

# Gilles Dussault et Carl-Ardy Dubois

Respectivement professeur agrégé, Département des relations industrielles, Université Laval  
chercheur au GRIS, Groupe de recherche interdisciplinaire en santé, Université de Montréal;  
et étudiant au doctorat, Université de Montréal.

(2003)

## “Les personnels de la santé: bénéficiaires ou victimes des changements dans le système de soins”

Un document produit en version numérique par Jean-Marie Tremblay, bénévole,  
Professeur sociologie au Cégep de Chicoutimi  
Courriel: [jean-marie\\_tremblay@uqac.ca](mailto:jean-marie_tremblay@uqac.ca)

Dans le cadre de "Les classiques des sciences sociales"

Site web: <http://classiques.uqac.ca/>

Une bibliothèque fondée et dirigée par Jean-Marie Tremblay, sociologue

Une collection développée en collaboration avec la Bibliothèque  
Paul-Émile-Boulet de l'Université du Québec à Chicoutimi

Site web: <http://bibliotheque.uqac.ca/>

## Politique d'utilisation de la bibliothèque des Classiques

Toute reproduction et rediffusion de nos fichiers est interdite, même avec la mention de leur provenance, sans l'autorisation formelle, écrite, du fondateur des Classiques des sciences sociales, Jean-Marie Tremblay, sociologue.

Les fichiers des Classiques des sciences sociales ne peuvent sans autorisation formelle:

- être hébergés (en fichier ou page web, en totalité ou en partie) sur un serveur autre que celui des Classiques.
- servir de base de travail à un autre fichier modifié ensuite par tout autre moyen (couleur, police, mise en page, extraits, support, etc...),

Les fichiers (.html, .doc, .pdf., .rtf, .jpg, .gif) disponibles sur le site Les Classiques des sciences sociales sont la propriété des **Classiques des sciences sociales**, un organisme à but non lucratif composé exclusivement de bénévoles.

Ils sont disponibles pour une utilisation intellectuelle et personnelle et, en aucun cas, commerciale. Toute utilisation à des fins commerciales des fichiers sur ce site est strictement interdite et toute rediffusion est également strictement interdite.

**L'accès à notre travail est libre et gratuit à tous les utilisateurs. C'est notre mission.**

Jean-Marie Tremblay, sociologue  
Fondateur et Président-directeur général,  
**LES CLASSIQUES DES SCIENCES SOCIALES.**

Cette édition électronique a été réalisée Jean-Marie Tremblay, bénévole, professeur de soins infirmiers retraitée de l'enseignement au Cégep de Chicoutimi

Courriel: [jean-marie\\_tremblay@uqac.ca](mailto:jean-marie_tremblay@uqac.ca)

à partir du texte de :

Gilles Dussault et Carl-Ardy Dubois, "**Les personnels de la santé : bénéficiaires ou victimes des changements dans le système de soins**". Un article publié dans l'ouvrage sous la direction de Vincent Lemieux, Pierre Bergeron, Clermont Bégin et Gérard Bélanger, **Le système de santé au Québec. Organisations, acteurs et enjeux**. Chapitre 9, pp. 229-259. Québec : Les Presses de l'Université Laval, 2003, 507 pp.

M. Dussault était professeur agrégé au Département des relations industrielles de l'Université Laval. Maintenant chercheur dans le GRIS, le Groupe de recherche interdisciplinaire en santé, de l'Université de Montréal.

[Autorisation formelle de l'auteur accordée le 15 mai 2006 de diffuser cet article dans Les Classiques des sciences sociales.]



Courriel : [gilles.dussault@umontreal.ca](mailto:gilles.dussault@umontreal.ca)

GRIS : <http://www.gris.umontreal.ca/rappshow.asp?idgroup=3&numgrp=0&chapX=t>

Polices de caractères utilisée :

Pour le texte: Times New Roman, 14 points.

Pour les citations : Times New Roman 12 points.

Pour les notes de bas de page : Times New Roman, 12 points.

Édition électronique réalisée avec le traitement de textes Microsoft Word 2004 pour Macintosh.

Mise en page sur papier format : LETTRE (US letter), 8.5'' x 11''

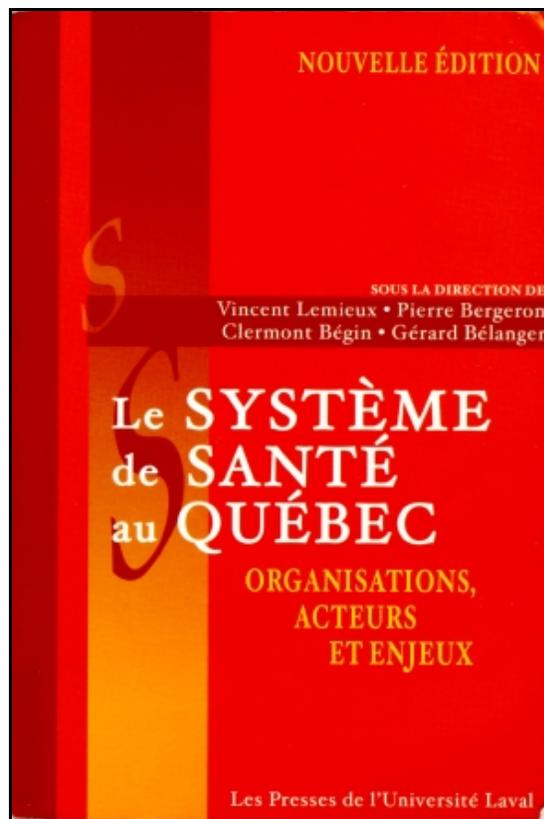
Édition numérique réalisée le 28 février 2008 à Chicoutimi, Ville de Saguenay, province de Québec, Canada.



## Gilles Dussault et Carl-Ardy Dubois

Respectivement professeur agrégé, Département des relations industrielles, Université Laval chercheur au GRIS, Groupe de recherche interdisciplinaire en santé, Université de Montréal; et étudiant au doctorat, Université de Montréal

### “Les personnels de la santé: bénéficiaires ou victimes des changements dans le système de soins”



Un article publié dans l'ouvrage sous la direction de Vincent Lemieux, Pierre Bergeron, Clermont Bégin et Gérard Bélanger, **Le système de santé au Québec. Organisations, acteurs et enjeux**. Chapitre 9, pp. 229-259. Québec : Les Presses de l'Université Laval, 2003, 507 pp.

## Table des matières

### [Introduction](#)

### [La réforme](#)

### [Le stock de personnels](#)

### [Les conditions de travail](#)

### [Le système professionnel](#)

### [La réforme comme un processus politique](#)

### [Conclusion](#)

- [Tableau 1.](#) Points saillants des commissions Rochon et Clair en ce qui concerne la situation de la main-d'œuvre (Commission Rochon, 1987 ; Commission Clair, 2000)
- [Tableau 2.](#) Effectifs, par catégorie de personnel, en équivalent temps plein (ETP) Services de santé et services sociaux, province de Québec, 1991, 1995, 2000
- [Tableau 3.](#) Effectifs, par catégorie, des professionnels rémunérés par la RAMQ Services de santé et services sociaux, province de Québec, 1991, 1995, 1999
- [Tableau 4.](#) Effectifs administratifs du MSSS et de la RAMQ, par catégorie d'emploi Services de santé et services sociaux, province de Québec, 1991, 1995, 1999
- [Tableau 5.](#) Personnel en équivalent temps plein (ETP), par catégorie d'établissement Services de santé et services sociaux, province de Québec, 1991, 1995, 1999
- [Tableau 6.](#) Nombre de postes, selon le statut d'emploi, personnel clinique Services de santé et services sociaux, province de Québec, 1991, 1995, 1999
- [Tableau 7.](#) Effectifs des corporations professionnelles. Services de santé et services sociaux, province de Québec, 1992, 2000. Corporations d'exercice exclusif.
- [Tableau 8.](#) Effectifs des corporations professionnelles. Services de santé et services sociaux, province de Québec, 1992, 2000. Corporations d'exercice exclusif

Gilles Dussault,

**“Les personnels de la santé : bénéficiaires ou victimes  
des changements dans le système de soins”.** \*

Un article publié dans l'ouvrage sous la direction de Vincent Lemieux, Pierre Bergeron, Clermont Bégin et Gérard Bélanger, **Le système de santé au Québec. Organisations, acteurs et enjeux**. Chapitre 9, pp. 229-259. Québec : Les Presses de l'Université Laval, 2003, 507 pp.

## Introduction

[Retour à la table des matières](#)

Au cours des trente dernières années, le système sociosanitaire public du Québec a été soumis à des transformations importantes qui ont emprunté diverses orientations dictées par des priorités sociales et politiques variant suivant les époques. La recherche d'une plus grande accessibilité aux services pour tous les citoyens, la maîtrise des coûts, l'augmentation de l'efficacité des services, la sensibilité des producteurs aux attentes des usagers, l'amélioration de la qualité des services ont figuré parmi les thèmes principaux mis en avant dans le cadre de ces changements. Pour concrétiser les objectifs, les décideurs ont misé sur toute une panoplie de moyens, incluant l'adoption de nouvelles pratiques de gestion, la promotion des services de première ligne et du travail multiprofessionnel, la gestion coordonnée des services, les programmes d'amélioration continue de la qualité et la mise en place de mesures incitatives. Ces différentes propositions d'action ont conduit inévitablement à remettre en question la manière dont les professionnels de la santé sont formés, sont employés et sont déployés.

---

\* Ce chapitre actualise les données présentées dans un précédent travail et publiées en 1994 sous le titre : « Les producteurs de services sociosanitaires » (Dussault, 1994).

Comme tous les autres systèmes de soins de santé, le système québécois présente une haute densité de main-d'œuvre, et les charges du personnel représentent la plus forte proportion des dépenses. La production des services, l'atteinte des objectifs et la performance du système restent tributaires de la performance des personnels et conséquemment de la disponibilité de ces derniers en nombre et qualité suffisants, de leur répartition géographique, des conditions dans lesquelles ils exercent et des modes de régulation de leurs pratiques. C'est le stock de producteurs (nombre total d'individus), sa composition, son évolution qui déterminent la capacité théorique ou potentielle de production. La productivité du système, l'accessibilité aux services, les coûts et la qualité de ces derniers dépendent du comportement des producteurs et de leurs décisions quant au lieu de leur installation, au nombre d'heures travaillées et au style de pratique. Les ressources humaines s'avèrent ainsi critiques dans la mise en oeuvre des réformes et l'atteinte de leurs objectifs.

En même temps, les réformes s'accompagnent d'effets incontestables sur la gestion des ressources humaines. Les transformations importantes qui touchent le financement et l'organisation des services, la régulation du système et les modes d'allocation des ressources sont susceptibles d'avoir des répercussions importantes sur divers aspects de la main-d'œuvre : le stock de personnel, sa composition, sa distribution, la division et l'organisation du travail, les conditions de travail et les relations de travail, autant d'éléments qui conditionnent la performance du système de personnels et du système de santé (Dussault, 2001). Pour offrir des services qui répondent aux besoins, qui sont efficaces et efficaces, il importe de connaître la capacité productive, dans ses dimensions autant qualitatives que quantitatives, et de pouvoir ajuster cette capacité aux besoins changeants, par exemple en modifiant le stock de producteurs, en influençant les processus de formation et en créant les conditions d'un fonctionnement optimal.

Cependant, en dépit de l'importance critique de la main-d'œuvre sanitaire pour la mise en oeuvre des réformes dans le secteur et en dépit de l'impact que peuvent avoir les projets de réforme sur les ressources humaines du secteur, on peut constater que l'évolution de la main-d'œuvre induite par les transformations récentes des systèmes de santé reste peu documentée. De fait, alors qu'une grande attention est

portée aux transformations structurelles et aux mécanismes de financement, un faible intérêt est accordé aux conséquences qui en résultent pour le personnel en termes d'organisation du travail et d'adaptation aux nouveaux impératifs. Ce chapitre propose d'apporter une contribution en ce sens. Il brosse d'abord un tableau des transformations qui ont marqué le système de soins de santé au Québec au cours de la dernière décennie dans la foulée des recommandations de la commission Rochon, puis cherche à préciser l'impact produit par ces transformations sur le système de personnels. Cet impact sera examiné sur trois registres qui s'avèrent d'une importance centrale dans la gestion de la main-d'œuvre sanitaire et sur lesquels les réformes peuvent avoir une influence déterminante.

Le premier registre concerne le stock de personnels et se rapporte aux effectifs disponibles dans les différentes catégories d'emploi et à la répartition de ces effectifs entre les régions géographiques, entre les établissements et entre les niveaux de soins. L'offre de personnels peut être profondément touchée par les réformes. L'objectif d'une meilleure maîtrise des coûts, par exemple, se traduit souvent, dans le secteur de la santé comme dans d'autres secteurs, par un contrôle plus serré des effectifs. La définition de nouvelles priorités peut conduire à modifier la distribution des effectifs entre les catégories professionnelles ou à faire évoluer les rôles professionnels. L'objectif d'une plus grande équité dans la distribution des services peut conduire à prendre des mesures pour redistribuer le personnel entre les zones éloignées et les zones urbaines, entre les zones riches et les zones pauvres. La reconfiguration structurelle et l'évolution des rôles et des fonctions des établissements sont susceptibles d'entraîner un redéploiement et une mobilité importante du personnel entre les différentes catégories d'établissement. La méconnaissance de ces répercussions potentielles des réformes et de leurs effets sur l'offre de services met le système à la merci de divers déséquilibres qui risquent d'en compromettre la performance : déséquilibre numérique qui se traduit par des problèmes de surplus et de pénurie ; déséquilibre distributionnel qui se traduit par un déploiement inadéquat du personnel entre les zones géographiques, les établissements, les catégories professionnelles ; déséquilibre d'ordre qualitatif qui se traduit par une discordance entre les besoins de la réforme, la composition et les qualifications du personnel.

Le deuxième registre concerne les conditions de travail et les relations de travail et se rapporte aux modalités de recrutement et de rétention du personnel, aux modes et aux niveaux de rémunération, aux systèmes de récompenses et de sanctions, à la gestion des carrières, bref à un ensemble de facteurs susceptibles de soutenir la motivation des travailleurs et de leur permettre de s'acquitter de leurs tâches avec efficacité. A cet égard, la rationalisation des modalités de rémunération et de paiement des ressources, l'introduction d'une plus grande flexibilité dans les relations d'emploi et les contrats de travail, la révision des mesures incitatives, tous des éléments qui ont été au coeur des propositions de réforme au cours des dernières années, concernent au premier chef les travailleurs et sont susceptibles d'influencer les conditions dans lesquelles ils exercent leurs fonctions.

Le troisième registre concerne le système de régulation des professions et se rapporte à la fois aux modalités d'organisation de l'activité professionnelle, à la répartition des champs de pratique et aux mécanismes de protection du public. La dominance professionnelle constitue l'un des traits distinctifs des systèmes de soins de santé (Freidson, 1970). Le développement de ces derniers est largement conditionné par le rôle des professionnels et l'évolution de leurs pratiques. Les propositions de réforme sont donc ainsi non seulement susceptibles d'imposer de nouvelles exigences de compétences et de spécialisations aux organisations professionnelles, mais créent aussi de nouveaux défis quant aux relations interprofessionnelles et quant à la réglementation de l'activité professionnelle.

Il est important de souligner également les exigences que peuvent poser les réformes en termes d'ajustements des programmes de formation de base ou de mise à jour continue des connaissances et des habiletés. L'insuffisance de la formation médicale classique en ce qui a trait à la pratique dans le cadre communautaire peut ainsi compromettre l'atteinte de certains objectifs des réformes. Les changements proposés dans les modèles de soins de santé posent des défis majeurs en termes de redéfinition des profils de pratiques et d'intégration des services. Ils exigent des professionnels l'acquisition de nouvelles habiletés et des aptitudes à travailler en équipes multidisciplinaires. Nous devons toutefois constater que cette dimension de la gestion des ressources humaines en santé est très peu documentée au Québec, et cette

absence de données ou les données très parcellaires existantes ne nous permettent pas de dresser un tableau valable de l'évolution qu'a connue au cours des dernières années le domaine de la formation des producteurs de services sociosanitaires.

La première section de ce chapitre est consacrée à une présentation brève du contexte dans lequel a évolué le système de santé au cours de la dernière décennie, des grands enjeux auxquels il a été confronté, des réformes qui ont été engagées et des grandes orientations qui ont été données à ces dernières. La réforme est entendue ici comme un processus délibéré, intentionnel qui procède d'une volonté consciente de changement et qui se traduit par la mise en œuvre d'un certain nombre de stratégies touchant les structures du système de soins ou des dimensions importantes de son organisation et de son fonctionnement. La seconde section cherche à mettre en lumière l'impact de ces changements sur les producteurs de services, sur la base des trois registres décrits ci-dessus.

Les objectifs de ce chapitre sont plutôt modestes, eu égard à ce qu'il faudrait idéalement savoir sur les producteurs de services. Les données disponibles et leurs limites inhérentes obligent à nous en tenir à une vision très brute de l'évolution de la main-d'œuvre et à mettre l'accent sur le secteur formel de la production sanitaire. La production informelle, qui constitue la face plus ou moins cachée du système de soins, et qui représente probablement la part la plus importante, en quantité, des soins et services consommés, reste mal connue. Même pour ce qui concerne la production formelle, les données disponibles restent parcellaires. Elles proviennent de sources multiples qui ne fournissent que des informations partielles sur le profil socioprofessionnel des personnes qui produisent des services. On connaît bien les services couverts par le régime d'assurance maladie parce que les professionnels sont rémunérés à l'acte ; en présumant que ces derniers réclament un paiement pour tous les actes exécutés et que ceux-ci ont été vraiment exécutés, on peut obtenir une image exacte de la production de la plupart des services médicaux, de certains services dentaires et optométriques. Quant à la production non assurée, elle est plus mal connue : il faut se fier à quelques enquêtes, peu nombreuses, dans lesquelles on a essayé de mesurer et, plus rarement, de qualifier la production de services. La source principale d'information sur les em-

ployés du réseau public, soit les statistiques de la Direction de la gestion de l'information du ministère de la Santé et des Services sociaux, se limite à un nombre réduit de caractéristiques de la main-d'oeuvre qui se rapportent pour la plupart à la gestion des conventions collectives ; il n'y a pas de données qui permettent de raffiner l'estimé de la production de services ; peu d'informations nous renseignent sur le profil des différents groupes de professionnels. Quant aux producteurs qui offrent leurs services sur le marché privé, les données à leur sujet sont encore plus limitées. Les sources principales sont les corporations professionnelles, dont les politiques de collecte d'informations restent très variables <sup>1</sup>. Pour les producteurs non regroupés en corporation, il n'y a souvent pas d'information du tout. Nonobstant ces lacunes, nous nous attacherons à recouper le maximum de sources possibles de manière à mieux comprendre l'état réel de la main-d'œuvre sanitaire actuelle au regard des réformes qui ont été engagées dans le système de soins.

## LA RÉFORME

[Retour à la table des matières](#)

Tout au long des trente dernières années, les mêmes valeurs et les mêmes principes ont servi de jalons pour guider l'organisation des services de santé et des services sociaux. Il s'agit essentiellement de l'universalité des services, de l'équité de la contribution financière, du caractère public du système et de l'amélioration continue de la qualité. Cependant, traduire ces principes dans la réalité oblige à prendre en compte les contingences propres à chaque époque. À la fin des années

---

<sup>1</sup> Les corporations dites de « titre réservé » ne regroupent pas nécessairement l'ensemble des personnes exerçant l'activité qu'elles réglementent. Il en résulte que les données qu'elles produisent sont forcément partielles, à un degré qu'il n'est pas toujours possible d'estimer. Pour les corporations « d'exercice exclusif », les données sont complètes puisque le droit d'exercer est lié à l'inscription à la corporation. Toutefois, la majorité de ces corporations ne fournissent que les informations sociodémographiques de base (âge, sexe) ; peu de données sont recueillies sur les activités des membres, de sorte qu'il est difficile d'estimer la production réelle de services.

80 et au début des années 90, le système de santé québécois, comme celui des autres pays industrialisés, a été soumis à de fortes pressions. Après une longue période de croissance prodigieuse, l'économie a connu une décroissance brutale puis des fluctuations qui se sont traduites par une augmentation importante de la dette publique et des déficits récurrents de l'administration publique. La réduction importante de la marge de manoeuvre des gouvernements qui en résultait devait susciter une plus grande sensibilité quant au caractère limité des ressources publiques, quant à la nécessité de gérer ces dernières de manière plus efficiente et quant à la nécessité de faire certains arbitrages devant des besoins quasi illimités. La transition démographique amorcée durant la même période se traduit par une proportion de plus en plus importante de personnes âgées de 65 ans et plus et fait craindre l'incapacité à soutenir la croissance des dépenses de santé liées à cette population vieillissante. De nouveaux besoins émergent et créent ainsi de nouvelles demandes de services : propagation du VIH, augmentation du suicide chez les jeunes, augmentation de la prévalence de certaines pathologies liées au vieillissement, accroissement de la violence, de la marginalisation de certains groupes sociaux et de la pauvreté. Répondre aux demandes croissantes de services de santé force à augmenter la part de la richesse collective consacrée à ce secteur et en prive d'autant d'autres secteurs de l'économie. De 1971 à 1985, les dépenses totales de santé ont augmenté à un rythme annuel moyen de 12,2%, soit 0,9% de plus que le PIB. Quant à la part de ces dépenses dans le PIB, elle est passée de 8,2 à 9,1% durant la même période (Commission Rochon, 1988). La plupart des technologies nouvelles permettant par exemple les transplantations d'organes, les pontages coronariens accentuent ces pressions car elles sont très dispendieuses et nécessitent à la fois beaucoup d'expertise, de matériel, d'examens, de tests en laboratoire, de soins infirmiers. D'autres technologies, par contre, offrent des perspectives prometteuses pour réduire les coûts et enlever la pression sur les ressources hospitalières : des médicaments qui permettent de soigner plus efficacement et ailleurs qu'à l'hôpital, des techniques chirurgicales produisant moins d'effets secondaires, la chirurgie d'un jour. Mais elles nécessitent de nouvelles formes d'organisation des services.

Ainsi, le système de soins de santé québécois est confronté à la fin des années 80 et au début des années 90 à la fois à l'état critique des

finances publiques, à la croissance des demandes de services de santé, à l'augmentation des dépenses de santé, à l'amorce d'une transition démographique dont les effets se font déjà sentir sur les besoins de santé, à l'amorce d'une transition technologique dont le système subit les inconvénients sans en tirer encore pleinement les bénéfices.

Les symptômes de ces difficultés sont nombreux : déficits récurrents des établissements, engorgement des urgences, insatisfaction des professionnels, dégradation des conditions et du climat de travail, vieillissement de certaines installations, mécontentement des usagers. Ce contexte devait inspirer une réforme des services de santé qui se met en branle au début des années 90 et dont les bases institutionnelles ont été progressivement posées avec la *Commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux* (Commission Rochon, 1985-1987), la refonte complète de la *Loi sur Les services de santé et les services sociaux* (1991) et l'adoption de la *Politique de santé et de bien-être* (1992). Cette réforme propose de préserver les principes sous-jacents au système de soins de santé tout en l'orientant vers les solutions les plus efficaces et les moins coûteuses. Des mesures sont prises pour freiner le rythme d'augmentation des dépenses publiques liées à la santé et aux services sociaux, respecter les objectifs budgétaires du gouvernement et rendre les services plus efficaces. Le virage ambulatoire, qui s'avère une composante majeure de la réforme, vise à la fois à réduire la part des services donnés en milieu institutionnel et souvent les plus coûteux, à corriger l'utilisation souvent non appropriée des services hospitaliers au profit d'une utilisation maximale de ressources alternatives et à relancer des actions négligées de prévention et promotion de la santé. La *Politique de santé et de bien-être* vient non seulement donner au système des objectifs précis en termes de résultats, elle place aussi davantage le citoyen au centre du système, à la fois comme usager et décideur, et les rôles et les fonctions sont redéfinis par rapport à cet usager. La nouvelle stratégie en matière d'organisation du réseau de soins mise sur le renforcement des services de premier recours et l'offre d'une gamme complète de services de base sur le territoire local de façon à rapprocher les services le plus près possible du milieu de vie des personnes. La région est choisie comme centre de coordination des services, permettant à la fois de concrétiser la décentralisation administrative, de démocratiser le processus de décision et de favoriser la participation citoyenne.

Dans le contexte de ces grandes orientations, le système québécois de soins subit au milieu des années 90 une thérapie de choc qui l'aura marqué de manière durable. En quatre ans, soit de 1995 à 1999, les efforts budgétaires demandés au réseau public de soins ont totalisé 2,45 milliards de dollars, soit 18,7% des crédits de 1998-1999 alloués au secteur sociosanitaire (MSSS [rapport Arpin], 1999). La loi de 1991 et un contexte budgétaire particulièrement précaire forcent plusieurs établissements à coordonner, à fusionner ou dans certains cas à cesser leurs services. Les fermetures et les fusions ont réduit de 300 l'effectif des établissements entre 1993 et 1997. De 1990 à 2001, le nombre d'établissements a chuté de 48%, passant de 917 à 478 (St-Pierre, 2001). Les fonctions respectives des différentes catégories d'établissement et leur répartition sur le territoire sont aussi redéfinies. En 1990, 82% des établissements assumaient une mission unique. Aujourd'hui, cette proportion n'est que de 63%. Le ratio des lits réservés aux soins généraux et spécialisés est passé de 4,11 pour 1000 personnes en 1990 à 2,78 en 2001, alors que celui des lits d'hébergement et de soins de longue durée est passé de 8,09 à 7,09 durant la même période (St-Pierre, 2001). En 2000, le nombre de journées d'hospitalisation liées aux admissions pour des soins de courte durée accusait une baisse de 24% par rapport à 1994. Parallèlement, le Québec a dépensé, en 1999-2000, 491 millions de dollars bruts pour les services à domicile, soit plus du double de ce qu'il avait dépensé au début de la décennie, mais cette somme est encore insuffisante pour compenser les coupures imposées aux hôpitaux et permettre au secteur des soins à domicile de jouer pleinement le nouveau rôle qui lui est échu. Au niveau de la gouvernance, le Ministère se déleste de la plupart de ses postes centraux au profit des régies régionales. Ces dernières, coiffées par des conseils d'administration élus, se voient accorder des pouvoirs accrus, et certaines décisions concernant l'allocation des budgets et l'organisation des services se prennent désormais au niveau régional.

Ce tableau succinct témoigne des bouleversements qui ont touché le système et de l'ampleur des décisions qui ont dû être prises pour réorganiser les services, atteindre l'équilibre budgétaire et reconfigurer le réseau en fonction des nouvelles exigences. Malgré toutes les actions entreprises, de nombreux problèmes subsistent encore et leur importance justifie la mise sur pied en juin 2000 d'une Commission

*d'étude sur les services de santé et les services sociaux* (commission Clair). Nous n'allons pas ici porter un jugement sur la réforme ni sur la progression de sa mise en œuvre. La cible visée par notre analyse est plutôt la main-d'œuvre. Même si le processus de transformation du système reste inachevé et même si on peut constater que la mise en œuvre de certains projets comme le regroupement de centres hospitalo-universitaires piétine encore, il reste que la réforme des années 1990 a eu un impact majeur non seulement sur les modes de production de services de santé, mais aussi sur les producteurs eux-mêmes. C'est ce que nous nous proposons d'aborder dans les prochaines sections. Mais d'ores et déjà, comme le montre le tableau 1, nous pouvons faire le constat que les politiques mises en œuvre n'ont pas nécessairement tenu compte de la dimension « ressources humaines ». Quinze ans après la commission Rochon, la commission Clair dresse un bilan sombre de la situation des ressources humaines dans le secteur de la santé. Des problèmes diagnostiqués par la commission Rochon et non résolus se sont aggravés au fil des réformes et de nouvelles difficultés ont surgi à la suite de certaines transformations.

## Tableau 1

Points saillants des commissions Rochon et Clair en ce qui concerne la situation de la main-d'œuvre (Commission Rochon, 1987 ; Commission Clair, 2000)

[Retour à la table des matières](#)

Commission Rochon	Commission Clair
Croissance rapide des effectifs	Pénurie de main-d'œuvre dans diverses catégories d'emploi
Répartition géographique inadéquate des effectifs	Répartition géographique inadéquate des effectifs
Diminution de l'emploi régulier	Vieillesse de la main-d'œuvre Précarité de l'emploi Diminution de la qualité de vie des travailleurs du réseau
Centralisation des relations d'emploi Détérioration du climat de travail	Difficultés de recrutement et de rétention Centralisation des relations d'emploi Perception négative par les employés et les cadres du réseau de leur travail et de l'ambiance de travail
Dysfonctionnements des mécanismes de partage des actes entre les groupes professionnels	Inadéquation de divers aspects du système de régulation des professions par rapport aux nouvelles exigences d'organisation du travail

## LE STOCK DE PERSONNELS

[Retour à la table des matières](#)

Le système sociosanitaire public est de loin le plus gros employeur du Québec. Il recrutait en 1999 près de 7% de l'ensemble de la population active de la province. Si la part des dépenses de santé s'est maintenue depuis plus de dix ans au-dessus de 30% des dépenses gouvernementales pour atteindre aujourd'hui le tiers des crédits totaux alloués par le gouvernement, il faut aussi reconnaître que les salaires et les avantages sociaux divers accaparent plus de 80% de ces ressour-

ces. Compte tenu des énormes contraintes de ressources qui ont marqué les années 90, des impératifs de maîtrise des coûts et d'efficience qui ont été des leitmotiv de la réforme, des nouvelles priorités fixées par la réforme, il était inévitable que les mesures engagées allaient avoir un impact certain sur l'emploi dans le secteur de la santé. Toute une série de mesures ont ainsi été prises pour réduire les effectifs sanitaires et, par le fait même, la charge liée à la rémunération du personnel. On peut citer notamment : le programme de départs volontaires à la retraite avec les incitatifs financiers qui les accompagnaient, le contingentement de la plupart des programmes de formation, comme c'est le cas en médecine et en soins infirmiers, les barrières à l'entrée pour les diplômés arrivant de l'étranger et les coupures de postes imposées par les compressions budgétaires dans les établissements.

En mars 2000, le système de santé québécois comptait quelque 250 000 personnes ainsi réparties (St-Pierre, 2001) :

- 20 250 professionnels rémunérés directement par la RAMQ : médecins omnipraticiens et médecins spécialistes, dentistes, optométristes, pharmaciens-propriétaires ;
- 228 000 employés du réseau des établissements incluant : toutes les catégories de professionnels non rémunérés par la RAMQ, les cadres, les infirmières bachelières, les infirmières licenciées, les techniciens, les assistants-techniciens, les employés de bureau, le personnel auxiliaire, les stagiaires ;
- 2 000 employés du Ministère et de la RAMQ : cadres, syndiqués, occasionnels et contractuels.

Le tableau 2 montre l'évolution du nombre total de postes par catégorie d'emploi, selon les données du ministère de la Santé et des Services sociaux. Alors que la population du Québec a augmenté de 4,7% de 1991 à 2000 <sup>2</sup>, les effectifs du personnel cadre et syndiqué du réseau ont baissé de 3,8% durant la même période. Il faut noter toutefois que la diminution du nombre de cadres est nettement plus marquée (-

---

<sup>2</sup> La population du Québec est passée de 7 066 900 en 1991 à 7 399 900 en 2000.

33%) que celle des employés syndiqués (-1,5%). Les répercussions sur l'encadrement sont manifestes : 18,2 employés par cadre en 2000 contre 12,3 employés par cadre en 1991. Du côté des employés syndiqués, la diminution du nombre de postes n'est pas également répartie dans toutes les catégories. En fait, chez les professionnels, les infirmières et les techniciens, les effectifs ont régulièrement augmenté depuis 1991. Les effectifs de professionnels syndiqués auront connu une croissance de 43% au cours de la décennie. Cependant, pour les infirmières qui, à elles seules, constituent près de 25% des effectifs du réseau, cette progression a été contenue à 9,3% par les mesures prises. Plus de 4 200 infirmières se sont prévaluées du programme de retraite anticipée mis en place en 1997 (Gauthier et al., 2001). Le contingentement des programmes de soins infirmiers de 1996 à 1999, qui est venu s'ajouter aux signaux négatifs en provenance du marché du travail (faibles perspectives d'emploi, précarité, fardeau des tâches), aura contribué également à réduire la main-d'oeuvre disponible en soins infirmiers. Toutefois, le plus fort tribut en matière de réduction d'effectifs chez les employés syndiqués aura été supporté par les catégories d'emploi moins spécialisées ou nécessitant une formation courte (assistants-techniciens, employés de bureau et personnel auxiliaire) : une diminution de 14% des effectifs entre 1991 et 2000.

**Tableau 2**

Effectifs, par catégorie de personnel, en équivalent temps plein (ETP)  
Services de santé et services sociaux, province de Québec,  
1991, 1995, 2000

[Retour à la table des matières](#)

	1991	1995	2000
Professionnels	11 161	13 225	15 983
Infirmières (1)	34 811	36 665	38051
Techniciens	21 457	23 135	23 785
Assistants-techniciens	41 694	40918	38492
Employés de bureau	21 066	20802	19000
Personnel auxiliaire	26 391	24468	19060
Stagiaires	624	552	480
Sous-total syndiqués	157 204	159 765	154 851
Cadres	12 774	11 820	8538
Total	169978	171 585	163 389

(1) On regroupe sous ce terme les infirmières bachelières et les infirmières licenciées. Les infirmières auxiliaires sont exclues.

Source : St-Pierre, 2001.

Chez les professionnels rémunérés par la RAMQ, la progression globale de 5,6% entre 1991 et 1999 dépasse le taux de croissance de la population pendant la même période (tableau 3). Cependant, une analyse plus fine des données témoigne des efforts qui ont été déployés pour contenir la croissance des effectifs des médecins qui représentent 70% des professionnels rémunérés par la RAMQ et dont les charges salariales consomment environ 57% du budget de cet organisme. De 1991 à 1999, le taux de croissance des effectifs médicaux n'a pas dépassé 2,1%. En fait, le nombre de médecins pour 1000 habitants a diminué durant cette période : 1,98 médecin pour 1000 en 1991 et 1,94 médecin pour 1000 en 1999. Cette diminution peut être imputée aux politiques de gestion des entrées en médecine, mais aussi à la mise en place du programme de départs volontaires à la retraite. En 1996, le ratio du nombre de médecins pour 1000 personnes était de 2,02. Mais, à partir de 1996, le contingent d'étudiants admis dans les quatre fa-

cultés de médecine a été réduit à 406 (comparativement à 481 en 1994). Par ailleurs, suivant les estimations du Conseil médical du Québec, la mise en œuvre du programme d'incitation à la retraite, à partir de 1996, a fait en sorte qu'environ 1200 médecins quittèrent définitivement la pratique (CmQ, 2001a). Les statistiques du MSSS (St-Pierre, 2001) révèlent, en effet, que durant les deux années qui ont suivi la mise en œuvre du programme de retraite anticipée, soit en 1997 et 1998, l'effectif des médecins a accusé une diminution nette de 598, soit 393 omnipraticiens et 195 spécialistes.

### Tableau 3

Effectifs, par catégorie, des professionnels rémunérés par la RAMQ  
Services de santé et services sociaux, province de Québec,  
1991, 1995, 1999

[Retour à la table des matières](#)

	1991	1995	1999
Omnipraticiens	7085	7243	7 114
Spécialistes	6883	7 301	7 154
Dentistes	2 874	3 140	3 323
Optométristes	1 021	1 102	1 143
Pharmaciens propriétaires	1 299	1 453	1 510
Ensemble des professionnels	19 162	20239	20244

Source : St-Pierre, 2001.

La décroissance des effectifs semble avoir été particulièrement marquée dans le personnel administratif du Ministère et de la RAMQ. Les effectifs cumulés en termes de postes occupés atteignaient 2 179 en 1991 pour les deux organismes, mais en l'an 2000 ils étaient réduits à 1680, soit une baisse de 22,7%. Comme le montre le tableau 4, cette baisse des effectifs a été beaucoup plus importante au Ministère (-38,7%) qu'à la régie (-7%). Les cadres ont été globalement plus touchés (-45,3%) que les professionnels (-16%) et les fonctionnaires (-22,7%). Il en est résulté une augmentation de la taille de l'encadre-

ment : 9,17 employés par cadre en moyenne en 1990 contre 13,3 employés par cadre en 2000.

#### Tableau 4

Effectifs administratifs du MSSS et de la RAMQ, par catégorie d'emploi  
Services de santé et services sociaux, province de Québec,  
1991, 1995, 1999

[Retour à la table des matières](#)

		1991	1995	1999
MSSS	Cadres	119	102	117
	Professionnels	540	481	366
	Fonctionnaires	419	343	245
	Ensemble	1 078	926	660
RAMQ	Cadres	95	83	68
	Professionnels	244	282	278
	Fonctionnaires	762	756	677
	Ensemble	1 101	1 121	1 023
RAMQ + MSSS		2179	2047	1 683

Source : St-Pierre, 2001.

Les objectifs visés par la réforme de la santé, tels qu'ils ont été énoncés précédemment, ne pouvaient se contenter de mesures visant à contenir les effectifs et à maîtriser les coûts. D'autres impératifs forçaient à revoir notamment la composition de la main-d'œuvre, son déploiement géographique, sa répartition entre les différentes catégories d'établissement. Le virage ambulatoire, qui sous-tend à la fois une diminution des durées de séjour, la désinstitutionnalisation, le maintien à domicile, la mise en place d'un continuum de soins et de services, impliquait donc un redéploiement du personnel sur les lieux et sites d'intervention. On constate en effet qu'entre 1991 et 1999 les effectifs déployés sur la première ligne et précisément dans les centres locaux de services communautaires (CLSC) ont littéralement explosé, passant de 10 221 à 21334, témoignant ainsi de l'importance accordée aux soins ambulatoires et communautaires (voir tableau 5). L'augmenta-

tion n'est pas moins importante dans les CHSLD et traduit un réajustement des services aux besoins d'une population qui connaît un vieillissement démographique rapide entraînant une transformation du tableau épidémiologique. Les baisses d'effectif dans les centres de réadaptation, les centres hospitaliers de courte durée, les centres hospitaliers psychiatriques reflètent les nouvelles orientations et le souci d'exploiter au maximum les ressources alternatives au milieu hospitalier tout en offrant à la clientèle l'opportunité de rester dans son milieu de vie.

### Tableau 5

Personnel en équivalent temps plein (ETP), par catégorie d'établissement.  
Services de santé et services sociaux, province de Québec,  
1991, 1995, 1999

[Retour à la table des matières](#)

	1991	1995	1999
Centres d'accueil d'hébergement (1)	13 408	—	—
Centres d'accueil de réadaptation	12 757	12 899	7 886
Centres hospitaliers de soins de courte durée	87 320	87 959	78 810
Centres hospitaliers psychiatriques	12 265	10 143	6 876
Centres hospitaliers de soins de longue durée	9 327	25 202	19 112
Centres locaux de services communautaires	10 221	12 712	21 334
Conseils régionaux de la santé et des services sociaux	704	1 202	1 533
Centres de services sociaux	4 813	3 283	7 908
Établissements privés	6 389	6 362	5 817
Total	157 204	157 767	147 277

(1) Les centres d'accueil d'hébergement ont été regroupés par la suite avec les centres hospitaliers de soins de longue durée dans une même catégorie.

Source : St-Pierre, 2001.

Le renforcement de la première ligne, pour offrir des services de qualité plus proches du citoyen, impliquait aussi que soit maintenue une proportion de médecins omnipraticiens suffisante pour desservir ce niveau de soins. La structure médicale dominée par les médecins spécialistes dans les années 80 (52% des effectifs en 1989) a été pro-

gressivement modifiée sous l'effet des politiques de gestion des entrées dans les spécialités (CmQ, 2001c). La répartition des places de résidence entre la médecine familiale et la médecine spécialisée, assignées en fonction d'un objectif de parité entre le nombre des médecins spécialistes et le nombre de médecins omnipraticiens en exercice, a été effectuée durant plusieurs années sur la base d'un ratio omnipraticiens/spécialistes de 40/60 à l'entrée en résidence (CmQ, 2001a). Ainsi, en 1999, les médecins omnipraticiens et les médecins spécialistes constituaient dans chacune des catégories 50% des effectifs. Parallèlement, il a été constaté que les omnipraticiens ont diminué leur pratique en milieu hospitalier dans presque toutes les régions de la province, mais cette diminution s'est effectuée au profit des CLSC qui comptent maintenant une plus grande part des effectifs d'omnipraticiens : 1 sur 4 en 1999 contre 1 sur 5 en 1994 (Demers et Brunelle, 2000). Dans les prochaines années, le vieillissement des effectifs, qu'on peut imputer en partie au contingentement de la formation, et la féminisation de la profession vont constituer de nouveaux défis pour la profession. En effet, dans l'ensemble des provinces canadiennes, on a assisté au cours des dernières années à une augmentation soutenue du nombre de médecins âgés de 50 à 59 ans, alors que le nombre de praticiens de moins de 40 ans accuse plutôt une baisse (ICIS, 2000). Le Québec n'échappe pas à cette tendance. En 1989, les moins de 40 ans étaient fortement majoritaires chez les omnipraticiens, mais en 1999 ils ne représentaient qu'un peu plus du tiers des effectifs. Chez les spécialistes, la structure d'âge est restée relativement stable au cours des dix dernières années, mais on observe une tendance à la hausse du nombre des plus de 50 ans (CmQ, 2001c).

D'un autre côté, l'adoption de nouveaux modèles de distribution de soins, comme le modèle de soins intégraux ou le suivi systématique des clientèles, et la complexité des problèmes de santé et des problèmes sociaux ciblés par la Politique de santé et de bien-être requéraient un personnel de mieux en mieux formé. On comprend ainsi que les coupures de postes aient préservé le personnel spécialisé au détriment du personnel d'appui ou assistant. C'est donc un personnel plus spécialisé qui est disponible dans les établissements. Les infirmières bachelères, par exemple, ont vu leur poids relatif s'accroître dans les effectifs, alors que la situation est inversée chez les infirmières auxiliaires et les préposées aux bénéficiaires.

La qualité des services, l'efficacité et la protection du public justifiaient la prise d'un certain nombre de mesures qui ont un impact à la fois sur la composition de la main-d'œuvre, sur le partage des tâches et sur les rôles de divers professionnels. On peut citer à cet égard l'adoption par l'Assemblée nationale de la Loi sur les *sages-femmes* qui conférait à ces dernières, de manière exclusive, les prérogatives liées à cette profession et reconnaissait leur contribution dans la dispensation aux femmes et aux enfants de soins spécifiques requis lors d'une grossesse et d'un accouchement normal et dans le cadre de soins périnataux. La reconnaissance officielle des acupuncteurs, en 1995, visait à créer les conditions nécessaires à l'exercice plus sécuritaire de cette pratique et à un meilleur contrôle des actes. Dans d'autres cas, des actes autrefois réservés sont délégués, *de facto* ou à la faveur d'amendements des règlements en vigueur, pour permettre une utilisation plus efficace des ressources disponibles et/ou pour prendre en compte les nouvelles compétences acquises par certains groupes professionnels. On peut citer comme exemple la reconnaissance récente des assistantes opératoires.

La place accordée à l'équité comme boussole du système forçait d'autres mesures pour favoriser l'accessibilité aux services. Le déploiement géographique des médecins en région a été ainsi au cœur des préoccupations du ministère de la Santé et des associations professionnelles. Toute une série de mesures incitatives ont été d'ailleurs adoptées en ce sens. On peut mentionner, entre autres, le calcul d'une rémunération de base de 100% en régions urbaines et de 115 à 120% en régions éloignées, l'octroi sur une période de trois ans d'une prime d'installation pouvant valoir 30% du revenu moyen des médecins qui décident de s'installer dans les régions en pénurie, l'octroi d'une prime de rétention de 10% qui s'ajoute à la prime d'installation et à la rémunération de base en régions éloignées.

Toutes les données indiquent donc que les mesures prises dans le cadre des réformes engagées au cours des dix dernières années ont touché non seulement les effectifs totaux de personnels, mais aussi leur déploiement dans les différents établissements sanitaires, leur répartition géographique, la proportion des différentes catégories professionnelles et les rôles des divers groupes professionnels. Ce sont

autant de changements qu'il a fallu constamment prendre en compte pour maintenir un certain équilibre dans l'offre de services et garder le cap sur les objectifs de la réforme.

## LES CONDITIONS DE TRAVAIL

[Retour à la table des matières](#)

Les changements opérés ont eu aussi des répercussions sur les façons d'organiser le travail et sur les conditions de travail. D'emblée, les défis d'intégration résultant des fusions d'établissements, des alliances, des ententes de services entre établissements, des changements de mission ou des fermetures ont entraîné des mouvements importants de personnel. Environ 9 000 infirmières, par exemple, ont été touchées directement par ces déplacements (OIIQ, 1998). Cette mobilité s'est accentuée au cours des dernières années du fait de la très forte concurrence interétablissement et interrégionale et de la surenchère grandissante pour attirer une main-d'œuvre qui, pour plusieurs catégories professionnelles, s'avère désormais insuffisante pour répondre à la demande. Les cas de pénurie d'infirmières et de technologues en radio-oncologie sont fortement médiatisés, mais on peut mentionner aussi la pénurie de personnel en génie biomédical ou la faible capacité d'attraction, par le réseau, du personnel d'encadrement (Commission Clair, 2000).

La précarisation de l'emploi a été un autre fait marquant des transformations des dernières années. Depuis le milieu des années 90, on constate dans le réseau une diminution significative du nombre d'employés à temps complet, donnant lieu à une structure d'emploi caractérisée par la géométrie variable du nombre d'heures de travail et une proportion importante d'emplois à temps partiel. En 1995, les postes à temps complet comptaient pour 63% des effectifs ; en 1999, ils n'en représentaient plus que 58,6% (St-Pierre, 2001). Le personnel clinique n'est pas épargné. Comme le montre le tableau 6, de 1991 à 1999, les postes à temps complet et les postes réguliers ont diminué, alors que les postes à temps partiel occasionnel ont augmenté. Les infirmières sont particulièrement touchées par cette architecture d'emploi. En

1999, seulement 40% des infirmières occupent un poste à temps complet régulier, 32% doivent se contenter d'un poste à temps partiel régulier, alors que 28% n'ont pas de poste attribué mais ont un statut de temps partiel occasionnel (Gauthier *et al.*, 2001). Pour la majorité des nouvelles diplômées, le travail occasionnel est maintenant l'unique façon d'entrer sur le marché du travail (Dussault *et al.*, 1999).

### Tableau 6

Nombre de postes, selon le statut d'emploi, personnel clinique.  
Services de santé et services sociaux, province de Québec,  
1991, 1995, 1999

[Retour à la table des matières](#)

	1991	1995	1999
Nombre de postes à temps complet régulier	69 300 (43,5%)	71 263 (43,7%)	66 750 (41,4%)
Nombre de postes à temps partiel régulier	45 768 (28,7%)	49 331 (30,3%)	45 138 (28,0%)
Nombre de postes à temps partiel occasionnel	44 208 (27,8%)	42 425 (26,0%)	49 208 (30,6%)
Total	159 276	163 019	161 096

Source : St-Pierre, 2001.

Comme corollaire de cette architecture d'emploi précaire, l'ensemble des établissements enregistrent une augmentation importante de l'utilisation du temps supplémentaire pour répondre au volume accru d'activités. Pour ce qui concerne, par exemple, l'effectif syndiqué, la rémunération du temps supplémentaire, qui était de 48,5 millions de dollars en 1996, a atteint près de 120 millions de dollars en 2000 (St-Pierre, 2001). Les cadres semblent aussi devoir investir davantage de temps pour s'acquitter de leurs fonctions. Selon les résultats d'un sondage réalisé en 1999 et rapportés par Fabi *et al.* (2000), les cadres travaillent en moyenne plus de 45 heures par semaine, près de la moitié ne sont pas rémunérés pour les heures supplémentaires et près de la moitié ont dû écourter leur période normale de vacances de un à 19 jours.

Ces différents changements témoignent donc d'une plus grande flexibilité dans la structure de l'emploi qui a permis, dans une certaine mesure, aux administrateurs de parer à certains inconvénients causés par la rigidité des conventions collectives négociées au niveau central entre les centrales syndicales et le gouvernement. Les postes occasionnels, par exemple, permettent aux employeurs de pouvoir disposer en tout temps du personnel suffisant. Néanmoins, les difficultés imposées au personnel sont souvent énormes et menacent leur qualité de vie : appels au jour le jour et à toute heure, horaires variables, disponibilité offerte à plus d'un établissement, incapacité de répondre à certaines obligations familiales. Ces différents facteurs, conjugués à la surcharge de travail, à l'alourdissement de la clientèle, à l'instabilité des équipes et aux pénuries manifestées dans certaines catégories professionnelles, ont contribué à créer une situation de risque élevé pour la santé physique et mentale des personnels et à entretenir un sentiment d'insatisfaction, d'épuisement et de morosité dans les établissements, dont la récente Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux a fait largement écho (Commission Clair, 2000). Les données rapportées indiquent en effet que la détresse psychologique est passée en tête des causes d'absentéisme chez le personnel. Les coûts de l'assurance salaire ont accusé de 1993 à 1999 une augmentation de 25% associée à la hausse des problèmes de santé mentale résultant de l'épuisement professionnel. Corroborant cette situation, un sondage révèle que 40% des personnes interrogées perçoivent une détérioration de l'ambiance de travail dans le réseau, tandis que 45% estiment avoir une image peu positive de leur travail (MSSS, 2000a). Cette insatisfaction crée un certain nombre de frustrations qui causent des problèmes de rétention du personnel et contribuent en même temps à diminuer l'attraction que peuvent exercer certaines professions plus touchées comme les infirmières ou les infirmières auxiliaires. Les différents éléments de ce diagnostic concordent avec les données de recherches qui indiquent que de longues périodes de tension professionnelle et de lourdes charges de travail ont une incidence sur les relations personnelles et augmentent les congés de maladie, le roulement de personnel et l'inefficacité (Bauman et al., 2001).

Toutefois, il faut constater que la maîtrise des coûts a été effectuée davantage au prix d'une réduction des effectifs que d'une détérioration

des conditions de salaire. De 1991 à 2000, le salaire moyen d'un cadre a connu une augmentation de 22,8%, alors que les employés syndiqués ont vu durant la même période leur salaire augmenter de 14,9%. Chez les syndiqués, cette augmentation a été encore plus nette dans les catégories d'emploi exigeant une formation plus avancée. Ainsi, ce sont les infirmières bachelières qui ont été les mieux servies (+21%), suivies des professionnels (+16%), des infirmières auxiliaires (+12%), des techniciens (+11%) et du personnel auxiliaire (+7%). Cependant, il reste qu'en éliminant l'effet de l'inflation et en analysant l'évolution des salaires sur la base du dollar constant de 1992, seulement trois catégories auront réellement bénéficié d'une augmentation, qui s'avère toutefois moins substantielle : cadres (6,5%), infirmières bachelières (6,2%) et professionnels (2,2%). Les autres catégories d'emploi ont connu plutôt une diminution du salaire moyen en termes réels.

On constate encore une fois que les décisions prises auront privilégié le personnel spécialisé. Les médecins sont très bien lotis à ce chapitre. La rémunération moyenne en chiffres bruts des omnipraticiens a progressé de 31% de 1990 à 1999, alors que celle des spécialistes augmentait de 23%. Toutefois, si les réformes n'ont pas touché significativement les revenus des médecins, elles ne semblent pas avoir épargné leur environnement de travail. Les médecins figurent en effet parmi les catégories professionnelles qui ont le plus vigoureusement dénoncé les menaces que le processus de transformation du réseau fait peser sur la qualité des services. Plusieurs rapports du Collège des médecins font état des conditions critiques dans lesquelles les médecins doivent désormais exercer leur profession : déficiences dans la distribution des plateaux techniques, sous-équipement des établissements, allongement des listes d'attente, inadaptation des installations, rationnement des ressources (CmQ, 1998, 2000). À cela s'ajoutent des modalités d'emploi qui n'ont pas évolué de manière significative au cours des dix dernières années et qui semblent en discordance avec les orientations prises par le système. Les médecins ont encore aujourd'hui un statut d'entrepreneurs libres rémunérés à l'acte, même si tous les rapports successifs dénoncent le caractère inapproprié de ce mode d'organisation du travail. La rémunération à l'acte est particulièrement mal adaptée à certaines fonctions qui prennent une importance de plus en plus grande dans le rôle des médecins, comme les activités liées à la gestion ou celles de prévention et de promotion de la santé. Ce

mode de rémunération s'accommode tout aussi mal d'une clientèle vieillissante qui exige de plus en plus de temps. Néanmoins, les progrès restent modestes. En 1999, plus de 86% de l'ensemble de la rémunération est effectuée à l'acte, la rémunération à salaire stagnant à 3%. La rémunération sur la base d'honoraires forfaitaires, c'est-à-dire la vacation et la rémunération mixte (à l'acte et à forfait quotidien), semblait cependant plus prometteuse. Elle représente près de 11% du total de la rémunération en 1999 contre 7% dix ans plus tôt. En 1999, 28,3% des médecins étaient payés suivant plusieurs modes de rémunération, comparativement à 18,3% en 1990.

C'est donc dire que le processus de transformation engagé depuis 1990 aura touché à divers égards les conditions de travail. Les réductions d'effectifs et les nouveaux modes d'organisation des services conjugués à de nouvelles caractéristiques de la clientèle auront entraîné un alourdissement de la charge de travail, une augmentation de la demande de temps supplémentaire et des horaires de travail atypiques pour une proportion de plus en plus importante du personnel. La recherche d'une plus grande flexibilité dans les relations d'emploi aura conduit à une situation de précarité dans laquelle des contrats temporaires, saisonniers, à temps partiel ont droit de cité au détriment de postes réguliers et à temps plein. D'autres verrous organisationnels, malgré leur relatif anachronisme, arrivent cependant à résister à tous les assauts. C'est le cas des modalités de rémunération des médecins et des modes de gestion des conventions collectives négociées entre les centrales syndicales et le gouvernement et qui laissent peu de marge de manoeuvre aux administrateurs des établissements.

## LE SYSTÈME PROFESSIONNEL

[Retour à la table des matières](#)

Vingt-six des quarante-cinq professions reconnues au Québec relèvent du secteur de la santé et regroupent plus de la moitié de l'ensemble des professionnels. Les membres de ces professions reconnues par le *Code des professions du Québec* constituent le bassin de producteurs potentiels de services dans les champs d'activité de leur occupa-

tion. Dans le cas des professions dites « d'exercice exclusif », l'appartenance à la corporation professionnelle est une obligation pour quiconque veut exercer. Il s'ensuit que le nombre de membres de ces corporations représente le bassin maximal réel de producteurs. En réalité, toutefois, tous les membres en règle d'une corporation professionnelle d'exercice exclusif ne sont pas des producteurs de soins ou de services : certains n'exercent aucune activité professionnelle pour des raisons diverses (retraite, retour aux études, congés prolongés de toutes sortes), d'autres sont des enseignants, des administrateurs, des chercheurs à temps plein. Parmi ceux qui produisent des services, le niveau d'activité peut varier beaucoup, de sorte que pour connaître la véritable production il faudrait savoir ce que font ces professionnels. Les seuls professionnels dont on connaît un tant soit peu le niveau d'activité sont les médecins.

L'exercice des activités dans les champs réglementés par les corporations dites « de titre réservé » n'est pas limité aux seuls membres de ces corporations. On peut, par exemple, exercer des activités d'hygiéniste dentaire sans être membre de la Corporation professionnelle des hygiénistes dentaires ; on ne peut toutefois utiliser le titre d'« hygiéniste dentaire ». Il en résulte que les données sur les effectifs des corporations de cette catégorie ne représentent pas le bassin total des producteurs potentiels. La tendance, depuis l'adoption du Code des professions en 1973, a été, dans le réseau des affaires sociales, de recruter prioritairement des professionnels membres d'une corporation ; on peut ainsi estimer que les données des corporations dont les membres exercent majoritairement dans les services publics reflètent mieux le bassin total, puisque pour travailler il est avantageux d'être membre de la corporation. Si on ajoute ces limites à celles déjà mentionnées relativement à notre déficit d'informations sur l'activité réelle des professionnels, il faut traiter les données qui suivent avec précaution.

Les tableaux 7 et 8 décrivent l'évolution des effectifs des corporations professionnelles, en nombres absolus, de 1992 à 2000. Ceux des corporations d'exercice exclusif ont augmenté, au cours de la période, à peu près deux fois plus que la population du Québec (7% et 3,6% respectivement). Certaines occupations ont même connu un accroissement encore plus spectaculaire, jusqu'à cinq à huit fois la croissance

de la population (chiropraticiens, audioprothésistes, pharmaciens, techniciens en radiologie). Il n'est pas possible d'évaluer l'impact de la réforme sur ce phénomène : s'agit-il d'un rattrapage induit par les besoins de la réforme, ou d'un excès de production ? Il est difficile de répondre à cette question en l'absence de normes quant au nombre de professionnels de chaque catégorie qui serait théoriquement nécessaire pour répondre aux besoins. Il reste toutefois que les deux professions qui ont connu le taux de croissance le plus modeste, les médecins et les infirmières, sont celles qui étaient déjà les mieux représentées sur le plan numérique et qui ont été l'objet des interventions les plus vigoureuses de la part du gouvernement pour contenir les effectifs.

Du côté des professions de titre réservé, on observe une croissance de plus grande envergure (à un rythme plus de trois fois plus rapide que la croissance de la population), mais aussi plus inégalement répartie. Sept occupations sur les onze qui composent cette catégorie ont connu une croissance très élevée (de 7 à 21 fois plus rapide que celle de la population), alors que trois autres affichent une croissance moins forte, tout en restant supérieure à l'accroissement démographique (1 à 5 fois plus rapide). Par contre, les infirmières auxiliaires, qui constituaient déjà en 1992 près de 50% des effectifs des professionnels de la santé à titre réservé, ont connu une décroissance importante, de l'ordre de 16%, de 1992 à 2000. Cette décroissance peut être imputée en partie aux coupures de postes et à la précarité de l'emploi qui ont diminué l'attraction qu'exerce cette profession. Mais il faut aussi souligner les changements dans la philosophie de l'organisation des soins infirmiers qui ont conduit à la substitution des postes d'infirmières auxiliaires par des infirmières formées pour assumer une prise en charge plus totale et plus intégrée du patient. Les politiques d'encouragement au recyclage pour obtenir le statut d'infirmière auront aussi contribué à l'attrition des effectifs d'infirmières auxiliaires. Et enfin, il faut mentionner la concurrence exercée par les préposés aux bénéficiaires qui, pour certaines tâches, peuvent se substituer aux infirmières auxiliaires et dont les effectifs ont augmenté au cours des dernières années. Le nombre de préposés aux bénéficiaires en équivalent temps plein dans le réseau de soins de santé a connu une augmentation de près de 4% entre 1993 et 2000, alors que durant la même période le nombre d'infirmières auxiliaires a connu une baisse de 20% (MSSS, 2001b).

**Tableau 7**

Effectifs des corporations professionnelles.  
Services de santé et services sociaux, province de Québec, 1992, 2000.  
Corporations d'exercice exclusif.

[Retour à la table des matières](#)

	1992	2000	Écart 1992-2000	Progres- sion par rapport à la popula- tion
Acupuncteurs	592		Reconnu en 1995	
Audioprothésistes	145	195	0,34	9,58
Chiropraticiens	775	956	0,23	6,49
Dentistes	3 294	3 838	0,17	4,59
Denturologistes	909	939	0,03	0,92
Infirmières	63 712	66 421	0,04	1,18
Médecins	16 625	17 627	0,06	1,67
Opticiens d'ordonnance	959	958	0,00	-0,03
Optométristes	1 089	1 245	0,14	3,98
Pharmaciens	4 860	5 876	0,21	5,81
Podiatres	98	114	0,16	4,54
Sages-femmes		54	Reconnu en 1999	
Techniciens en radiologie	2 816	3 604	0,28	7,77
Total	95 852	102 419	0,07	1,90

**Tableau 8**

Effectifs des corporations professionnelles.  
Services de santé et services sociaux, province de Québec, 1992, 2000.  
Corporations d'exercice exclusif

[Retour à la table des matières](#)

	1992	2000	Progres- sion	Progres- sion par rapport à la popula- tion
Diététistes	1 748	1 856	0,06	1,72
Ergothérapeutes	1 393	2 488	0,79	21,84
Hygiénistes dentaires	2 284	3 565	0,56	15,58
Infirmières auxiliaires	19 565	16 405	-0,16	-4,49
Inhalothérapeutes	1 725	2 534	0,47	13,03
Orthophonistes, audiolo- gistes	665	1 085	0,63	17,54
Physiothérapeutes	2 427	3 260	0,34	9,53
Psychologues	5 217	6 584	0,26	7,28
Techniciens dentaires	302	356	0,18	4,97
Technologistes médicaux	2 342	2 606	0,11	3,13
Travailleurs sociaux	3 055	4 721	0,55	15,15
<b>Total</b>	<b>40 723</b>	<b>45 460</b>	<b>0,12</b>	<b>3,23</b>

Sources : Rapport annuel de l'Office des professions, 1992. Rapport annuel de l'Office des professions, 2000.

Les réformes auront engendré des modifications non seulement dans les effectifs des groupes professionnels mais aussi dans la pratique professionnelle elle-même. Plusieurs faits marquants ont accompagné les transformations des dernières années. Premièrement, il y a lieu de noter une tendance nette à l'élargissement des champs d'exercice des professionnels du secteur de la santé. La pénurie d'effectifs médicaux, la fragmentation des pratiques, l'abandon de certains secteurs d'activité par les médecins, les nouvelles compétences acquises

par certains groupes professionnels ont permis à ces derniers de jouer un rôle élargi et d'assumer des responsabilités significatives dans l'investigation et le traitement des patients. C'est le cas des infirmières travaillant dans des cliniques spécialisées, des physiothérapeutes en réadaptation et des optométristes. Deuxièmement, le modèle d'interventions intégrées promu pour répondre à la complexité croissante des problèmes de santé ou pour contrer la progression des nouveaux phénomènes sociaux comme la violence, la marginalisation, la toxicomanie requiert la participation de plusieurs catégories de professionnels. L'offre des services de santé nécessite désormais un travail interdisciplinaire à l'intérieur d'équipes de travail dans lesquelles divers professionnels sont appelés à jouer des rôles élargis par rapport à leur rôle traditionnel. Troisièmement, la compétition sur la première ligne de soins est particulièrement aiguë et engage à la fois les professionnels reconnus et toute une variété de producteurs non reconnus auxquels les usagers recourent pour soigner les maux de la vie courante. Certaines dispositions du système professionnel actuel, qui est en vigueur depuis l'adoption en 1973 du Code des professions, se trouvent ainsi en tension avec ces changements et entrent en conflit avec les besoins d'évolution des rôles professionnels, d'interdisciplinarité et d'une plus grande intégration des intervenants professionnels et non professionnels du domaine de la santé. Deux amendements au Code des professions, en 1994, et plus récemment, en 2000, des révisions périodiques de la réglementation des ordres professionnels auront certes permis d'apporter quelques ajustements au système existant. Un projet plus ambitieux, lancé en 1999, propose, entre autres, d'alléger le cadre réglementaire pour en faciliter l'adaptation continue, d'augmenter l'efficacité des mécanismes de protection du public, de lever les obstacles à la multidisciplinarité et à l'interdisciplinarité, mais les résultats se font attendre.

Ainsi, au-delà de l'évolution des effectifs, c'est l'organisation de la pratique professionnelle elle-même qui aura été touchée par les transformations du système, au point de créer un décalage manifeste entre le cadre juridique et les pratiques émergentes : travail interprofessionnel, cliniques de soins infirmiers, élargissement des champs et des rôles professionnels, soins globaux et intégrés. Le processus de révision du système professionnel doit pouvoir relever ce défi de la modernisation du cadre d'organisation professionnelle du secteur de la santé afin

de le rendre plus cohérent par rapport au contexte des pratiques qui, de toute manière, a changé.

Il importe de dire aussi quelques mots des producteurs non reconnus parce que depuis les années 70 ils ont été nombreux à arriver sur le marché des soins ; ils y offrent des services différents, complémentaires, tantôt alternatifs aux services officiels. On les retrouve essentiellement dans les domaines des manipulations (massage thérapeutique, ostéopathie, orthothérapie), de l'homéopathie et des « médications naturelles » (phytothérapie, naturopathie), des approches énergétiques<sup>3</sup> (polarité, réflexologie) et des psychothérapies. Certains groupes s'affichent ouvertement, ont formé des associations, créé des écoles, et revendiquent une reconnaissance officielle (Dussault *et al.*, 1987 ; Office des professions du Québec, 1992). Cependant, jusqu'ici, on sait peu de choses sur cette catégorie de producteurs et cela tient justement au fait de leur marginalité et du caractère plus ou moins clandestin de leur exercice. Une étude effectuée en 1987 (Dussault *et al.*, 1987) estimait déjà à 7000 approximativement le bassin de ces producteurs, à partir d'un recensement des effectifs des associations connues et en faisant l'hypothèse qu'ils ne représentaient qu'une fraction du nombre réel de producteurs. Au début des années 90, l'Office des professions du Québec (1992) a étudié les requêtes en incorporation de plusieurs associations de producteurs non reconnus. En recoupant les données contenues dans ses Avis sur l'opportunité de créer des corporations professionnelles dans les domaines où exercent ces producteurs, on peut estimer que le bassin de ces producteurs était vraisemblablement de l'ordre de 6 000 à 7 000 à cette date. Aucune donnée récente ne permet d'actualiser ces chiffres et de préciser aujourd'hui le bassin réel de producteurs non reconnus et le volume exact de leur production. Cependant, tout porte à croire que ces producteurs, qui se situent aux frontières du système de services de santé et des soins personnels, continuent à être sollicités par les individus aux prises par exemple avec des maladies chroniques, des problèmes psychosomatiques, des affections musculo-squelettiques, etc. Diffé-

---

<sup>3</sup> Ces approches ont « pour but l'harmonisation et la circulation optimale de l'énergie vitale dans le corps humain afin de le maintenir en santé ou de stimuler ses capacités naturelles d'auto-guérison et ses fonctions organiques » (Office des professions du Québec, 1992 : 4).

rentes données de recherche indiquent que 70% ou plus de tous les soins de santé sont fournis par des non-spécialistes, sans intervention de prestataires du réseau structuré, et s'avèrent, dans beaucoup de cas, des solutions utiles et efficaces à divers problèmes de santé (Dean *et al.*, 1983 ; Hickey *et al.*, 1986 ; Russell et Iljon-Foreman, 1985). Dès lors, ces producteurs non officiels constituent donc un potentiel important sur la première ligne de soins pour aider les individus à agir sur leur propre santé, fournir des conseils et de l'information sur la santé, offrir des services de réadaptation, fournir des soins de longue durée (Pong et al., 1995). L'enjeu est d'intégrer les initiatives personnelles, les soins non officiels et les soins officiels et faire en sorte qu'ils se complètent. C'est dire aussi que la modernisation du système professionnel nécessite une plus grande considération de ces producteurs non reconnus, pour assurer que les arrangements institutionnels permettent d'optimiser leur utilisation, d'assurer la protection du public et de promouvoir la qualité des services.

## LA RÉFORME COMME UN PROCESSUS POLITIQUE

[Retour à la table des matières](#)

Si les réformes dans le système de soins de santé peuvent avoir un impact important sur la main-d'œuvre sanitaire, cette dernière est aussi susceptible à son tour d'exercer une influence importante sur la nature même des changements proposés et sur la mise en oeuvre de ces changements. Les difficultés rencontrées dans la mise en oeuvre de divers aspects de la réforme et la persistance d'un certain nombre de problèmes pour lesquels des solutions plausibles ont été identifiées depuis plusieurs décennies témoignent des limites de l'approche rationnelle de la prise de décision politique. Une telle approche ne peut suffire puisqu'elle occulte à la fois l'incertitude inhérente à toute prise de décision, la rationalité limitée des acteurs, les rapports de force dans les systèmes sociaux et les biais idéologiques qui influencent les décideurs. Le système de soins de santé est caractérisé par la coexistence de diverses valeurs souvent conflictuelles portées à des degrés

divers par différents groupes d'intérêts : équité dans la distribution des services, liberté clinique des fournisseurs, efficacité des services, pouvoir du consommateur, imputabilité des décideurs, etc. La répartition inégale des connaissances, des capacités, des ressources entre les différents groupes d'intérêts et la légitimité inégale dont jouissent ces derniers se reflètent dans le degré d'influence que divers acteurs ou groupes d'acteurs exercent sur les orientations du système. La dominance professionnelle confère un poids important aux groupes professionnels, tout au moins dans la mise en oeuvre des projets de réforme. Forts de leurs pouvoirs culturels et symboliques et de leur capacité à mobiliser l'opinion publique en leur faveur, ils peuvent mettre en échec la mise en oeuvre de nouvelles politiques s'ils n'ont pas une claire compréhension des changements proposés ou si ces changements sont perçus comme pouvant les toucher négativement (Bach, 2000 ; Collins, 1994). Différents groupes de travailleurs peuvent avoir des intérêts différents et revendiquer des modalités différentes d'organisation et de déploiement des ressources. C'est donc dire que le système de soins de santé n'est pas uniquement un système rationnel et technique. C'est aussi un système politique où différents groupes d'acteurs et coalitions négocient et rivalisent entre eux pour faire valoir leurs objectifs et leurs intérêts. La réforme est ainsi un processus éminemment politique et le changement ne devient possible que lorsqu'une masse critique d'acteurs est convaincue de sa nécessité et le soutient (Benveniste, 1990). Un exemple de cette influence que peuvent jouer les producteurs sur les projets de réforme est l'affrontement survenu en 1991 entre le ministère de la Santé et des Services sociaux et le regroupement des médecins du Québec autour du projet de loi 120 dans lequel le ministre proposait une décentralisation régionale des budgets destinés à rémunérer les médecins et une procédure d'accréditation des médecins pour exercer en cabinet. Devant la résistance des médecins regroupés dans une forte coalition, le ministre a dû retirer ce projet de loi qui devait donner aux décideurs des leviers importants pour contrôler la répartition interrégionale des médecins. On peut mentionner aussi la question de la répartition des rôles entre les différents groupes professionnels. N'étant ni acquis ni immuables, les rôles professionnels évoluent et les prérogatives qui y sont attachées sont souvent vigoureusement revendiquées par divers groupes de producteurs, ce qui donne lieu à d'incessantes batailles de territoire concernant le titre, le champ de pratique, la sphère de compétence, la

qualification professionnelle et les normes. Un exemple éloquent à cet égard est le débat sur l'opportunité de reconnaître officiellement le service des sages-femmes. Ce débat aura duré une vingtaine d'années au Québec et sa résolution aura nécessité des données de recherche mais aussi des stratégies de nature politique visant à concilier les différents intérêts : soutien de l'opinion publique, recherche d'une légitimité scientifique, concessions à certains groupes professionnels déjà reconnus comme les médecins et les infirmières.

## CONCLUSION

[Retour à la table des matières](#)

Les transformations dans le système de santé ont modifié de manière significative l'organisation des services, les rôles attribués aux différentes catégories de producteurs et les conditions dans lesquelles ces derniers sont amenés à exercer. Ces transformations ont mis en évidence la nécessité d'utiliser de façon plus efficiente les ressources sanitaires. Cependant, l'absence quasi complète de la dimension ressources humaines dans le processus de planification de ces changements a fait en sorte que différents groupes de personnels en ont été des victimes. Cette absence explique également divers déséquilibres auxquels est confronté actuellement le système de soins. La maîtrise des coûts, qui fut un moteur de ces transformations, a conduit à une vision à court terme qui n'a pas permis d'anticiper l'impact sur la main-d'oeuvre des nouvelles orientations. C'est donc dire que la thérapie de choc à laquelle le système de soins de santé a été soumis n'a pas été accompagnée d'une attitude proactive des décideurs en matière de gestion des personnels. La fonction ressources humaines a peu évolué, de sorte qu'aujourd'hui tout reste encore à faire pour juguler les problèmes auxquels est confronté le système des personnels et qui touchent à la fois les effectifs, les conditions de travail et la régulation de l'activité professionnelle. En examinant chacun de ces défis, il devient apparent que la gestion réactive qui a caractérisé la gestion des personnels au cours des dernières années n'a pas toujours permis de promouvoir les meilleures pratiques.

En matière de gestion des effectifs, la progression de ces derniers a certes été contenue, mais certaines catégories professionnelles sont passées en quelques années d'une situation de relatif surplus à une situation de pénurie. En dépit des pénuries de main-d'œuvre, certains groupes professionnels dont les champs de compétences ont été considérablement élargis au cours des dernières années restent sous-utilisés. Le recours aux infirmières cliniciennes, par exemple, reste marginal, et ce n'est que tout récemment que la profession de sage-femme a été officiellement reconnue. Des praticiens hautement qualifiés ou ayant une vaste formation sont amenés ainsi à prendre en charge des fonctions qui pourraient être exécutées de façon satisfaisante par du personnel d'échelons inférieurs. D'un autre côté, il persiste un équilibre fragile entre les ressources médicales et les besoins de la population dans plusieurs régions, et plusieurs territoires souffrent d'une pénurie réelle.

Au chapitre des conditions de travail, la gestion centralisée des relations d'emploi compromet la flexibilité du système. Les modalités alternatives (emplois occasionnels, postes à temps partiel) qui s'offrent aux administrateurs contribuent à miner la qualité de vie du personnel et créent une insatisfaction croissante. De même, aucune initiative majeure n'a été engagée pour revoir le mode de rémunération à l'acte des médecins, même si cette modalité de paiement a été maintes fois reconnue depuis au moins vingt ans comme pouvant affecter l'efficacité du système et engendrer des incitations négatives.

Enfin, pour ce qui est du système professionnel, les changements apportés jusqu'ici restent inscrits dans le cadre établi depuis 1973 et ne permettent pas encore de faire face aux grands enjeux auxquels il est confronté en ce qui concerne le travail interprofessionnel, l'intégration des activités et l'amélioration de la performance clinique. On peut constater également qu'en dépit des évidences apportées par la recherche quant à la contribution des prestataires non officiels, notamment sur la première ligne de soins, les efforts d'encadrement de ces derniers et leur intégration au système officiel sont quasi inexistantes.

Cela étant dit, la période de turbulence du système de santé n'est sans doute pas achevée. Quinze ans après la commission Rochon, la commission Clair diagnostique la persistance d'une dynamique d'accé-

lération des coûts dans le réseau de soins et relève un certain nombre de lacunes dans l'organisation du système. Les propositions de la commission Clair, qui pour la plupart reprennent des recommandations faites quinze ans plus tôt, suggèrent des orientations susceptibles de créer une nouvelle dynamique axée sur l'utilisation efficiente des ressources et la performance des services. Les expériences des dernières années nous auront appris qu'une vision claire et des politiques explicites en matière de ressources humaines s'avèrent indispensables pour corriger et prévenir les déséquilibres qui risquent de compromettre la performance des personnels et conséquemment du système de santé.

Fin du texte