale Ministère de la Santé</p>
<p>M. François Varin Consultant en santé Services hospitaliers Ministère de la Santé</p>	<p>M. Dan Coulombe Directeur, Opérations Réseau cancer Nouveau-Brunswick Ministère de la Santé</p>
<p>M^{me} Jean Bustard Directrice provinciale du Programme extra-mural et des Services de réadaptation Services hospitaliers Ministère de la Santé</p>	<p>M^{me} Susan McKinley Conseillère, Services des foyers de soins Ministère du Développement social</p>
<p>M. Pascal Robichaud Directeur, Affaires postsecondaires Ministère de l'Éducation postsecondaire, de la Formation et du Travail (MEPFT)</p>	<p>M. Gerald Ingersoll Agent principal, gestion de l'apprentissage, CCNB Ministère de l'Éducation postsecondaire, de la Formation et du Travail (MEPFT)</p>
<p>M^{me} Bronwyn Davies Directrice Soins de santé primaires Ministère de la Santé</p>	<p>M^{me} Line Croussette Directrice, Services éducatifs CCNB de Bathurst</p>

Mise à jour – analyse de l'offre et de la demande des ressources humaines en santé

Ministère de la Santé – Planification des effectifs du secteur de la santé

Comité consultatif

Mandat

1. OBJECTIF

Conseiller la Direction de la planification des effectifs du secteur de la santé du ministère de la Santé au sujet de questions concernant la Mise à jour de l'offre et de la demande des ressources humaines en santé.

2. CONTEXTE

Le rapport intitulé *Analyse de l'offre et de la demande de ressources humaines en santé* publié en 2004 présentait un portrait détaillé de l'offre actuelle et de la demande future en matière de professions du secteur de la santé au Nouveau-Brunswick jusqu'à 2007.

En partant des démarches et des outils élaborés au cours de l'étude initiale, la Direction de la planification des effectifs du secteur de la santé effectuera un suivi dont l'objectif premier sera la mise à jour des données et des hypothèses nécessaires pour la réexécution des modèles de prévision jusqu'à l'année 2015.

3. ACTIVITÉS

- Passer en revue les hypothèses de l'étude initiale afin de déterminer si elles sont toujours pertinentes et s'appliquent à la mise à jour.
- Examiner les nouvelles hypothèses ainsi que les nouveaux renseignements soumis par les différentes professions de la santé aux fins de la mise à jour.
- Déterminer les questions s'étant manifestées depuis la parution de l'étude initiale qui devraient être abordées dans la mise à jour.
- Déterminer les sources d'information nouvelles et supplémentaires pouvant aider le ministère de la Santé à améliorer sa compréhension des tendances et des enjeux ayant une incidence sur les effectifs en santé.

4. COMPOSITION

Le comité consultatif sera composé de 15 membres provenant des ministères suivants :

- Ministère de la Santé
- Ministère de l'Éducation postsecondaire, de la Formation et du Travail
- Ministère du Développement social

Le rôle de président sera assumé par un employé de la Direction de la planification des effectifs du secteur de la santé.

5. RÉUNIONS

Les réunions du comité consultatif auront lieu au besoin.

8 ANNEXE B – Contributions, remerciements et références

Les personnes et organisations suivantes nous ont gracieusement fourni des renseignements et des données ayant servi dans l'élaboration de ce rapport.

Régies régionales de la santé et établissements de santé (y compris le Centre de réadaptation Stan Cassidy)

Réseau des collèges communautaires du Nouveau-Brunswick :

Betty Brown – NBCC, Saint John

Jocelyn Landry – CCNB, Campbellton

Commission de l'enseignement supérieur des Provinces maritimes (CESPM) :

Dawn Gordon

Représentants des groupes de professionnels de la santé :

- Collège des psychologues du Nouveau-Brunswick
- Association des travailleurs sociaux du Nouveau-Brunswick
- Association des orthophonistes et des audiologistes du Nouveau-Brunswick
- Association des ergothérapeutes du Nouveau-Brunswick
- Collège des physiothérapeutes du Nouveau-Brunswick
- Ordre des Pharmaciens du Nouveau-Brunswick
- Société des technologues en cardiologie du Nouveau-Brunswick
- Association de la gestion de l'information sur la santé du Nouveau-Brunswick
- Association des technologues en radiation médicale du Nouveau-Brunswick
- Association des technologues de laboratoire médical du Nouveau-Brunswick
- Association des thérapeutes respiratoires du Nouveau-Brunswick
- Association des infirmières et infirmiers du Nouveau-Brunswick
- Syndicat des infirmières et infirmiers du Nouveau-Brunswick
- Association des infirmières et infirmiers auxiliaires autorisés du Nouveau-Brunswick
- Association des diététistes du Nouveau-Brunswick
- Association des travailleurs paramédicaux du Nouveau-Brunswick
- Ambulance Nouveau-Brunswick/SMU NB
- L'Institut canadien des inspecteurs en santé publique – bureau du Nouveau-Brunswick

Rapports et publications consultées

En plus des études, des rapports et des publications mentionnés dans le rapport, les sources de renseignements suivantes ont été consultées pour élaborer le rapport :

MED-EMERG INC. *Étude de la planification des ressources humaines en santé de l'Atlantique*, 2005.

INSTITUT CANADIEN D'INFORMATION SUR LA SANTÉ (ICIS). *Évaluer le maintien en poste du personnel infirmier autorisé au Canada : étude des données sur les inscriptions de 2000 à 2004, 2006*.

Ibid. *Envisager l'avenir : prévoir la retraite chez les IA au Canada*, 2003.

ASSOCIATION DES PHARMACIENS DU CANADA. *Aller de l'avant : les futures ressources humaines en pharmacie*, 2008.

SANTÉ CANADA. *Un cadre de planification concertée des ressources humaines de la santé à l'échelle pancanadienne*, septembre 2005, révisé : mars 2007.

Ibid. « Conditions de travail des infirmières et infirmiers : Comment relever le défi? », 2007.

Ibid. « La pénurie de personnel infirmier : Où et pourquoi? », 2007.

9 ANNEXE C – Ensemble de données minimales

Exigences des groupes de professionnels de la santé ou des associations professionnelles

L'ensemble de données suivant a été demandé pour l'année d'adhésion la plus récente (de préférence 2007).

Élément de données	Description/directives (s'il y a lieu)
1. Identificateur unique	Pour conserver l'anonymat, veuillez utiliser un identificateur unique pour chaque membre (il est suggéré de supprimer les noms du dossier et d'utiliser le numéro d'enregistrement comme identificateur).
2. Année de naissance	
3. Sexe	<ul style="list-style-type: none"> a. Homme b. Femme
4. Région sanitaire de l'emploi	<ul style="list-style-type: none"> a. Région 1 (ensemble de la région) b. Région 1B c. Région 1SE d. Région 2 e. Région 3 f. Région 4 g. Région 5 h. Région 6 i. Région 7 j. Inconnue k. Hors province
5. Région sanitaire de résidence	Même région
6. Langue	Langue de préférence ou maîtrisée, si disponible; ou indiquer clairement la description de l'élément de données associée à l'information disponible sur la langue. <ul style="list-style-type: none"> a. Anglais b. Français c. Anglais et français d. Inconnue
7. Nom de l'organisme d'enregistrement ou d'autorisation à exercer	
8. N° d'enregistrement	Voir le numéro 1 si le numéro d'enregistrement est utilisé comme identificateur unique.
9. État de l'inscription	<ul style="list-style-type: none"> a. Actif b. Inactif c. Temporaire d. Retraité e. Étudiant f. Inconnu
10. Autorisé	Est autorisé à pratiquer le métier <ul style="list-style-type: none"> a. Oui b. Non
11. Diplômes	Description ou nom du diplôme le plus élevé obtenu
12. Champ d'exercice	<ul style="list-style-type: none"> a. Clinique b. Administration c. Formation d. Recherche e. Autre

13. Exerce le métier	<ul style="list-style-type: none"> a. Oui b. Non
14. Sans emploi	Si connu
15. Cherche un emploi	Si connu
16. Secteur de santé de l'emploi	<ul style="list-style-type: none"> a. Hôpital b. Programme extra-mural c. Foyer de soins d. Foyer de soins spéciaux e. Cabinet de médecin f. Centre de santé communautaire g. Services de santé mentale h. Services de santé publique i. Gouvernement j. Établissement d'enseignement k. Secteur privé l. Autre
17. Secteur d'emploi	<ul style="list-style-type: none"> a. Système de santé provincial (Santé, Développement social, RRS, etc.) b. Autre secteur du gouvernement provincial (corporations de la Couronne, CSSIAT, Justice, etc.) c. Gouvernement fédéral d. Secteur privé
18. Situation d'emploi	<ul style="list-style-type: none"> a. Permanent à temps plein b. Permanent à temps partiel c. Permanent temporaire d. Occasionnel e. Congé f. Inconnu

10 ANNEXE D – Modèle du formulaire pour les tendances et les enjeux

Le modèle du formulaire pour les tendances et les enjeux suivant a été rempli par les organismes représentant toutes les professions présentées dans cette étude.

MODÈLE DU FORMULAIRE POUR LES TENDANCES ET LES ENJEUX DES PROFESSIONS DE LA SANTÉ

Veillez consulter les personnes pertinentes de votre groupe susceptibles d'avoir des renseignements sur les tendances et les enjeux ayant une incidence sur les ressources humaines en santé de votre profession pour la période de 2008-2015. Ces représentants peuvent être entre autres des membres du conseil, des membres du conseil d'administration, des représentants élus, le directeur général ou le registraire de votre groupe.

Les tendances et les enjeux ayant une incidence sur votre groupe qui sont communiqués dans le cadre de ce processus contribueront ainsi que les résultats du modèle de prévision de l'offre et de la demande au processus de planification des ressources humaines en santé. Pour obtenir des renseignements de base qui vous aideront dans ce processus, il serait bon de consulter le rapport Fujitsu de 2002 (section 5), rapport sur lequel la mise à jour est basée, pour voir les tendances et les enjeux associés à votre groupe à ce moment-là.

Renseignements essentiels sur la personne	
Nom du groupe	
Nom et poste de la personne-ressource principale	
Téléphone (personne-ressource principale)	
Courriel (personne-ressource principale)	

Les tendances et les enjeux des groupes de professionnels associés à l'offre et à la demande des ressources humaines en santé. Veuillez indiquer les trois tendances et enjeux les plus importants tout en veillant à limiter à environ 400 mots la longueur totale des réponses.

Tendance/enjeu 1 :
Tendance/enjeu 2 :
Tendance/enjeu 3 :

Merci de votre contribution inestimable à cette initiative!

11 ANNEXE E – Explications et hypothèses du modèle de prévision pour les ressources humaines en santé

<i>Facteur du modèle de prévision</i>	<i>Explications et hypothèses</i>
OFFRE	
<i>Nouveaux arrivants</i>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Le nombre varie par profession selon les sources d'éducation ou de formation et le nombre de diplômés prévu pour 2008-2015. ▪ (Intégré au modèle de prévision pour chaque groupe sous l'onglet du chiffrier des nouveaux arrivants) ▪ Figure dans le modèle en tant que pourcentage par tranche d'âge selon la profession (basé sur la durée des programmes de formation, l'âge des diplômés, etc.).
<i>Réserve de soutien</i>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Utilisé pour un petit nombre de professions pour lesquelles des données étaient disponibles. ▪ Employés sont arrivés sur le marché du travail à un taux de 50 à 100 pour cent pour chaque année de la période de prévision, selon la taille de la réserve de soutien et les caractéristiques du groupe.
<i>Départs à la retraite</i>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Dans la tranche des 55 à 59 ans, 10 pour cent des employés prennent leur retraite. ▪ Dans la tranche des 60 à 64 ans, 30 pour cent des employés prennent leur retraite. ▪ Dans la tranche des 65 ans et plus, 100 pour cent des employés prennent leur retraite.
<i>Départs (Attrition non reliée à une migration de sortie, à un décès ou à un départ à la retraite)</i>	<p>Selon des renseignements actuels de l'ICIS sur l'attrition appuyés par l'analyse de l'offre et de la demande du rapport Fujitsu de 2002 :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ 2,5 pour cent pour les groupes des soins infirmiers et des sciences sociales. ▪ 2 pour cent pour les professions du domaine de la réadaptation et de la pharmacie et les autres professions. ▪ 1 pour cent pour les groupes de la technologie médicale et de l'information médicale.
DEMANDE	
<i>Postes vacants et offres d'emploi</i>	<p>Variet selon la profession dans les secteurs public et privé selon les sources suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Les postes vacants en région correspondent aux postes vacants médians sur la période allant de 2006 à 2008 pour tenir compte des grandes variations dans les données trimestrielles. ▪ SCF – Enquête sur les postes vacants d'infirmières immatriculées, d'infirmières auxiliaires et d'infirmières auxiliaires immatriculées dans les foyers de soins, mai 2008 ▪ Ministère du Développement social ▪ Ambulance Nouveau-Brunswick/SMU NB ▪ Offres d'emploi du secteur privé : careerbeacon.com, emploisNB (octobre 2008) <p>Postes vacants et offres d'emploi (tel qu'il est indiqué ci-dessus) utilisées comme données chaque année de la période de prévision.</p>
<i>Nouveaux postes prévus</i>	<p>Utilisés pour les professions pour lesquelles de tels renseignements sont disponibles (p. ex. : ressources humaines nécessaires pour de nouveaux programmes ou de nouvelles initiatives du système de santé).</p>