

Mandat sur la performance des soins  
et services aux aînés - COVID-19

---

# Portrait des ressources humaines du système de santé et de services sociaux québécois

Mandat sur la performance des soins  
et services aux aînés - COVID-19

---

# **Portrait des ressources humaines du système de santé et de services sociaux québécois**

Le Commissaire à la santé et au bien-être (CSBE) contribue à la santé et au bien-être de la population en éclairant, avec transparence et impartialité, le débat public et la prise de décision gouvernementale pour un système de santé qui remplit durablement son rôle. L'approche du CSBE repose sur le dialogue et la collaboration de tous les acteurs de la société québécoise, afin de déceler les problèmes qui nuisent à la bonne performance du système de santé et de services sociaux. Pour répondre aux besoins des citoyennes et citoyens, le CSBE favorise l'adaptabilité du système de santé et des services sociaux en contribuant à faire tomber les barrières systémiques à l'innovation, en encourageant la participation citoyenne, en considérant les enjeux éthiques et en soutenant le passage à l'action.

---

**Édition****Commissaire à la santé et au bien-être**

880, Chemin Ste-Foy, bureau 4.40  
Québec (Québec) G1S 2L2

**Courriel :** [csbe@csbe.gouv.qc.ca](mailto:csbe@csbe.gouv.qc.ca)

Le présent document est disponible en version électronique dans la section Publications du site Internet du Commissaire à la santé et au bien-être : [www.csbe.gouv.qc.ca](http://www.csbe.gouv.qc.ca).

**Dépôt légal**

Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2021  
ISBN: 978-2-550-89959-4 (PDF)

© Gouvernement du Québec, 2021

Tous droits réservés pour tous pays. La reproduction, par quelque procédé que ce soit, la traduction ou la diffusion de ce document, même partielles, sont interdites sans l'autorisation préalable des Publications du Québec. Cependant, la reproduction de ce document ou son utilisation à des fins personnelles, d'étude privée ou de recherche scientifique, mais non commerciales, sont permises à condition d'en mentionner la source.

**Commissaire****Joanne Castonguay**

Commissaire à la santé et au bien-être

**Recherche et rédaction****Équipe d'évaluation de la performance****Révision linguistique****Anglocom****Édition****Direction des communications****Graphisme****Pro-Actif**



## TABLE DES MATIÈRES

|  |           |
|--|-----------|
| <b>Liste des sigles et des acronymes .....</b>                                       | <b>8</b>  |
| <b>Faits saillants .....</b>   | <b>9</b>  |
| <b>Introduction.....</b>   | <b>11</b> |
| <b>Sources de données .....</b>  | <b>12</b> |
| ICIS .....   | 12        |
| OCDE.....  | 12        |
| MSSS .....   | 12        |
| Les bases R25 et R22.....  | 12        |
| AS-471 .....   | 13        |
| AS-478.....  | 13        |
| <b>1. Ensemble du réseau des établissements de santé et de services sociaux.....</b> | <b>14</b> |
| 1.1 Nombre de salariés et de cadres .....  | 14        |
| 1.2 Nombre d’infirmières et de aides-soignants.....                                  | 17        |
| 1.2.1 Comparaisons avec les autres provinces .....                                   | 18        |
| 1.2.2 Comparaisons avec les autres pays de l’OCDE .....                              | 19        |
| 1.3 Effectif médical.....  | 21        |
| 1.3.1 Comparaisons avec les autres provinces .....                                   | 21        |
| 1.3.2 Comparaisons avec les autres pays de l’OCDE.....                               | 27        |
| 1.4 Encadrement du personnel .....   | 28        |
| 1.5 Absentéisme .....  | 30        |
| 1.6 Heures supplémentaires .....   | 32        |
| 1.7 Main-d’œuvre indépendante .....  | 33        |
| <b>2. Soins et services consacrés aux personnes âgées .....</b>                      | <b>34</b> |
| 2.1 En soins de longue durée .....   | 34        |
| 2.1.1 Nombre d’infirmières et de préposés aux bénéficiaires.....                     | 34        |
| 2.1.2 Comparaisons avec les autres provinces .....                                   | 35        |
| 2.1.3 Encadrement du personnel .....   | 36        |
| 2.1.4 Heures supplémentaires .....   | 37        |
| 2.1.5 Main-d’œuvre indépendante.....   | 38        |
| 2.1.6 Intensité des services en CHSLD.....   | 39        |
| 2.2 En soins à domicile.....   | 40        |
| <b>Liste de références .....</b>   | <b>41</b> |

## LISTE DES TABLEAUX ET FIGURES

|   |    |
|---|----|
| <b>Tableau 1</b> – Évolution de l’effectif dans le réseau des établissements de santé et de services sociaux en équivalents temps complet (ETC) .....                       | 14 |
| <b>Figure 1</b> – Évolution du nombre de personnes en emploi et d’ETC dans le réseau de la santé et des services sociaux (salariés et cadres).....                          | 15 |
| <b>Figure 2</b> – Évolution du ratio du nombre de personnes en emploi dans le réseau de la santé et des services sociaux par ETC (salariés et cadres) .....                 | 16 |
| <b>Figure 3</b> – Évolution du nombre d’infirmières en équivalents temps complet (ETC) selon la catégorie d’emploi dans le réseau de la santé et des services sociaux ..... | 17 |
| <b>Figure 4</b> – Évolution du nombre total d’infirmières (toutes catégories confondues) en emploi par 1 000 habitants selon la province, 2010 à 2019, Canada.....          | 18 |
| <b>Figure 5</b> – Évolution du nombre total d’infirmières (toutes catégories confondues) en exercice par 1 000 habitants selon le pays de l’OCDE.....                       | 19 |
| <b>Figure 6</b> – Évolution du nombre d’aides-soignants en emploi par 1 000 habitants selon le pays de l’OCDE et l’année .....  | 20 |
| <b>Figure 7</b> – Nombre de médecins de famille et de médecins spécialistes par 100 000 habitants au Québec et dans le reste du Canada, 2019 .....                          | 21 |
| <b>Figure 8</b> – Évolution du nombre de médecins de famille par 100 000 habitants selon la province.....   | 22 |
| <b>Figure 9</b> – Évolution du nombre de médecins spécialistes par 100 000 habitants selon la province.....   | 22 |
| <b>Figure 10</b> – Évolution du nombre de cardiologues par 100 000 habitants selon la province.....   | 23 |
| <b>Figure 11</b> – Évolution du nombre de neurologues par 100 000 habitants selon la province.....  | 23 |
| <b>Figure 12</b> – Évolution du nombre de médecins spécialistes en chirurgie générale par 100 000 habitants selon la province .....   | 24 |
| <b>Figure 13</b> – Évolution du nombre de médecins spécialistes en chirurgie orthopédique par 100 000 habitants selon la province .....                                     | 24 |
| <b>Figure 14</b> – Évolution du nombre de pneumologues par 100 000 habitants selon la province.....   | 25 |
| <b>Figure 15</b> – Évolution du nombre de gériatres par 100 000 habitants selon la province .....   | 25 |
| <b>Figure 16</b> – Évolution du nombre de médecins en exercice par 100 000 habitants selon le pays de l’OCDE.....   | 27 |
| <b>Figure 17</b> – Pourcentage (%) des heures totales travaillées par du personnel cadre dans le réseau des établissements de la santé et des services sociaux .....        | 28 |
| <b>Figure 18</b> – Évolution du ratio d’encadrement dans le réseau de la santé et des services sociaux .....  | 28 |

|  |    |
|--|----|
| <b>Figure 19</b> – Évolution du taux d’absence global dans le réseau de la santé et des services sociaux .....   | 30 |
| <b>Figure 20</b> – Évolution du taux d’absence pour motif de CNESST dans le réseau de la santé et des services sociaux .....   | 31 |
| <b>Figure 21</b> – Évolution du pourcentage (%) des heures totales travaillées en heures supplémentaires dans l’ensemble du réseau de la santé et des services sociaux .....   | 32 |
| <b>Figure 22</b> – Évolution du pourcentage (%) des heures totales travaillées par de la main-d’œuvre indépendante (MOI) dans le réseau de la santé et des services sociaux .....  | 33 |
| <b>Tableau 2</b> – Nombre d’infirmières total (infirmières, infirmières auxiliaires, infirmières praticiennes) et de préposés aux bénéficiaires (PAB) en CHSLD en ETC .....  | 34 |
| <b>Figure 23</b> – Évolution du nombre d’infirmières en emploi en soins de longue durée par 1 000 habitants âgés de 75 ans et plus selon la province .....   | 35 |
| <b>Figure 24</b> – Évolution du pourcentage (%) des heures totales travaillées par du personnel cadre dans le programme SAPA en CHSLD (publics et privés conventionnés) pour les soins infirmiers et les soins d’assistance (CA 6060 et 6160) .....    | 36 |
| <b>Figure 25</b> – Évolution du pourcentage (%) des heures totales travaillées en heures supplémentaires dans le programme SAPA en CHSLD (publics et privés conventionnés) pour les soins infirmiers et les soins d’assistance (CA 6060 et 6160) ..... | 37 |
| <b>Figure 26</b> – Évolution du pourcentage (%) des heures totales travaillées par de la MOI dans le programme SAPA pour les soins infirmiers et les soins d’assistance en CHSLD (CA 6060 et 6160) .....   | 38 |
| <b>Figure 27</b> – Évolution du nombre moyen d’heures travaillées en soins d’assistance et en soins infirmiers par jours-présence en CHSLD (CA 6060 et 6160) .....   | 39 |
| <b>Tableau 3</b> – Nombre d’infirmières, d’auxiliaires aux services de santé et sociaux, de préposés aux bénéficiaires et d’autres professionnels en soins à domicile, en ETC .....  | 40 |

## **LISTE DES SIGLES ET DES ACRONYMES**

|        |  |
|--------|--|
| CH     | CH Centre hospitalier  |
| CHSLD  | Centre d'hébergement et de soins de longue durée             |
| CISSS  | Centre intégré de santé et de services sociaux               |
| CIUSSS | Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux |
| CLSC   | Centre local de services communautaires                      |
| CSBE   | Commissaire à la santé et au bien-être                       |
| ETC    | Équivalent en temps complet                                  |
| ICIS   | Institut canadien d'information sur la santé                 |
| MOI    | Main-d'œuvre indépendante                                    |
| MSSS   | Ministère de la Santé et des Services sociaux                |
| OCDE   | Organisation de coopération et de développement économiques  |
| PAB    | Préposé ou préposée aux bénéficiaires                        |
| SAPA   | Soutien à l'autonomie des personnes âgées                    |



## FAITS SAILLANTS

### Employés salariés et cadres

- Le nombre de personnes en emploi dans le réseau des établissements de santé et de services sociaux a augmenté de 9,3 % de 2015 à 2020, tandis que le nombre d'équivalents en temps complet (ETC) a augmenté de 7,6 %.

### Infirmières et préposés aux bénéficiaires

- Avant d'entrer dans la pandémie, le Québec se démarquait favorablement des autres provinces canadiennes en matière d'effectif infirmier :
  - En 2019, le Québec a légèrement plus d'effectif infirmier par 1000 habitants que l'Ontario, la Colombie-Britannique et les autres provinces regroupées.
- Par rapport aux autres pays de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE), le Canada, et par conséquent le Québec, ne se démarque pas outre mesure quant au nombre d'infirmières en exercice par 1000 habitants. Par contre, le Canada se démarque comme le pays ayant le moins d'aides-soignants en exercice par 1000 habitants en comparaison avec les autres pays de l'OCDE étudiés;
- Au Québec, les infirmières représentent 26,9 % du personnel en équivalents temps complet du réseau des établissements de santé et de services sociaux en 2019-2020, tandis que les préposés aux bénéficiaires (PAB) constituent de 13,3 % de l'effectif;
- Le nombre d'infirmières et de PAB (en ETC) en CHSLD, de même que leur ratio par place d'hébergement, a augmenté au cours des quatre dernières années;
- En soins à domicile, le nombre d'infirmières a augmenté de 2015 à 2020, tandis que le nombre de PAB a diminué.

### Médecins

- Le Québec se démarque favorablement des autres provinces canadiennes en matière d'effectif médical :
  - En 2019, il compte plus de **médecins de famille** par 100 000 habitants que l'Ontario et les autres provinces canadiennes regroupées, mais moins que la Colombie-Britannique;
  - Depuis 2010, il constitue la province ayant le plus de **médecins spécialistes** par 100 000 habitants, comparativement à l'Ontario, à la Colombie-Britannique et aux autres provinces regroupées;
  - En 2019, le Québec est la province ayant le plus de médecins spécialistes en **gériatrie**, en **pneumologie**, en **cardiologie** et en **chirurgie générale** comparativement à l'Ontario, à la Colombie-Britannique et aux autres provinces regroupées.
- Par ailleurs, le Canada, et par conséquent le Québec, compte parmi les pays de l'OCDE ayant le moins de médecins par 100 000 habitants.

## Services professionnels

- Dans le réseau des établissements de santé et de services sociaux du Québec, le nombre de nutritionnistes, de physiothérapeutes, d'ergothérapeutes, de travailleurs sociaux et de pharmaciens a augmenté de 2015-2016 à 2019-2020, tandis que le nombre de psychologues a diminué.

## Encadrement, absentéisme, heures supplémentaires, main-d'œuvre indépendante

- Le nombre de cadres ainsi que le pourcentage des heures totales travaillées par le personnel cadre dans le réseau de la santé ont progressivement diminué de 2015 à 2020;
- Le taux d'absentéisme (tous types d'absences confondus) du personnel dans l'ensemble du réseau, bien que demeuré stable depuis 2015, correspond à plus de 1 heure d'absence rémunérée sur 5;
- Le taux d'absence en raison d'accidents de travail (couverts par la CNESST) a pour sa part progressivement augmenté au cours de la même période;
- De 2015 à 2020, le pourcentage des heures travaillées en heures supplémentaires a augmenté dans l'ensemble du réseau. Cette augmentation était d'autant plus prononcée chez les infirmières et les PAB travaillant en CHSLD;
- Pour la même période, le recours à la main-d'œuvre indépendante (MOI) dans l'ensemble du réseau a augmenté, toutes proportions gardées. Cette augmentation semble avoir été encore plus marquée chez les infirmières et les PAB travaillant en CHSLD.

## INTRODUCTION

Le Commissaire à la santé et au bien-être (CSBE) a été mandaté par le gouvernement du Québec pour «évaluer la performance du système de santé et de services sociaux eu égard à la prestation des services de santé et des services sociaux, incluant les interventions en matière de santé publique, effectuées en situation d'état d'urgence sanitaire vu la pandémie de la COVID-19, plus spécifiquement quant à la dispensation des soins ainsi que des services d'hébergement aux aînés par les établissements de santé et de services sociaux publics et privés, incluant à ceux qui sont hébergés dans une installation maintenue par un établissement privé conventionné ou non conventionné, à ceux qui sont pris en charge par une ressource intermédiaire ou par une ressource de type familial ou à ceux qui résident dans une résidence privée pour aînés, en telle situation» (Décret 861-2020).

Dans le cadre de ce mandat, le CSBE a souhaité dresser un état de situation sur les ressources publiques du système de santé québécois en ce qui a trait aux ressources financières, humaines et institutionnelles, dans la période qui précède la pandémie.

Le présent document brosse le portrait des ressources humaines du système de santé et de services sociaux du Québec pour la période qui précède la pandémie de COVID-19. À l'instar des documents portant sur les ressources financières et institutionnelles, il constitue un document de référence produit par le CSBE pour alimenter son rapport définitif, en lien avec le mandat précédemment mentionné. Il est divisé en deux parties: la première présente les ressources humaines dans l'ensemble du réseau de la santé et des services sociaux et la seconde détaille les ressources humaines consacrées aux soins et aux services pour personnes âgées.

## SOURCES DE DONNÉES

Le portrait des ressources humaines du système de santé et de services sociaux est élaboré à l'aide des bases de données provenant de l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS), de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE) et du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) du Québec. Ces bases de données sont décrites ci-après et certains aspects méthodologiques s'y rattachant sont également présentés.

### ICIS<sup>1</sup>

Dans le présent document, les données du Québec fournies par l'ICIS ont été comparées à celles de l'Ontario, de la Colombie-Britannique et des autres provinces regroupées. Les territoires ont été exclus de l'analyse en raison de leur faible effectif ou de l'absence de données pour plusieurs indicateurs ou années d'étude, ce qui compromettrait la qualité des comparaisons que nous pouvions dégager.

### OCDE

Les données fournies par l'OCDE ont été extraites le 16 décembre 2020 sur le site de OECD.Stat. Les données sur les pays suivants sont présentées : les États-Unis, les Pays-Bas, l'Allemagne, le Canada, la France, l'Australie, la Suède, le Royaume-Uni et la Nouvelle-Zélande. Ces pays ont été retenus pour leurs similitudes ; ils ont de grandes économies développées, consacrent des ressources comparables à la santé et utilisent des méthodes semblables de collecte de données.

### MSSS

#### Les bases R25 et R22

La base de données annuelles sur les cadres et salariés du réseau de la santé et des services sociaux (R25) et la base de données périodiques sur les cadres et salariés du réseau de la santé et des services sociaux (R22), détenues par le MSSS, sont générées à partir des systèmes de paie des établissements publics et des CHSLD privés conventionnés. Depuis la mise en vigueur du projet de loi n° 10 ayant mené à la création des CISSS et des CIUSSS, les établissements transmettent au MSSS des informations agrégées ou par centre d'activités, plutôt que par installation ou programme/mission. Ainsi, pour pouvoir produire certains indicateurs relatifs aux services consacrés aux personnes âgées hébergées, les centres d'activités 6060 (soins infirmiers aux personnes en perte d'autonomie) et 6160 (soins d'assistance aux personnes en perte d'autonomie), exclusifs à l'hébergement dans le programme de Soutien à l'autonomie des personnes âgées (SAPA), ont été retenus. Également, des données sur les ressources humaines consacrées aux soins à domicile ont pu être produites pour tous les programmes-services confondus. Celles-ci sont présentées à titre indicatif, puisqu'elles sont non exclusives au programme SAPA.

<sup>1</sup> Pour plus d'information sur la méthodologie liée aux données de l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS), consultez ICIS (2020).

**AS-471**

Les données utilisées à partir de la base de données AS-471 incluent les heures travaillées en heures régulières, en heures supplémentaires, par la MOI et par les cadres, par établissement de santé et par centre d'activités. À l'instar de la R25/R22, les AS-471 ne fournissent pas d'informations par titre d'emploi selon les installations.

**AS-478**

La base de données AS-478, qui contient l'information des rapports statistiques annuels des centres hospitaliers (CH), des CHSLD et de certaines activités des centres locaux de services communautaires (CLSC), est utilisée pour mettre en perspective le nombre d'heures travaillées pour des soins d'assistance et des soins infirmiers en CHSLD par jours-présence.

# 1. ENSEMBLE DU RÉSEAU DES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX

## 1.1 Nombre de salariés et de cadres

**Tableau 1 – Évolution de l'effectif dans le réseau des établissements de santé et de services sociaux en équivalents temps complet (ETC)**

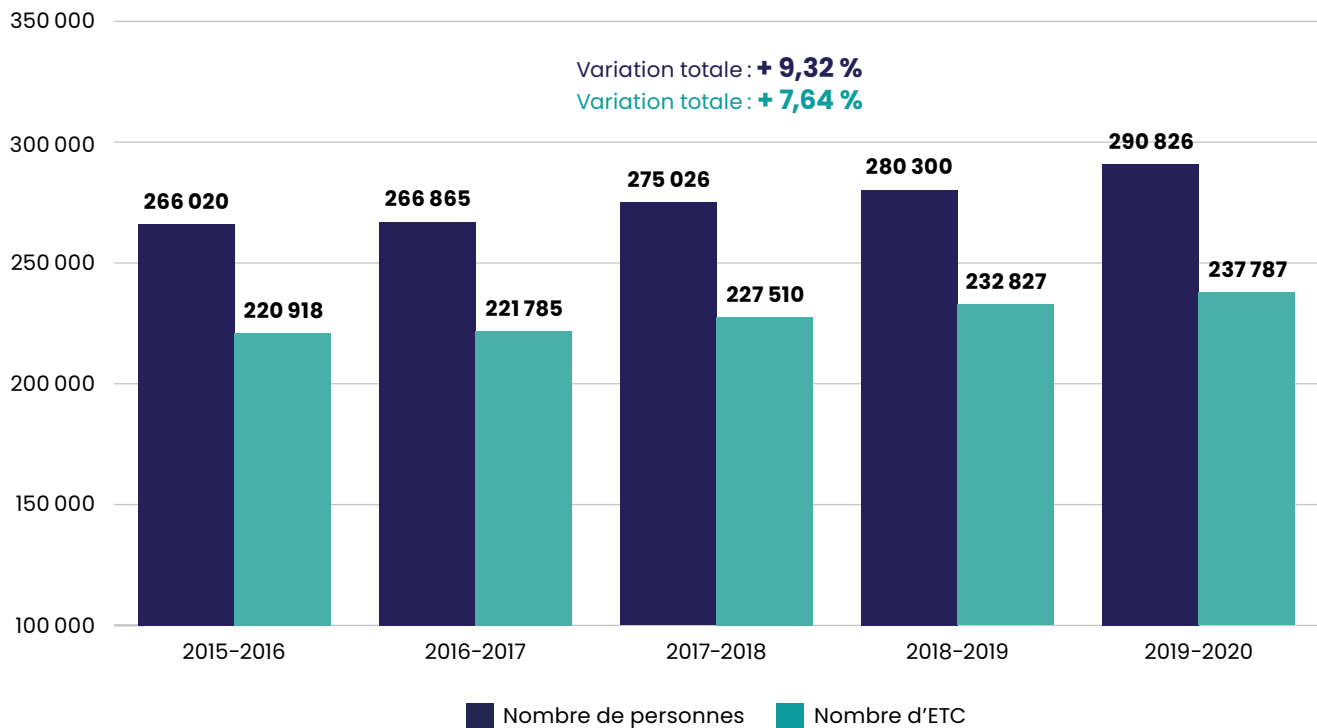
| Catégorie d'emploi         | 2015-2016      | 2019-2020      | Variation (en %) | Part des ETC globaux en 2019-2020 (en %) |
|----------------------------|----------------|----------------|------------------|--|
| Infirmières                | 59 996         | 63 887         | 6,48 %           | 26,87 %                                  |
| Préposés aux bénéficiaires | 30 347         | 31 620         | 4,19 %           | 13,3 %                                   |
| Nutritionnistes            | 1 284          | 1 394          | 8,54 %           | 0,59 %                                   |
| Physiothérapeutes          | 1 894          | 2 053          | 8,42 %           | 0,86 %                                   |
| Ergothérapeutes            | 2 941          | 3 382          | 14,99 %          | 1,42 %                                   |
| Psychologues               | 1 712          | 1 663          | -2,84 %          | 0,7 %                                    |
| Travailleurs sociaux       | 6 303          | 7 675          | 21,76 %          | 3,23 %                                   |
| Pharmaciens                | 1 325          | 1 442          | 8,83 %           | 0,61 %                                   |
| Autres salariés non cadres | 104 871        | 115 519        | 10,15 %          | 48,58 %                                  |
| Cadres                     | 10 245         | 9 152          | -10,67 %         | 3,85 %                                   |
| <b>Effectif total</b>      | <b>220 918</b> | <b>237 787</b> | <b>7,64 %</b>    | <b>100 %</b>                             |

Source: Extraction des données du MSSS, Base de données périodiques sur les cadres et salariés du réseau (R22).

### CONSTATS :

- Le nombre d'infirmières (toutes catégories confondues), de PAB, de nutritionnistes, de physiothérapeutes, d'ergothérapeutes, de travailleurs sociaux et de pharmaciens a augmenté de 2015-2016 à 2019-2020, tandis que le nombre de psychologues a diminué;
- En 2019-2020, les infirmières (toutes catégories confondues) représentaient 26,9 % de l'effectif ETC du réseau de la santé et des services sociaux;
- En 2019-2020, les préposés aux bénéficiaires représentaient 13,3 % de l'effectif ETC du réseau de la santé et des services sociaux;
- Le nombre de cadres a sensiblement diminué de 2015-2016 à 2019-2020, soit d'environ 11%.

**Figure 1 – Évolution du nombre de personnes en emploi\* et d'ETC dans le réseau de la santé et des services sociaux (salariés et cadres)**



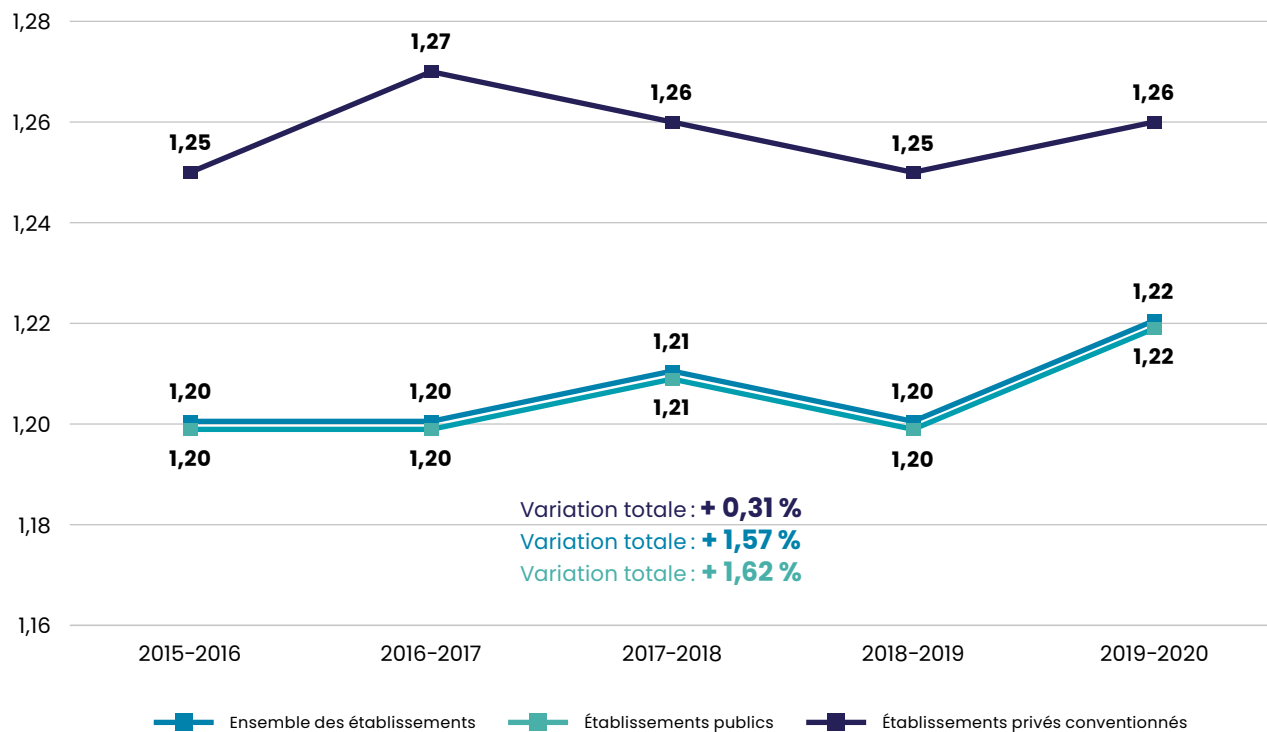
Source: Extraction des données du MSSS, Base de données périodiques sur les cadres et salariés du réseau (R22) et Base de données annuelles sur les cadres et salariés du réseau (R25).

\* Correspond au nombre de personnes dans le réseau au 31 mars de l'année concernée et ayant au moins une heure, rémunérée ou non, dans les six mois suivant la fin de l'année financière, pour les exercices antérieurs à 2018-2019 ou dans les trois mois suivant la fin de l'année financière 2018-2019 et les suivantes. Cela permet de ne pas comptabiliser les personnes qui n'ont pas de date de fin d'emploi dans le dossier au 31 mars, mais qui dans les faits ne sont plus à l'emploi du réseau. Les personnes occupant plus d'un emploi au 31 mars sont comptabilisées une seule fois, en leur assignant une priorité selon leur statut (d'abord temps complet régulier, puis temps partiel régulier et ensuite temps partiel occasionnel) et si elles ont un équivalent temps complet (ETC) ou non.

## CONSTATS :

- En 2019-2020, le réseau pouvait compter sur 290 826 individus pour offrir des soins et des services dans les établissements publics et privés conventionnés, toutes catégories d'emploi confondues. Il s'agit d'une augmentation de 9,32% par rapport à 2015-2016 (266 020 individus);
- Le nombre d'employés dans le réseau a augmenté plus rapidement que le nombre d'équivalents temps complet (ETC).

**Figure 2 – Évolution du ratio du nombre de personnes en emploi\* dans le réseau de la santé et des services sociaux par ETC (salariés et cadres)**



Source: Extraction des données du MSSS, Base de données périodiques sur les cadres et salariés du réseau (R22) et Base de données annuelles sur les cadres et salariés du réseau (R25).

\* Correspond au nombre de personnes dans le réseau au 31 mars de l'année concernée et ayant au moins une heure, rémunérée ou non, dans les six mois suivant la fin de l'année financière, pour les exercices antérieurs à 2018-2019 ou dans les trois mois suivant la fin de l'année financière 2018-2019 et les suivantes. Cela permet de ne pas comptabiliser les personnes qui n'ont pas de date de fin d'emploi dans le dossier au 31 mars, mais qui dans les faits ne sont plus à l'emploi du réseau. Les personnes occupant plus d'un emploi au 31 mars sont comptabilisées une seule fois, en leur assignant une priorité selon leur statut (d'abord temps complet régulier, puis temps partiel régulier et ensuite temps partiel occasionnel) et si elles ont un équivalent temps complet (ETC) ou non.

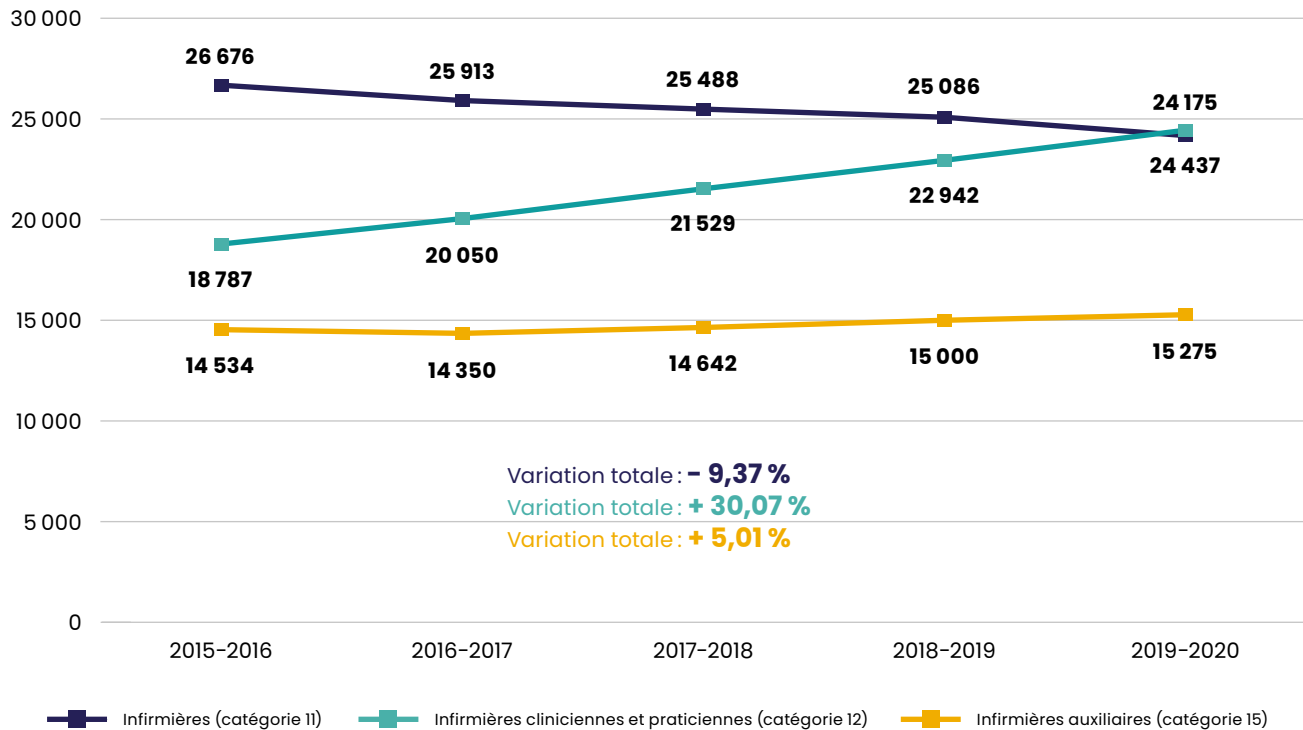
## CONSTATS :

- En 2019-2020, le ratio du nombre de personnes par rapport aux ETC pour l'ensemble du personnel était de 1,22, ce que signifie qu'il y avait 1,22 personne pour fournir la prestation d'équivalent temps complet d'un poste. Il s'agit d'une augmentation de 1,57% par rapport au ratio observé en 2015-2016, qui était de 1,2;
- Depuis 2015-2016, on constate que ce ratio est inférieur pour les établissements publics que pour les établissements privés conventionnés.



## 1.2 Nombre d'infirmières et d'aides-soignants

**Figure 3 – Évolution du nombre d'infirmières en équivalents temps complet (ETC)\* selon la catégorie d'emploi dans le réseau de la santé et des services sociaux**



Source: Extraction des données du MSSS, Base de données périodiques sur les cadres et salariés du réseau (R22).

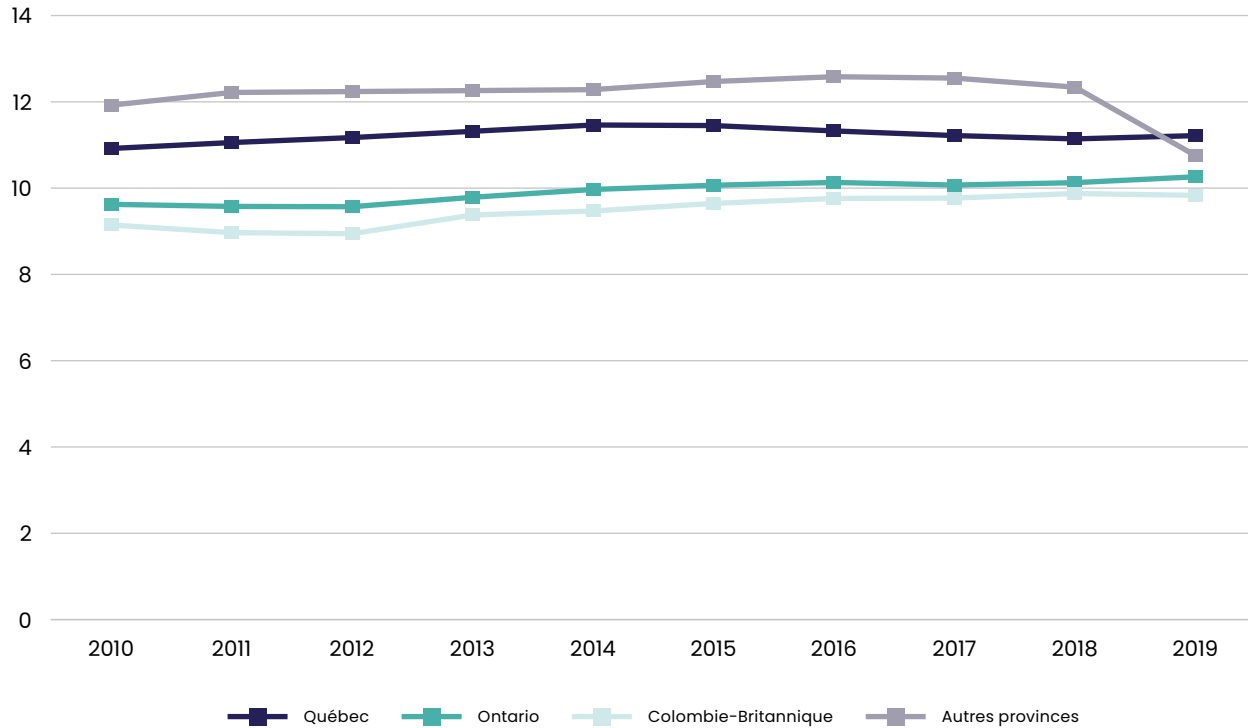
\* Exclut le personnel cadre.

### CONSTATS :

- Le nombre d'infirmières (catégorie 11) a progressivement diminué de 2015 à 2020;
- Le nombre d'infirmières auxiliaires a légèrement augmenté au cours des années;
- Le nombre d'infirmières cliniciennes et praticiennes a progressivement augmenté de 2015 à 2020.

## 1.2.1 Comparaisons avec les autres provinces

**Figure 4 – Évolution du nombre total d’infirmières (toutes catégories confondues) en emploi\* par 1 000 habitants selon la province, 2010 à 2019, Canada**



Source: Extraction des données de l'ICIS (2019), Le personnel infirmier au Canada, 2019: tableaux de données.

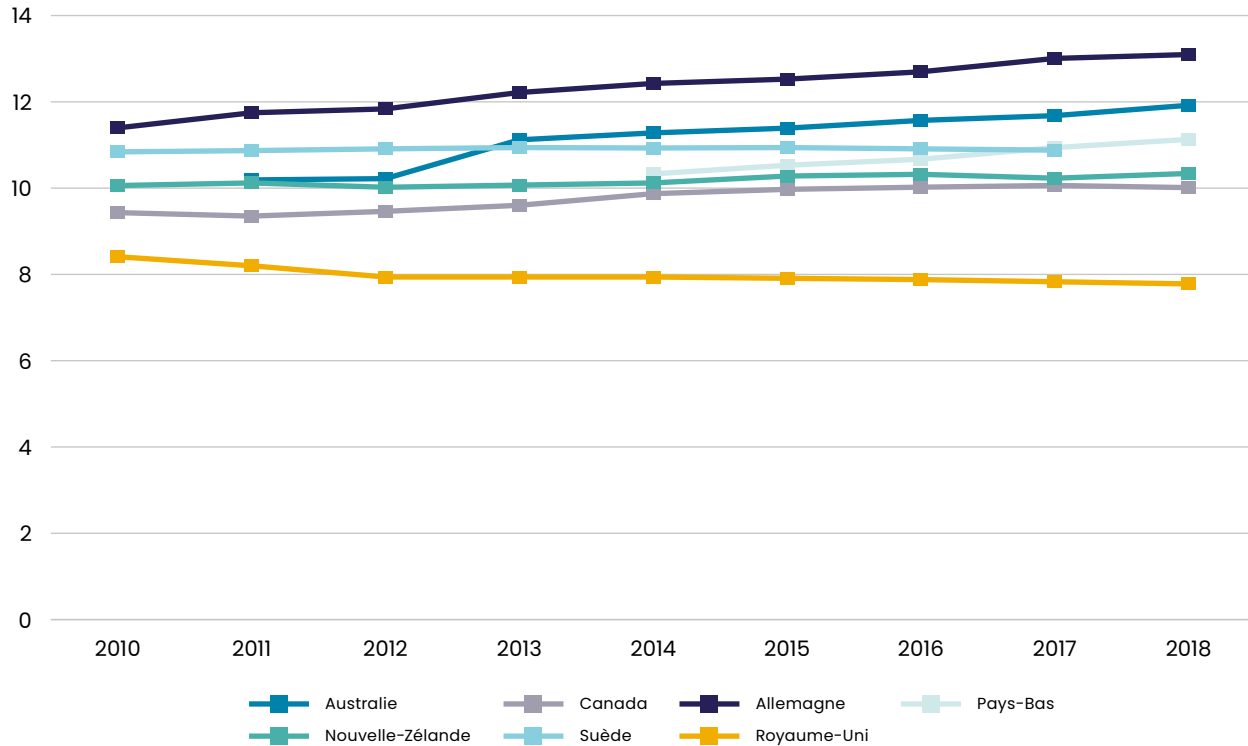
\* Les données présentées portent sur la main-d'œuvre qui, selon l'ICIS, désigne les membres occupant un emploi dans la profession au moment de l'inscription annuelle, y compris ceux en congé qui se sont inscrits et ont obtenu un permis d'exercice actif. Elle exclut les membres du personnel infirmier réglementé qui ne travaillent pas en soins infirmiers.

### CONSTAT :

- En 2019, le Québec a légèrement plus d'effectif infirmier par 1 000 habitants que l'Ontario, la Colombie-Britannique et les autres provinces regroupées.

## 1.2.2 Comparaisons avec les autres pays de l'OCDE

**Figure 5 – Évolution du nombre total d'infirmières (toutes catégories confondues) en exercice par 1 000 habitants selon le pays de l'OCDE**

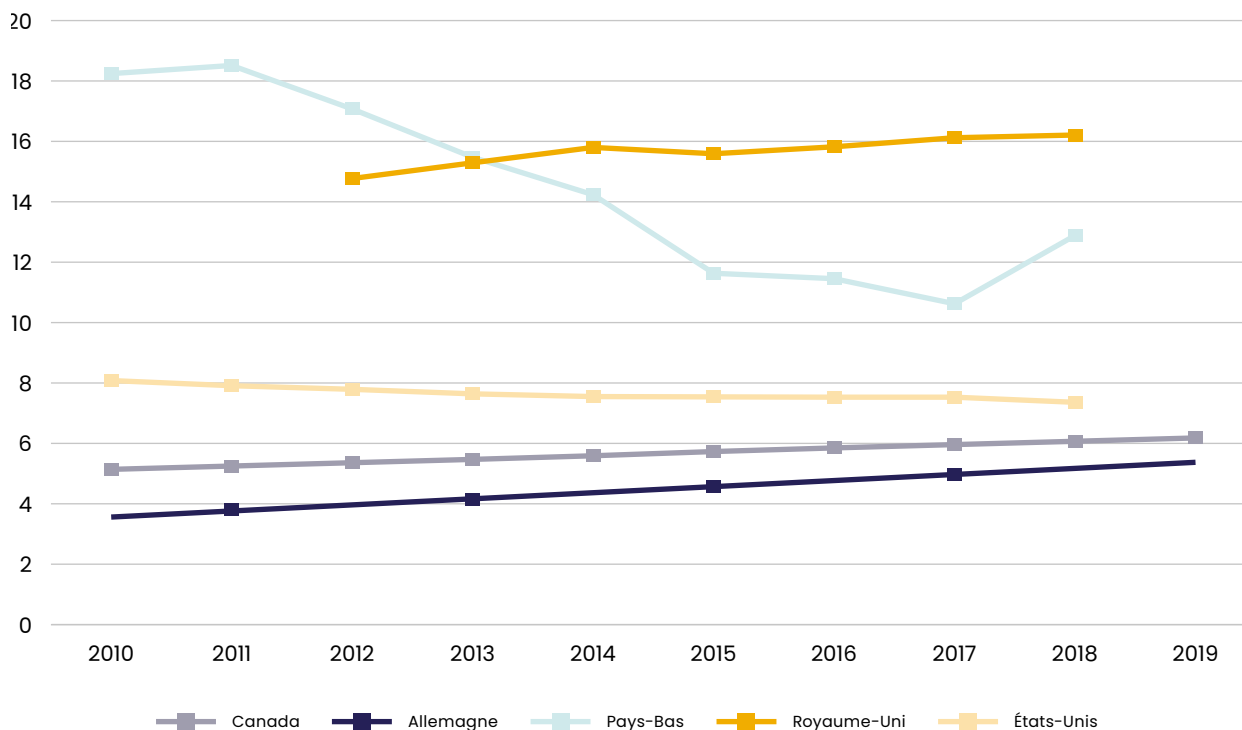


Source: Extraction des données de l'OCDE (2020), OECD.Stat.

### CONSTAT :

- Le Canada, et par conséquent le Québec, ne se démarque pas outre mesure des autres pays de l'OCDE étudiés quant au nombre d'infirmières en exercice par 1 000 habitants.

**Figure 6 – Évolution du nombre d'aides-soignants en emploi par 1 000 habitants selon le pays de l'OCDE et l'année**



Source: Extrait des données de l'OCDE (2020), OECD.Stat.

### CONSTAT :

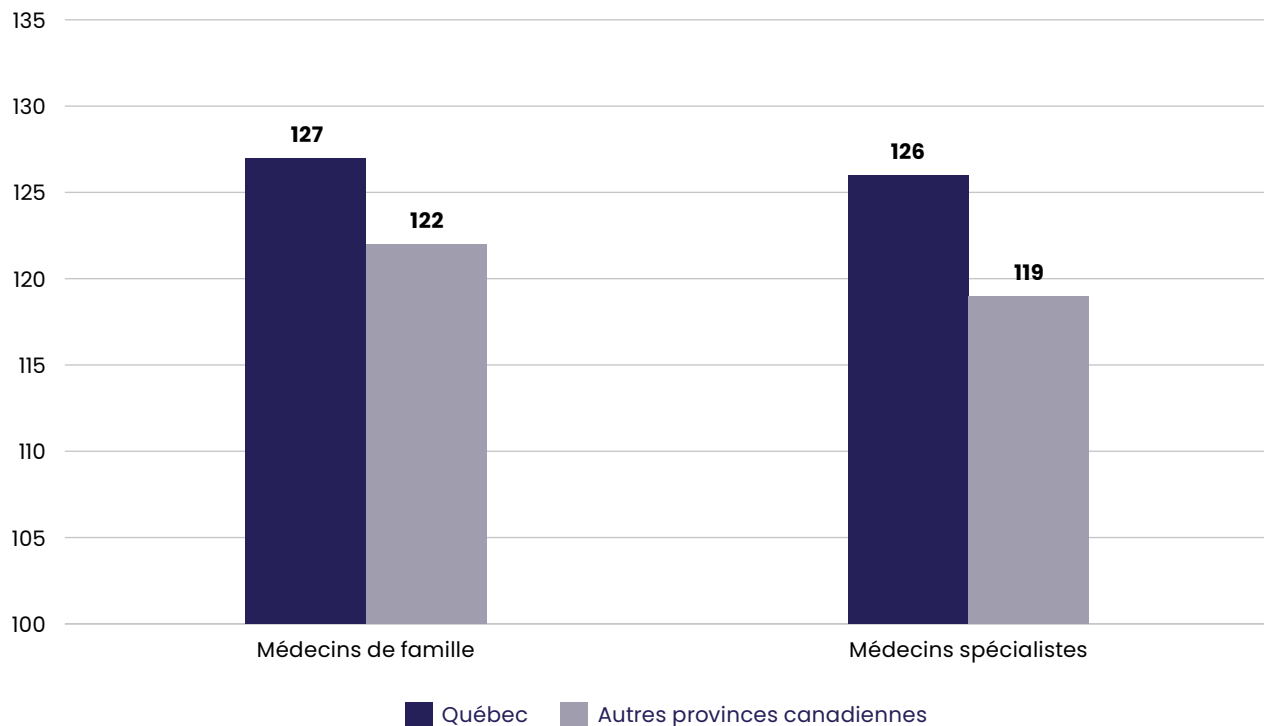
- Depuis 2010, le Canada, et par conséquent le Québec, possède moins d'aides-soignants en exercice par 1 000 habitants que les Pays-Bas, le Royaume-Uni et les États-Unis, mais davantage que l'Allemagne.

## 1.3 Effectif médical

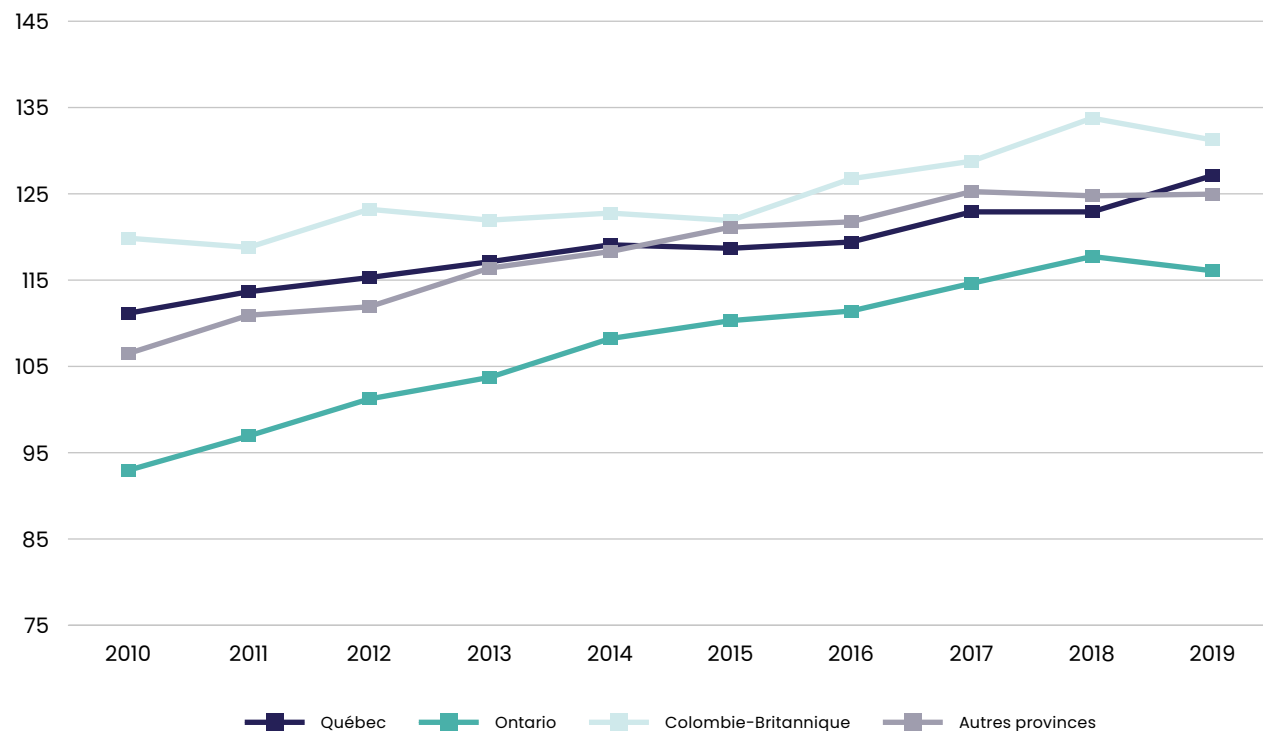
### 1.3.1 Comparaisons avec les autres provinces

Les prochaines figures présentent le nombre par 100 000 habitants de médecins de famille, de médecins spécialistes et de certaines spécialités de médecine particulièrement consultées par les personnes âgées.

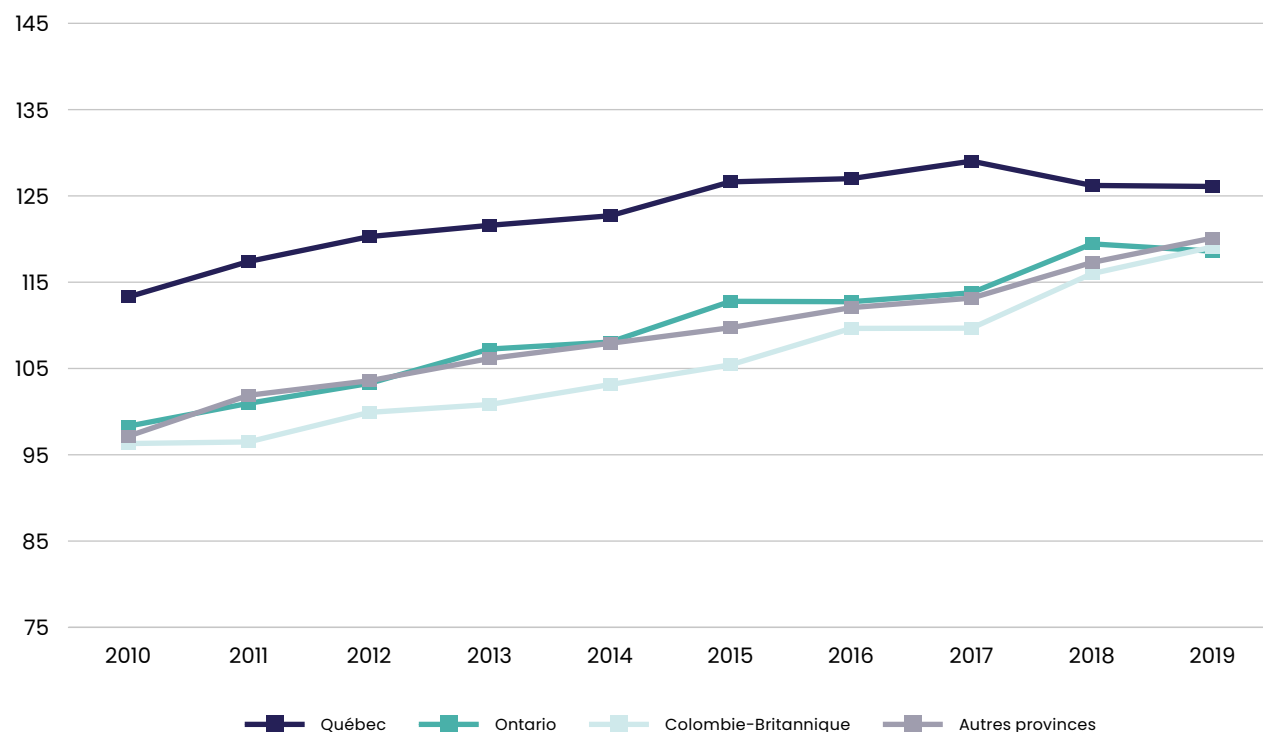
**Figure 7 – Nombre de médecins de famille et de médecins spécialistes par 100 000 habitants au Québec et dans le reste du Canada, 2019**



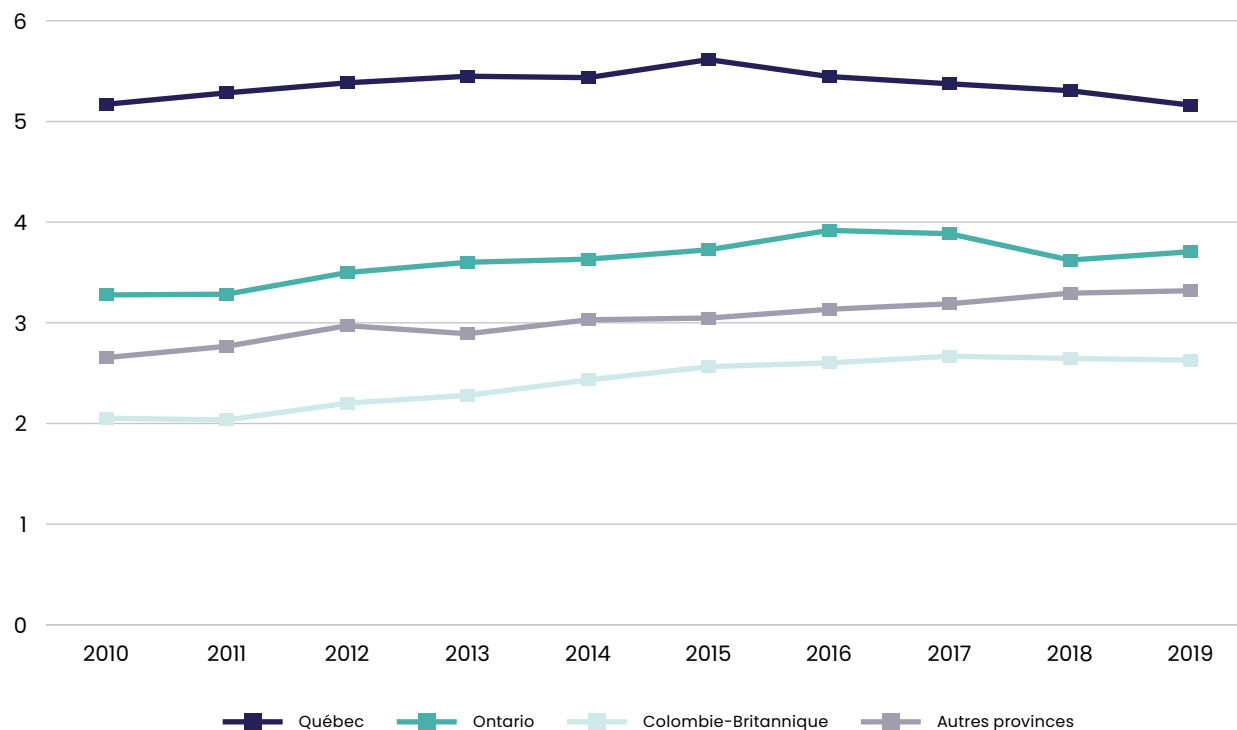
Source: Extraction des données de l'ICIS (2020), Nombre, répartition et migration des médecins au Canada, 2019: données historiques.

**Figure 8 – Évolution du nombre de médecins de famille par 100 000 habitants selon la province**

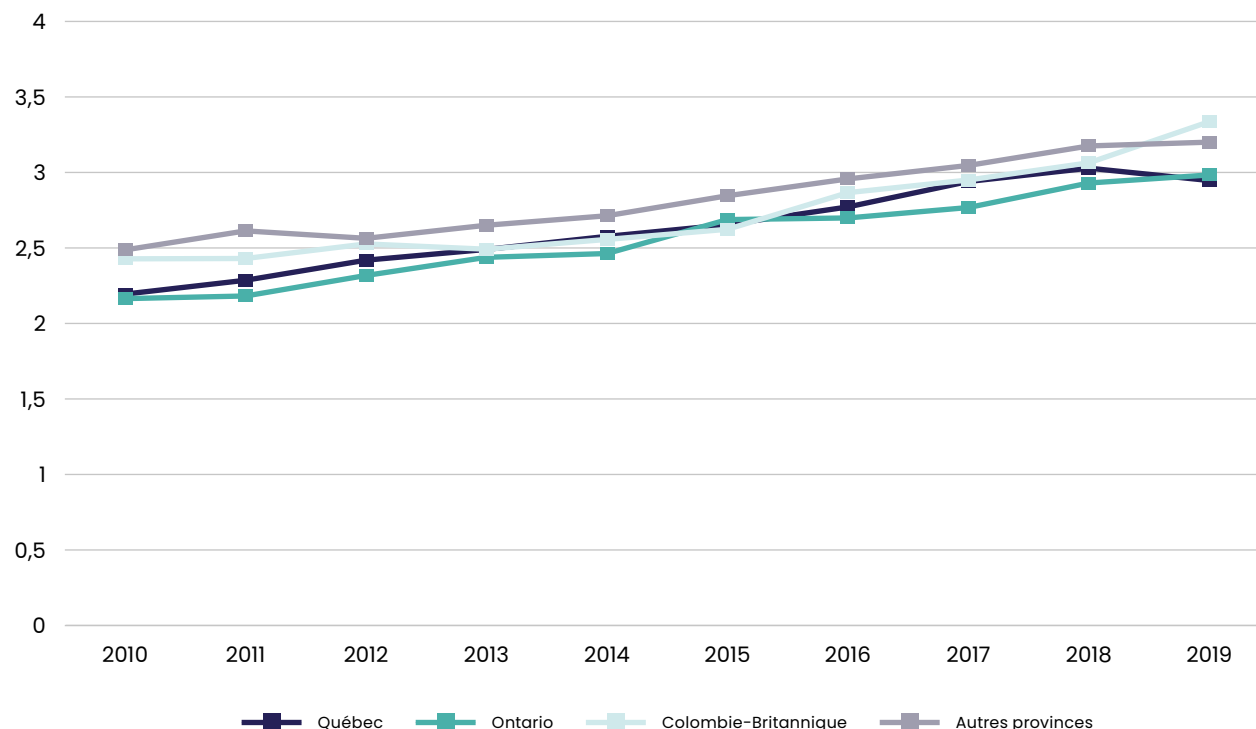
Source: Extraction des données de l'ICIS (2020), Nombre, répartition et migration des médecins au Canada, 2019: données historiques.

**Figure 9 – Évolution du nombre de médecins spécialistes par 100 000 habitants selon la province**

Source: Extraction des données de l'ICIS (2020), Nombre, répartition et migration des médecins au Canada, 2019: données historiques.

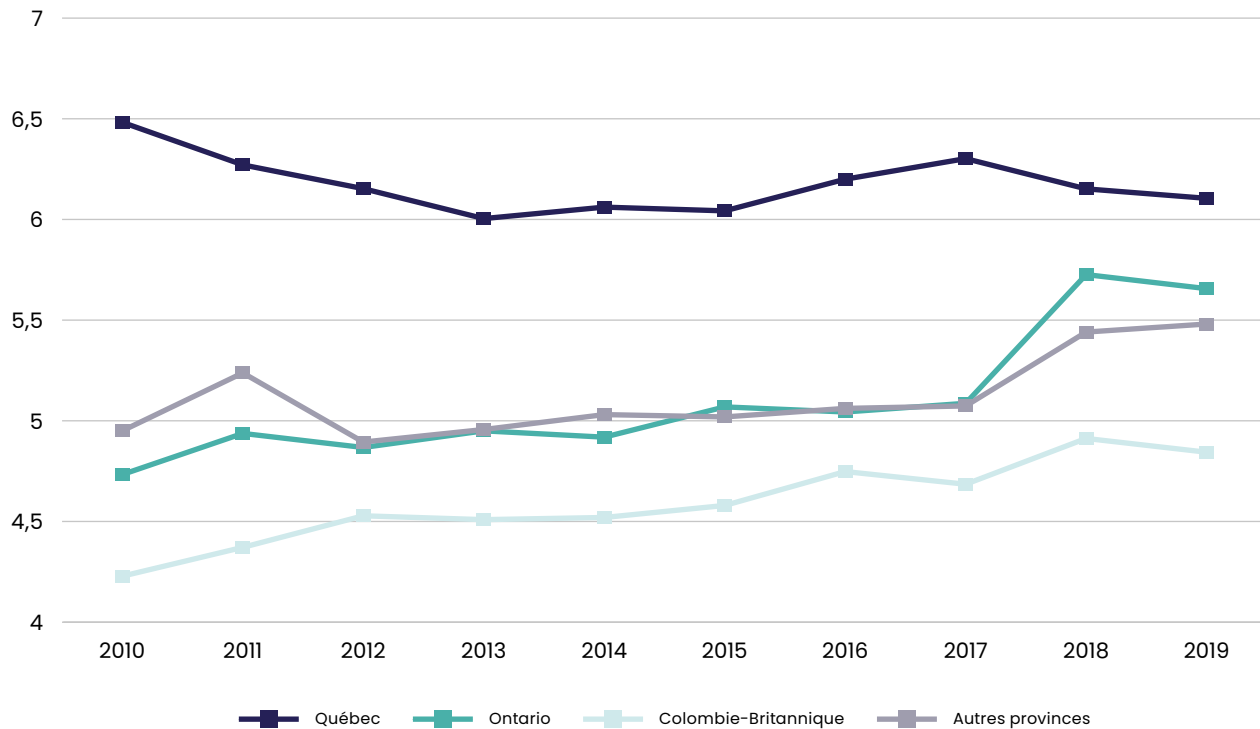
**Figure 10 – Évolution du nombre de cardiologues par 100 000 habitants selon la province**

Source: Extraction des données de l'ICIS (2020), Nombre, répartition et migration des médecins au Canada, 2019: données historiques.

**Figure 11 – Évolution du nombre de neurologues par 100 000 habitants selon la province**

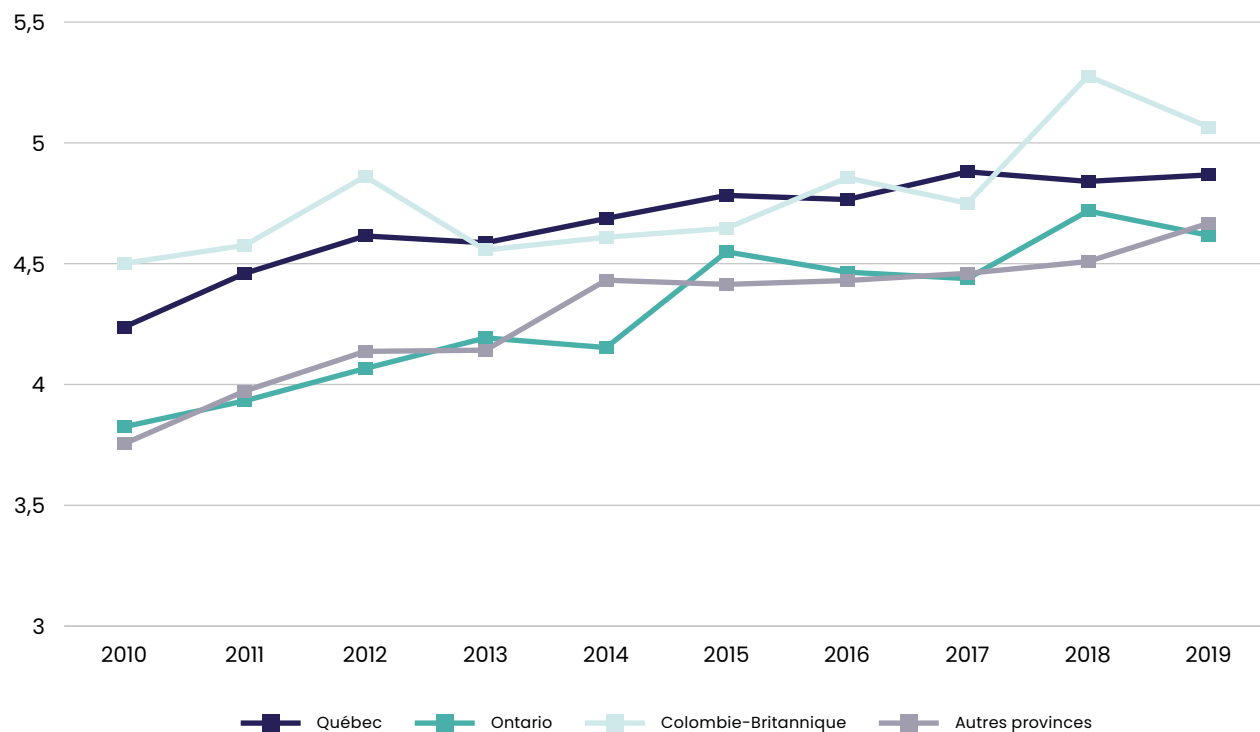
Source: Extraction des données de l'ICIS (2020), Nombre, répartition et migration des médecins au Canada, 2019: données historiques.

**Figure 12 – Évolution du nombre de médecins spécialistes en chirurgie générale par 100 000 habitants selon la province**



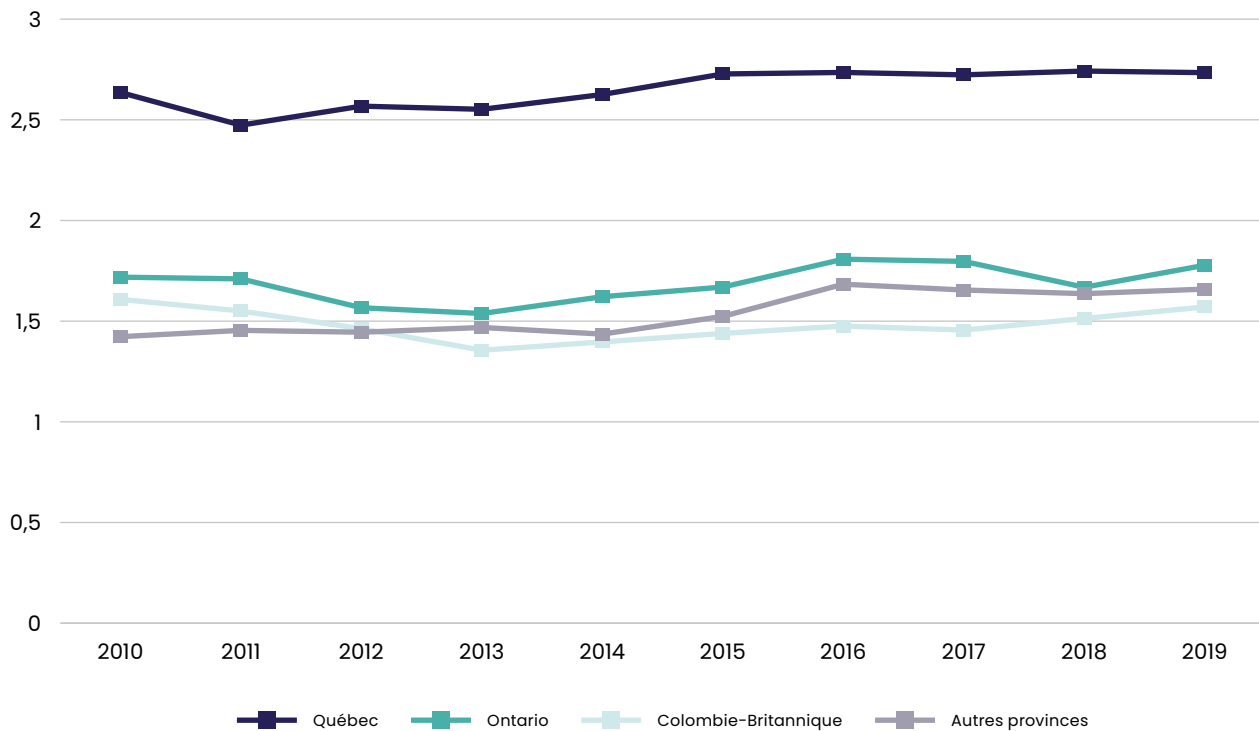
Source: Extraction des données de l'ICIS (2020), Nombre, répartition et migration des médecins au Canada, 2019: données historiques.

**Figure 13 – Évolution du nombre de médecins spécialistes en chirurgie orthopédique par 100 000 habitants selon la province**

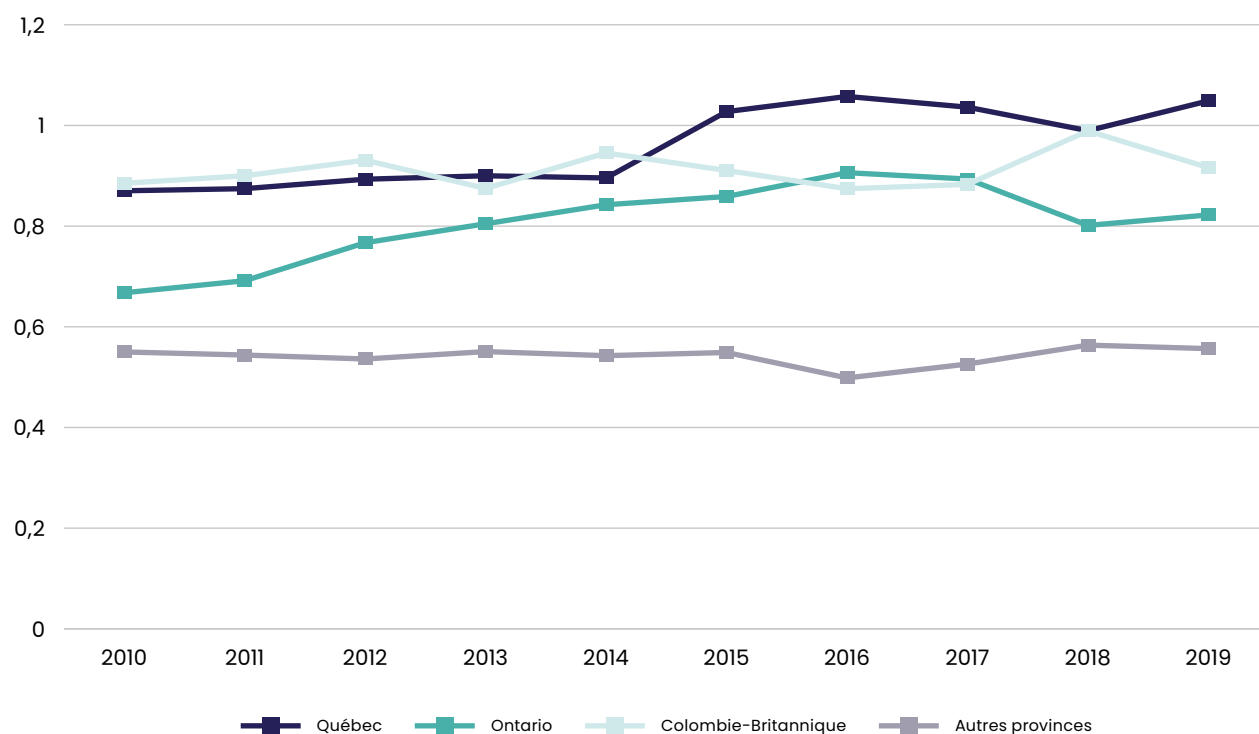


Source: Extraction des données de l'ICIS (2020), Nombre, répartition et migration des médecins au Canada, 2019: données historiques.



**Figure 14 – Évolution du nombre de pneumologues par 100 000 habitants selon la province**

Source: Extraction des données de l'ICIS (2020), Nombre, répartition et migration des médecins au Canada, 2019: données historiques.

**Figure 15 – Évolution du nombre de gériatres par 100 000 habitants selon la province**

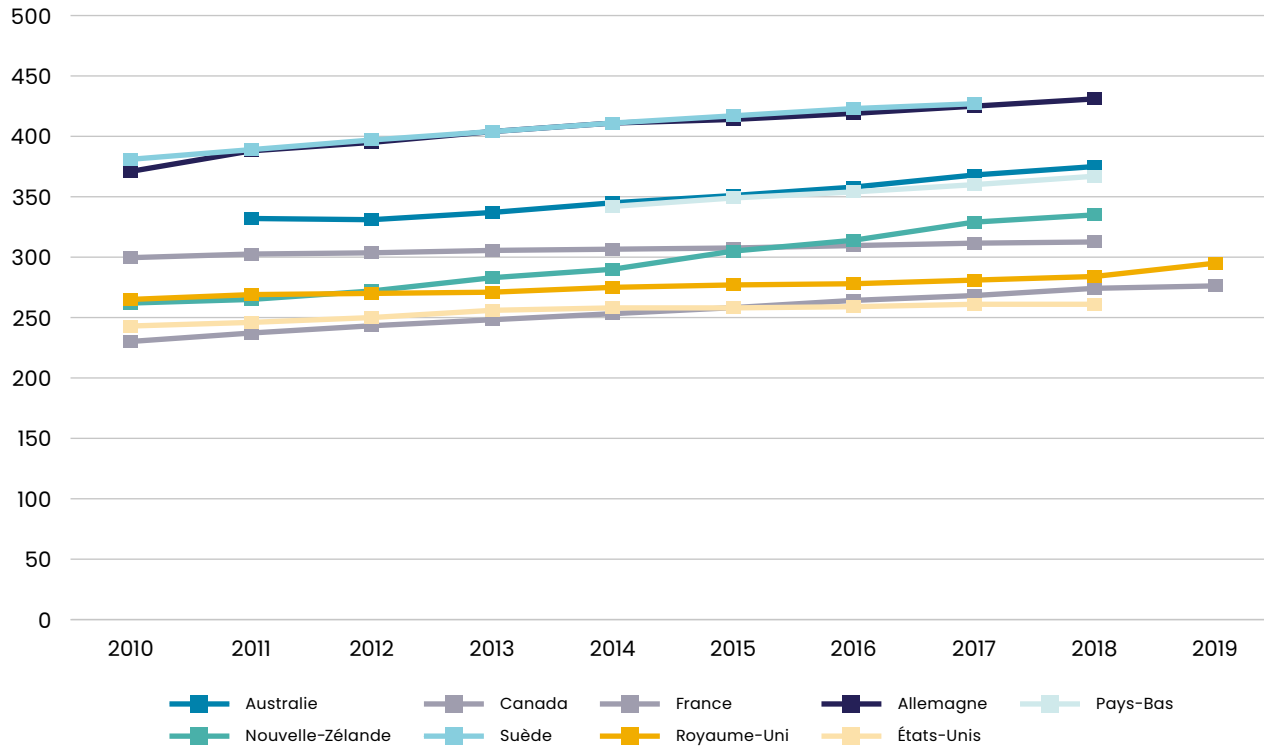
Source: Extraction des données de l'ICIS (2020), Nombre, répartition et migration des médecins au Canada, 2019: données historiques.

## CONSTATS :

- En 2019, le Québec a plus de **médecins de famille** par 100 000 habitants que l'Ontario et les autres provinces canadiennes regroupées, mais moins que la Colombie-Britannique;
- Depuis 2010, le Québec est la province ayant le plus de **médecins spécialistes** par 100 000 habitants, comparativement à l'Ontario, à la Colombie-Britannique et aux autres provinces regroupées;
- En 2019, le Québec est la province ayant le plus de **gériatres** par 100 000 habitants, comparativement à l'Ontario, à la Colombie-Britannique et aux autres provinces regroupées;
- En 2019, le Québec et l'Ontario ont sensiblement le même nombre de **neurologues** par 100 000 habitants, mais ils en ont moins que la Colombie-Britannique et les autres provinces regroupées;
- En 2019, le Québec a moins de médecins spécialistes en **chirurgie orthopédique** par 100 000 habitants que la Colombie-Britannique, mais plus que l'Ontario et les autres provinces regroupées;
- De 2010 à 2019, le Québec est la province ayant le plus de médecins spécialistes en **pneumologie**, en **cardiologie** et en **chirurgie générale**, par 100 000 habitants, comparativement à l'Ontario, à la Colombie-Britannique et aux autres provinces regroupées.

### 1.3.2 Comparaisons avec les autres pays de l'OCDE

**Figure 16 – Évolution du nombre de médecins en exercice par 100 000 habitants selon le pays de l'OCDE**



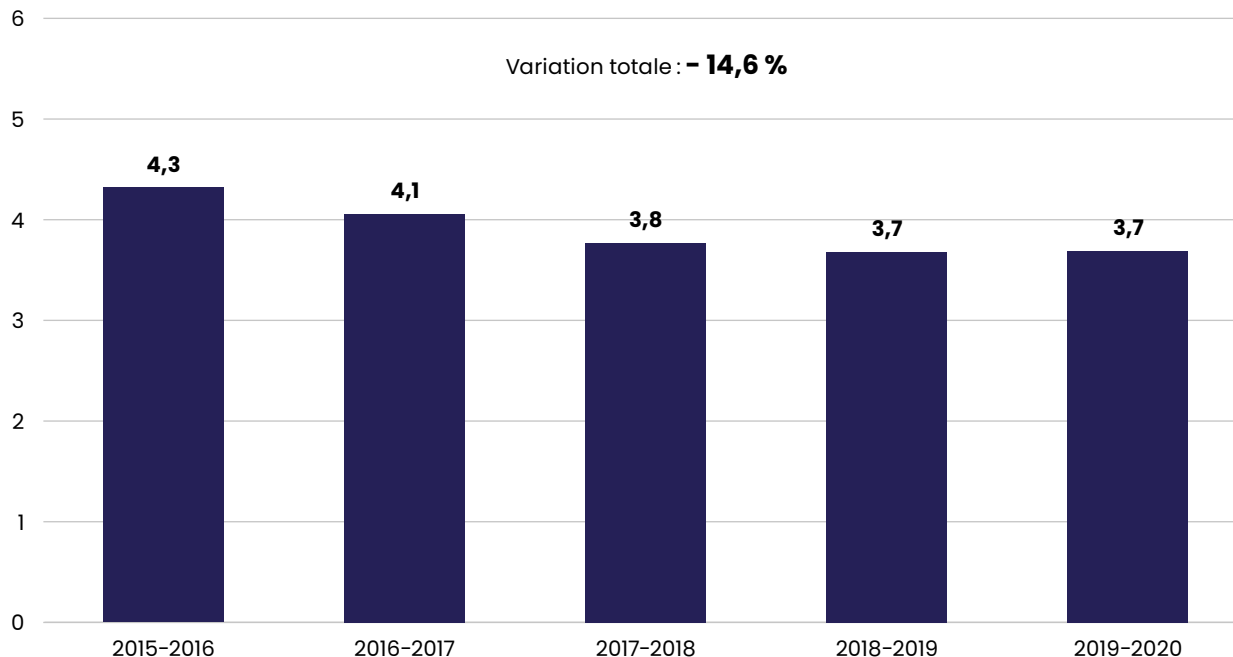
Source: Extraction des données de l'OCDE (2020), OECD.Stat.

#### CONSTATS :

- Le Canada, et par conséquent le Québec, est parmi les pays ayant le moins de médecins par 100 000 habitants dans les pays de l'OCDE étudiés;
- Dans tous les pays, l'effectif est cependant en croissance depuis 2010.

## 1.4 Encadrement du personnel

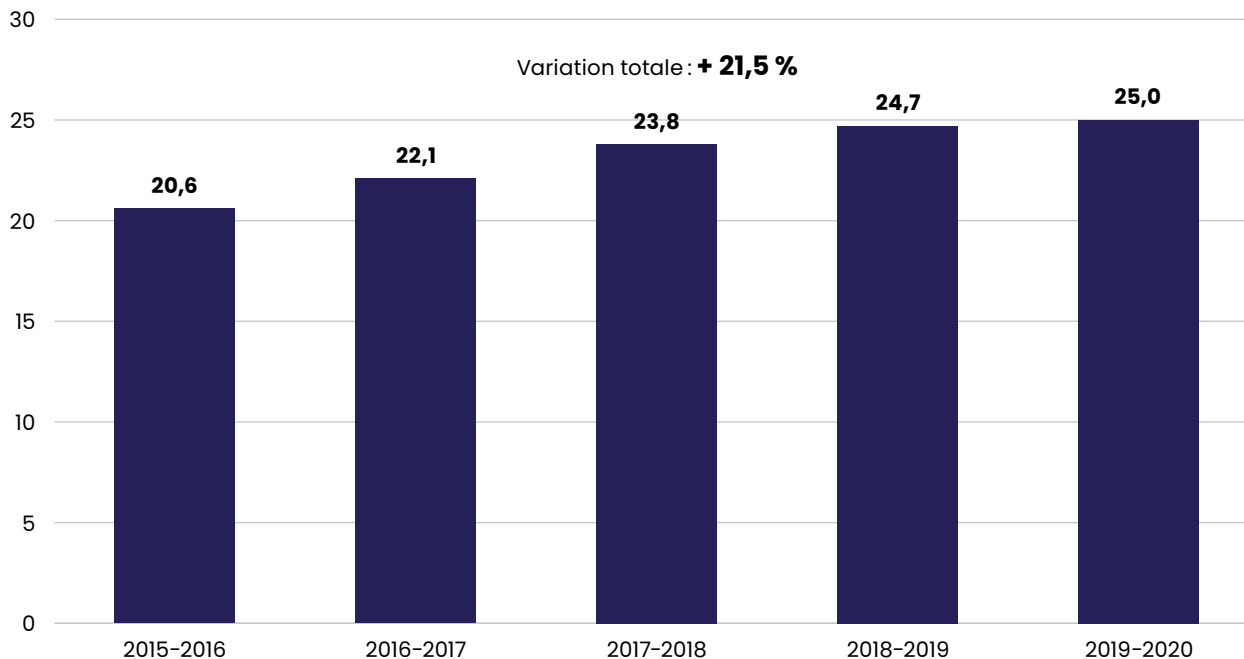
**Figure 17 – Pourcentage (%) des heures totales travaillées\* par du personnel cadre dans le réseau des établissements de la santé et des services sociaux**



Source: Extraction des données du MSSS, Base de données périodiques sur les cadres et salariés du réseau (R22).

\* Les heures totales travaillées ne comprennent pas celles de la main-d'œuvre indépendante (MOI).

**Figure 18 – Évolution du ratio d'encadrement\* dans le réseau de la santé et des services sociaux**



Source: Extraction des données du MSSS, Base de données périodiques sur les cadres et salariés du réseau (R22).

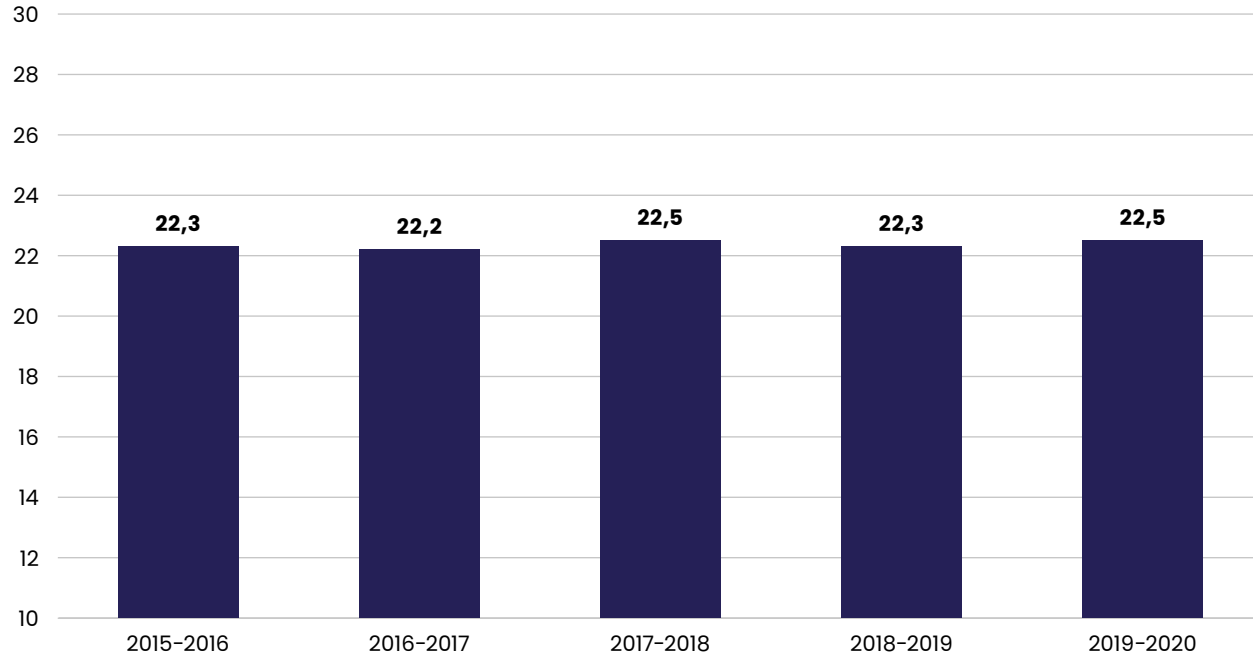
\* Le ratio d'encadrement correspond au ratio entre le nombre d'ETC de personnes salariées et le nombre d'ETC de personnes cadres.

**CONSTATS :**

- On observe que depuis 2015-2016 le pourcentage d'heures travaillées par le personnel cadre par rapport aux heures travaillées totales (y compris celles des cadres) a diminué de 14,6%. Ainsi, ce pourcentage qui était de 4,3% en 2015-2016 était plutôt de 3,7% en 2019-2020;
- En 2019-2020, le ratio du nombre de salariés sur le nombre de cadres était globalement de 25%, alors qu'il était de 20,6% en 2015-2016, soit une augmentation de 21,5%. Ainsi, chaque cadre supervise de plus en plus de personnel, en moyenne.

## 1.5 Absentéisme

**Figure 19 – Évolution du taux d'absence global\* dans le réseau de la santé et des services sociaux**



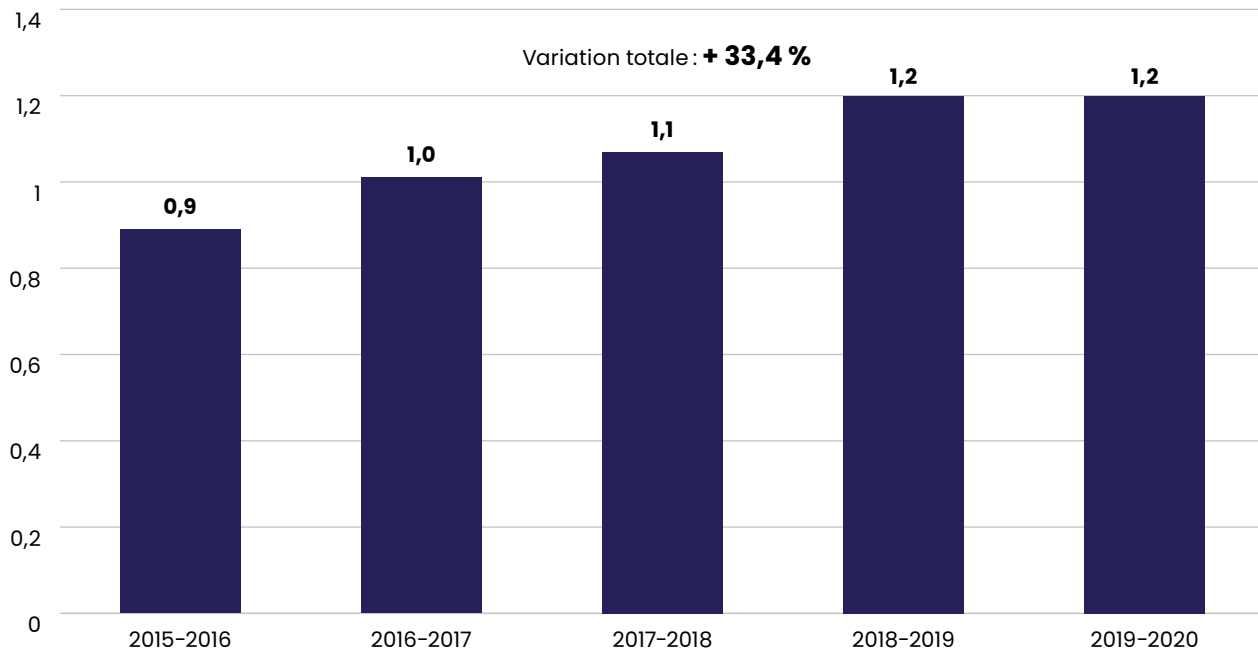
Source: Extraction des données du MSSS, Base de données périodiques sur les cadres et salariés du réseau (R22).

\* Le taux d'absence est calculé chez les cadres et salariés à partir des heures d'absence, qui incluent les vacances, les congés fériés et mobiles, les congés de maladie utilisés, les congés d'heures supplémentaires compensées, les activités syndicales, les autres congés avec solde, les congés mobiles de psychiatrie, les congés pour décès, la préretraite, les délais de carence, les congés parentaux avec solde et sans solde, les congés de maternité, les congés de paternité, les congés d'adoption, les retraits préventifs, les retraits préventifs d'absence, l'assurance salaire avec et sans solde, les absences CNESST, les visites médicales CNESST et les premiers jours CNESST, ainsi que tous les congés sans solde, avec ou sans marge de manœuvre, et les traitements différés.

### CONSTAT :

- Le taux des heures d'absence sur le total des heures rémunérées est stable de 2015-2016 (22,3%) à 2019-2020 (22,5%) pour l'ensemble du réseau.

**Figure 20 – Évolution du taux d'absence pour motif de CNESST\* dans le réseau de la santé et des services sociaux**



Source: Extraction des données du MSSS, Base de données périodiques sur les cadres et salariés du réseau (R22).

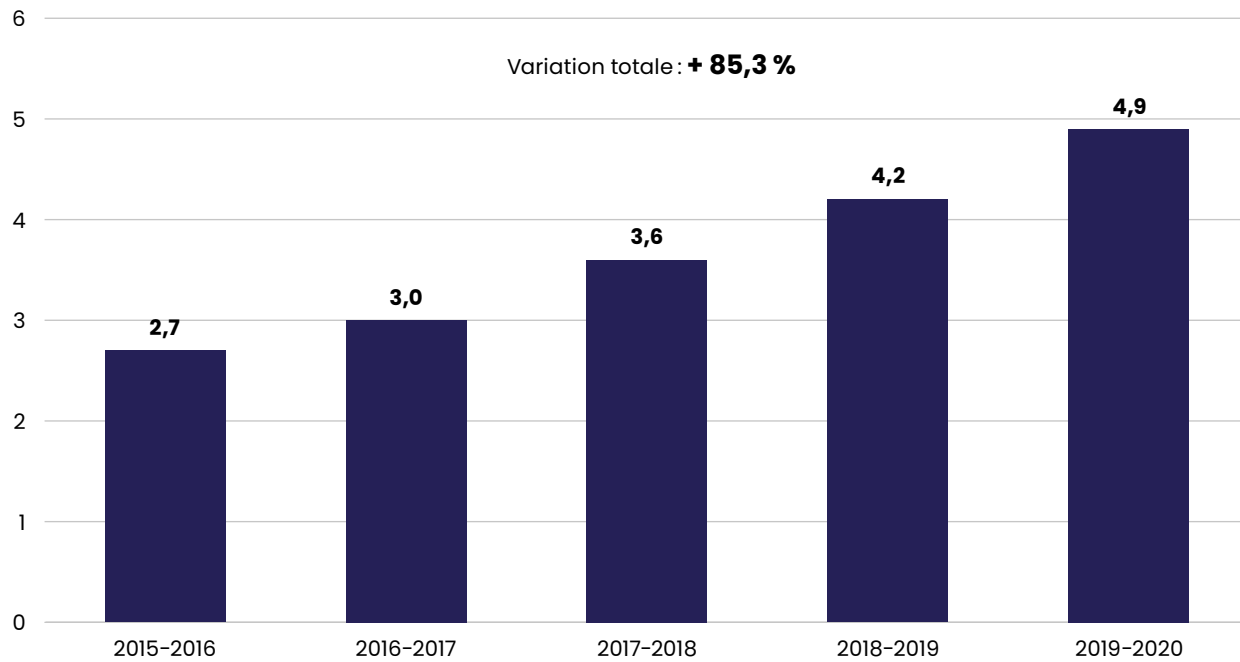
\* Le taux d'absentéisme est calculé chez les cadres et salariés à partir des heures CNESST, lesquelles sont les heures d'absence couvertes, soit les visites médicales et les premiers jours.

### CONSTATS :

- Dans l'ensemble des établissements du réseau, la proportion d'heures rémunérées liées à des absences pour des accidents du travail ou des maladies professionnelles couvertes par la CNESST a augmenté de 33,4 % de 2015-2016 (0,9 %) à 2019-2020 (1,2 %);
- En absolu, cela représente 3 846 307 heures CNESST en 2015-2016 et 5 633 591 heures CNESST en 2019-2020.

## 1.6 Heures supplémentaires

**Figure 21 – Évolution du pourcentage (%) des heures totales travaillées\* en heures supplémentaires dans l'ensemble du réseau de la santé et des services sociaux**



Source: Extraction des données du MSSS, Rapports financiers annuels des établissements (AS-471, Rapports 2015-2016 à 2019-2020).

\* Les heures totales travaillées comprennent celles en heures régulières et supplémentaires, mais excluent celles travaillées par de la MOI et par le personnel cadre.

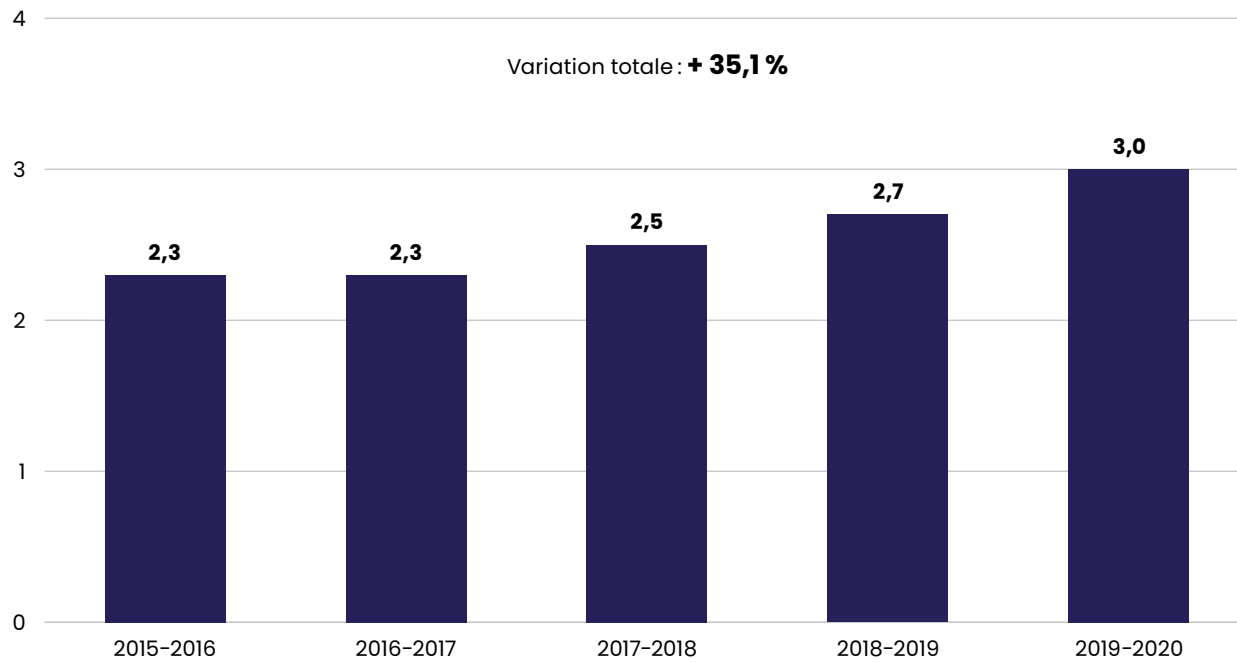
### CONSTAT :

- Le pourcentage en heures supplémentaires dans l'ensemble du réseau de la santé et des services sociaux a augmenté de 85,3%, passant de 2,7% à 4,9% de 2015-2016 à 2019-2020.



## 1.7 Main-d'œuvre indépendante

**Figure 22 – Évolution du pourcentage (%) des heures totales travaillées\* par de la main-d'œuvre indépendante (MOI) dans le réseau de la santé et des services sociaux**



Source: Extraction des données du MSSS, Rapports financiers annuels des établissements (AS-471, Rapports 2015-2016 à 2019-2020).

\* Les heures totales travaillées comprennent celles travaillées en heures régulières, supplémentaires et par de la MOI, mais excluent celles travaillées par le personnel cadre.

### CONSTATS :

- Pour l'ensemble du réseau de la santé et des services sociaux, les heures travaillées en MOI représentent 3% des heures travaillées totales en 2019-2020, alors que cette proportion était de 2,3% en 2015-2016, soit une augmentation de 35,1%;
- En absolu, cela représente 7 118 644 heures travaillées par de la MOI en 2015-2016 dans l'ensemble du réseau et 10 587 323 heures en 2019-2020.

## 2. SOINS ET SERVICES CONSACRÉS AUX PERSONNES ÂGÉES

### 2.1 En soins de longue durée

#### 2.1.1 Nombre d'infirmières et de préposés aux bénéficiaires

**Tableau 2 – Nombre d'infirmières total (infirmières, infirmières auxiliaires, infirmières praticiennes) et de préposés aux bénéficiaires (PAB) en CHSLD\* en ETC**

| Catégorie d'emploi                   | ETC       |           | Variation (%) |
|--------------------------------------|-----------|-----------|---------------|
|                                      | 2015-2016 | 2019-2020 |               |
| Personnel infirmier (CA 6060)        | 9 354     | 9 920     | 6,0           |
| Préposés aux bénéficiaires (CA 6160) | 18 149    | 18 920    | 4,2           |

Source: Extraction des données du MSSS, Base de données périodiques sur les cadres et salariés du réseau (R22).

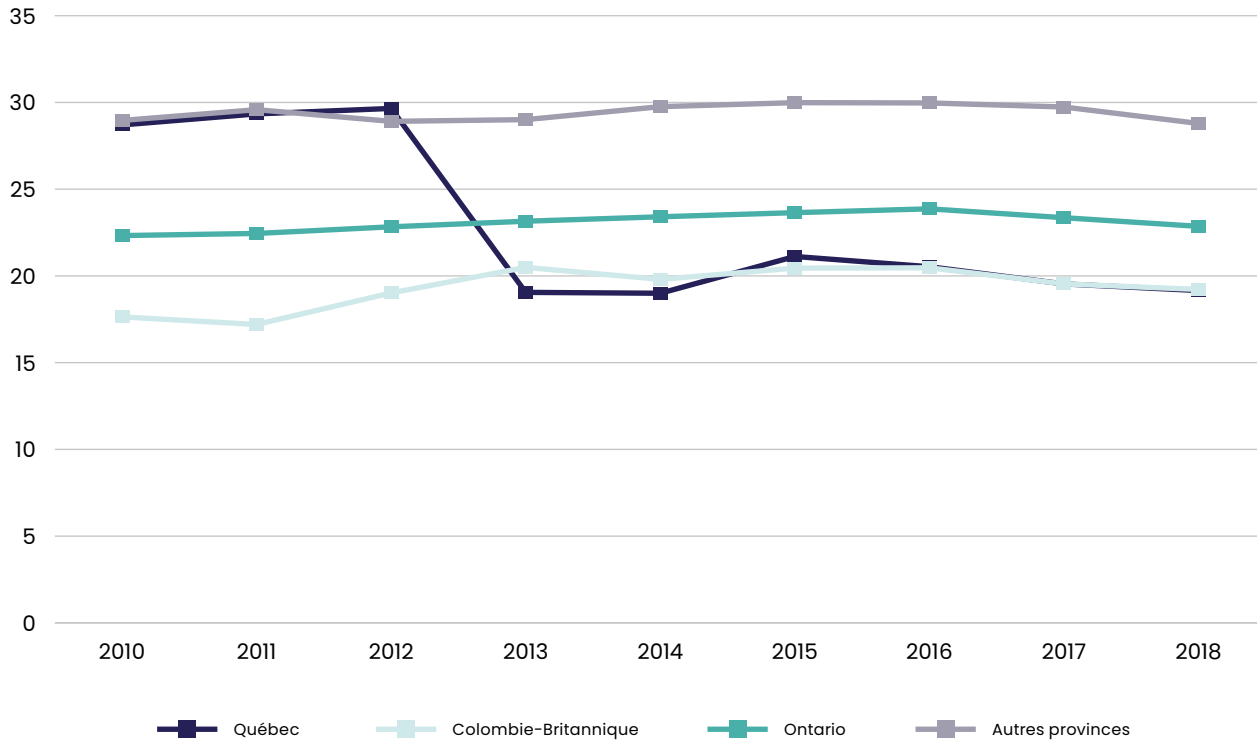
\* Exclut le personnel cadre.

#### CONSTATS:

- En 2019-2020, le nombre d'infirmières en ETC travaillant en CHSLD représente 15,5 % du personnel infirmier de l'ensemble du réseau de la santé et des services sociaux;
- Les ETC infirmiers en CHSLD ont augmenté au cours des quatre dernières années;
- Les ETC PAB en CHSLD ont aussi augmenté; par contre, cette augmentation a été moins accentuée que celle des infirmières.

## 2.1.2 Comparaisons avec les autres provinces

**Figure 23 – Évolution du nombre d’infirmières en emploi\* en soins de longue durée par 1 000 habitants âgés de 75 ans et plus selon la province**



Source: Extraction des données de l'ICIS (2019), Le personnel infirmier au Canada, 2019: tableaux de données.

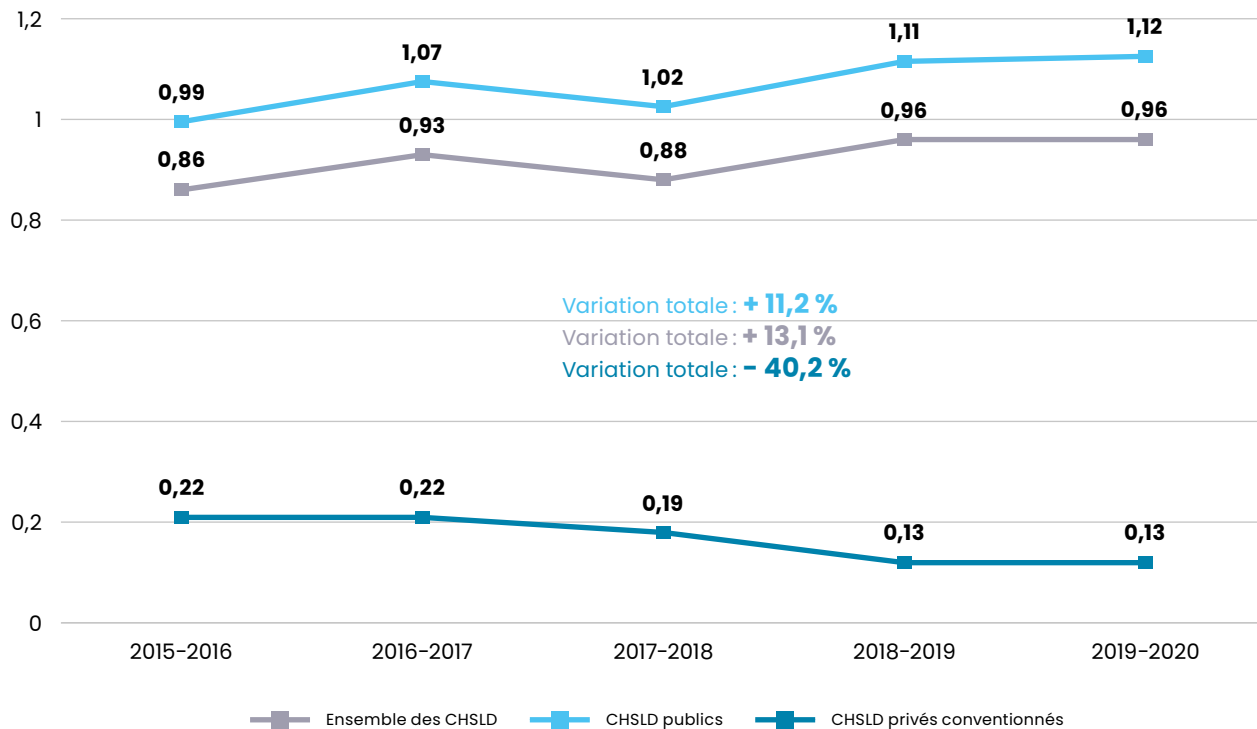
\* Les données présentées sont celles sur la main-d'œuvre qui, selon l'ICIS, désigne les membres inscrits occupant un emploi dans la profession au moment de l'inscription annuelle, y compris ceux en congé qui se sont inscrits et ont obtenu un permis d'exercice actif. Elle exclut les membres du personnel infirmier réglementé qui ne travaillent pas en soins infirmiers.

### CONSTATS:

- Le nombre d'infirmières en soins de longue durée par 1 000 habitants âgés de 75 ans et plus a diminué au Québec en 2013 pour se situer par la suite parmi les moins élevés au Canada;
- De 2010 à 2018, le Québec est la province ayant enregistré la plus forte diminution de son effectif infirmier en soins de longue durée.

### 2.1.3 Encadrement du personnel

**Figure 24 – Évolution du pourcentage (%) des heures totales travaillées\* par du personnel cadre dans le programme SAPA en CHSLD (publics et privés conventionnés) pour les soins infirmiers et les soins d'assistance (CA 6060 et 6160)**



Source: Extraction des données du MSSS, Base de données périodiques sur les cadres et salariés du réseau (R22).

\* Dans la base R22, les heures totales travaillées ne comprennent pas les heures travaillées par de la MOI.

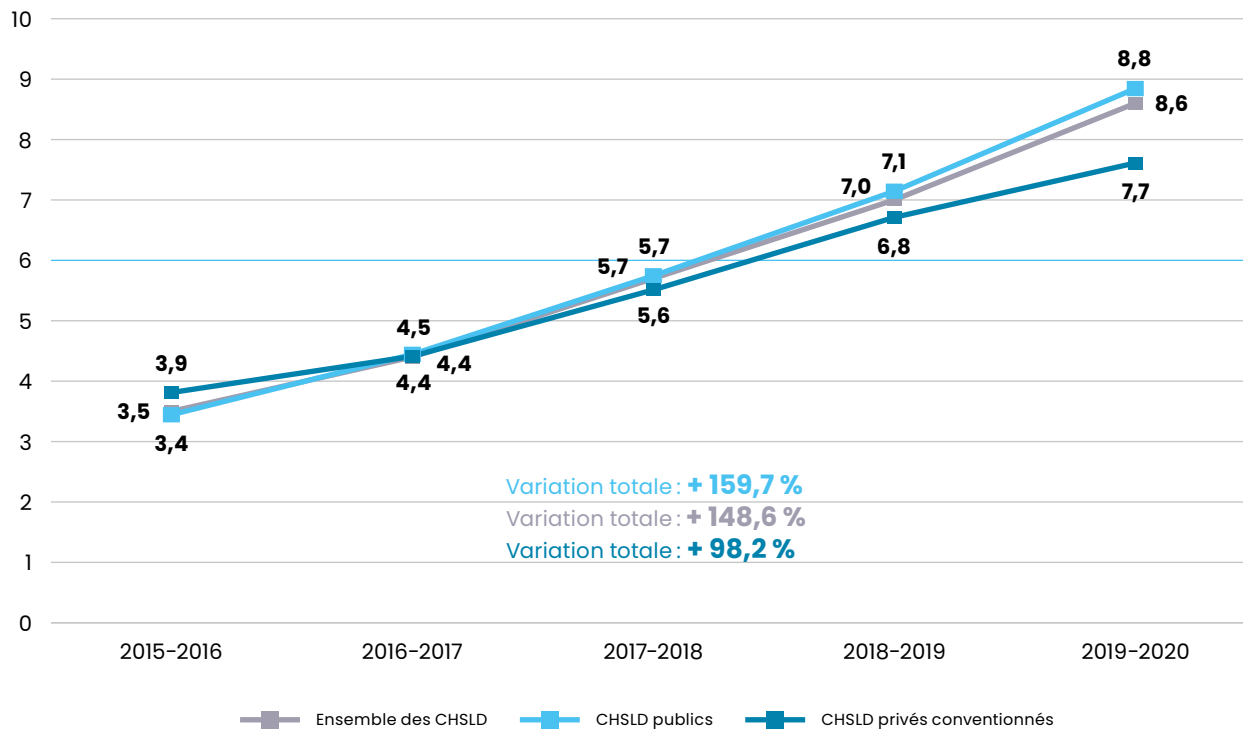
#### CONSTATS:

- Depuis 2015-2016, le pourcentage des heures totales travaillées par du personnel cadre dans le programme SAPA en CHSLD publics et privés conventionnés dans les centres d'activités correspondant aux soins infirmiers et aux soins d'assistance est demeuré autour de 1%<sup>2</sup>;
- Ce résultat revient à dire qu'en CHSLD, pour 100 heures travaillées, une heure est travaillée par du personnel cadre de premier niveau.

2 Mentionnons que ce pourcentage ne doit pas être interprété comme un taux d'encadrement en CHSLD à proprement dit, puisque certains cadres peuvent se trouver dans des centres d'activités transversaux. Il concerne les cadres de premier niveau, et non ceux des niveaux supérieurs.

## 2.1.4 Heures supplémentaires

**Figure 25 – Évolution du pourcentage (%) des heures totales travaillées\* en heures supplémentaires dans le programme SAPA en CHSLD (publics et privés conventionnés) pour les soins infirmiers et les soins d'assistance (CA 6060 et 6160)**



Source: Extraction des données du MSSS, Rapports financiers annuels des établissements (AS-471, Rapports 2015-2016 à 2019-2020).

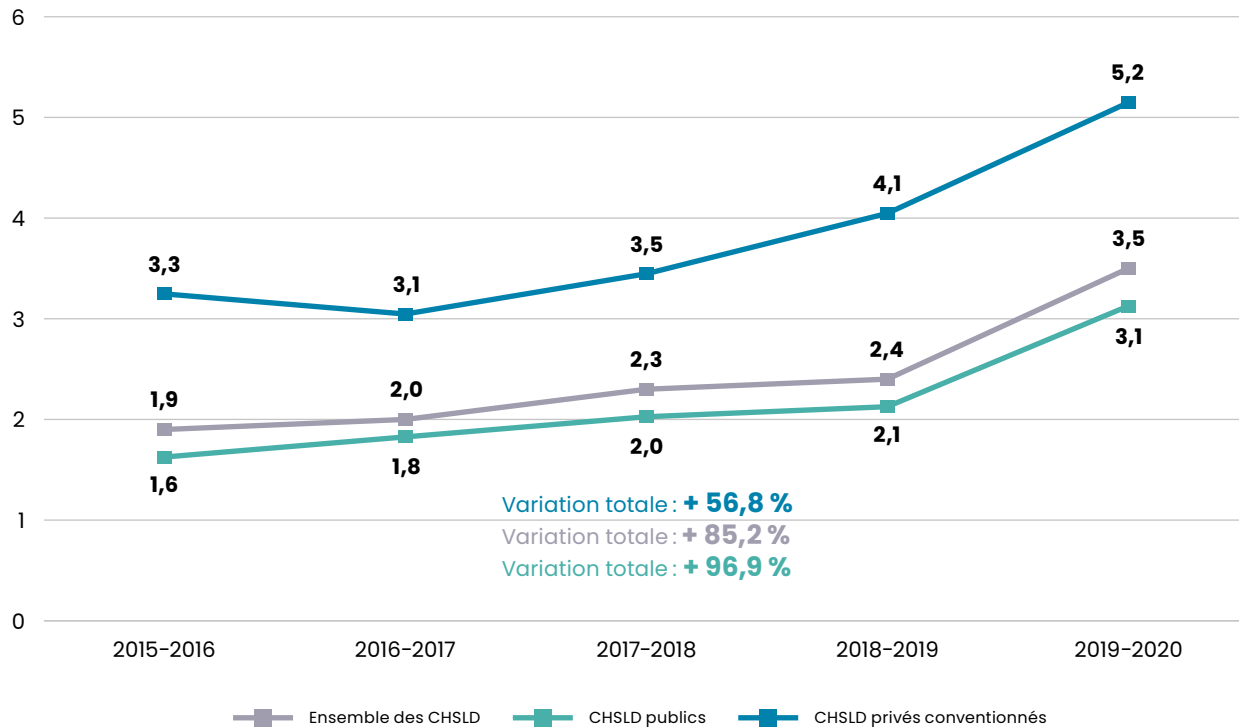
\* Les heures totales travaillées comprennent celles en heures régulières et en heures supplémentaires, mais excluent celles travaillées par de la MOI et par du personnel cadre.

### CONSTATS:

- Depuis 2015-2016, le pourcentage des heures totales travaillées en heures supplémentaires dans le programme SAPA en CHSLD publics et privés conventionnés pour les soins infirmiers et les soins d'assistance a augmenté de 148,6%, passant de 3,5% à 8,6%;
- Ce résultat revient à dire que pour 100 heures travaillées en 2019-2020, près de 9 heures sont travaillées en heures supplémentaires en CHSLD, comparativement à près de 5 heures dans l'ensemble du réseau (figure 21).

## 2.1.5 Main-d'œuvre indépendante

**Figure 26 – Évolution du pourcentage (%) des heures totales travaillées\* par de la MOI dans le programme SAPA pour les soins infirmiers et les soins d'assistance en CHSLD (CA 6060 et 6160)**



Source: Extraction des données du MSSS, Rapports financiers annuels des établissements (AS-471, Rapports 2015-2016 à 2019-2020).

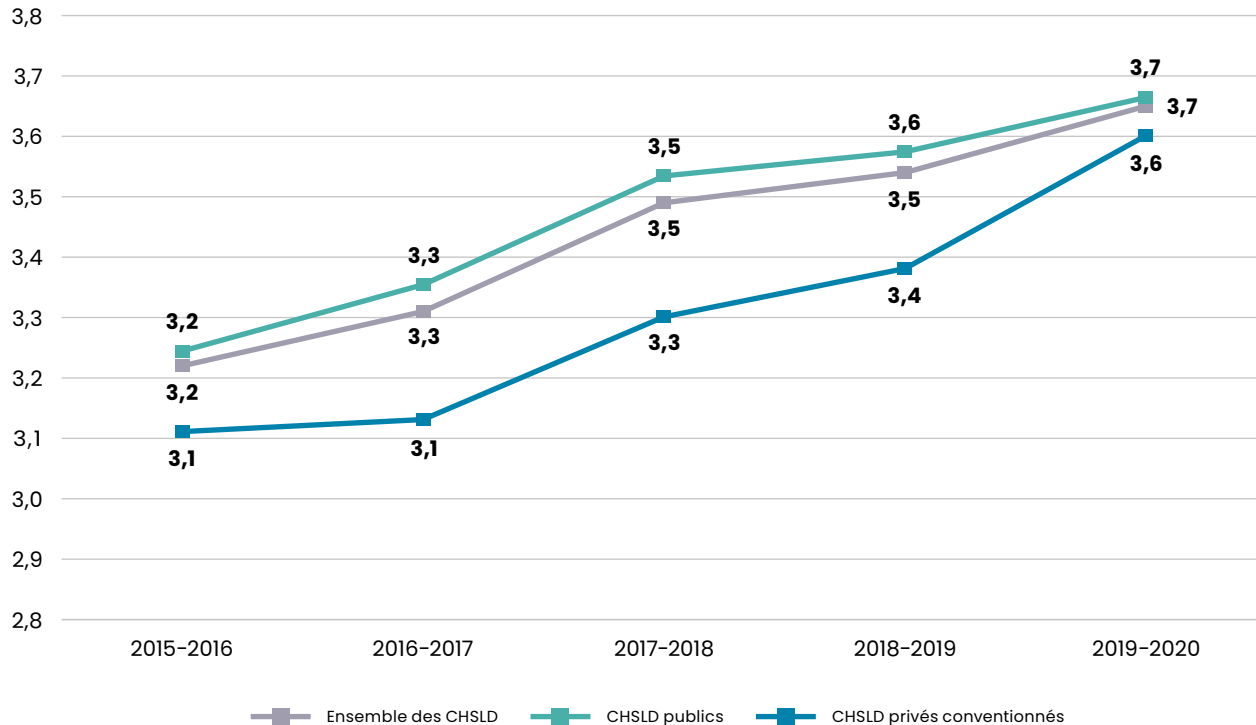
\* Les heures totales travaillées comprennent celles en heures régulières, en heures supplémentaires et par de la main-d'œuvre indépendante (MOI), mais excluent celles par du personnel cadre.

### CONSTATS:

- Le pourcentage des heures travaillées par de la MOI dans le programme SAPA en CHSLD pour les soins d'assistance et les soins infirmiers a augmenté de 2015-2016 à 2019-2020 de 85,2%, passant de 1,9% à 3,5%. L'accélération de ce phénomène s'est particulièrement effectuée à partir de 2018-2019. En absolu, cela représente 807 686 heures travaillées par de la MOI en 2015-2016 et 1 686 531 heures en 2019-2020;
- On constate que les CHSLD privés conventionnés ont davantage recours à la MOI que les CHSLD publics, de 2015-2016 à 2019-2020;
- En 2019-2020, le recours à la MOI est, en proportion des heures travaillées, légèrement plus élevé en CHSLD que dans l'ensemble du réseau où il est de 3% (figure 22).

## 2.1.6 Intensité des services en CHSLD

**Figure 27 – Évolution du nombre moyen d'heures travaillées\* en soins d'assistance et en soins infirmiers par jours-présence en CHSLD (CA 6060 et 6160)**



Source: Extraction des données du MSSS, Rapports financiers annuels des établissements (AS-471, Rapports 2015-2016 à 2019-2020) et Rapports statistiques annuels des CH, CHSLD et CLSC (AS-478, Rapports 2015-2016 à 2019-2020).

\* Les heures travaillées comprennent celles en heures régulières, en heures supplémentaires et par de la main-d'œuvre indépendante (MOI), mais excluent celles par du personnel cadre. Cet indicateur fait donc référence à la prestation de soins et de services directs aux résidents.

### CONSTAT:

- Le nombre moyen d'heures travaillées en soins d'assistance et en soins infirmiers par usager hébergé en CHSLD publics et privés conventionnés, qui témoigne d'une partie<sup>3</sup> de l'intensité de la prestation directe des soins aux usagers, a augmenté progressivement de 2015-2016 à 2019-2020, passant de 3,2 heures à 3,7 heures.

<sup>3</sup> Cet indicateur ne tient pas compte de la prestation des soins aux usagers par les autres professionnels dont les données ne sont pas disponibles par mission ou programme.

## 2.2 En soins à domicile

**Tableau 3 – Nombre d’infirmières, d’auxiliaires aux services de santé et sociaux, de préposés aux bénéficiaires et d’autres professionnels en soins à domicile\*, en ETC**

| Catégorie d’emploi                           | ETC       |           | Variation (%) |
|--|-----------|-----------|---------------|
|  | 2015-2016 | 2019-2020 |               |
| Personnel infirmier                          | 3 175     | 3 887     | 22,4          |
| Auxiliaires aux services de santé et sociaux | 1 919     | 3 737     | 94,8          |
| Préposés aux bénéficiaires                   | 95        | 85        | -10,2         |
| Travailleurs sociaux                         | 1 196     | 1 569     | 31,1          |
| Nutritionnistes                              | 129       | 168       | 30,0          |
| Physiothérapeutes                            | 252       | 295       | 17,1          |
| Ergothérapeutes                              | 703       | 896       | 27,5          |

Source: Extraction des données du MSSS, Base de données périodiques sur les cadres et salariés du réseau (R22).

\* Personnel salarié offrant des soins à domicile, toutes clientèles confondues dans les centres d’activités suivants: 6173 – Soins infirmiers à domicile réguliers, 6290 – Hôpital de jour gériatrique, 6351 – Inhalothérapie à domicile, 6380 – Services ambulatoires de psychogériatrie, 6531 – Aide à domicile régulière.

### CONSTAT:

- En soins à domicile, le nombre d’infirmières (toutes catégories confondues), d’auxiliaires aux services de santé et sociaux, de travailleurs sociaux, de nutritionnistes, de physiothérapeutes et d’ergothérapeutes en ETC a augmenté de 2015-2016 à 2019-2020, tandis que le nombre de préposés aux bénéficiaires a diminué.



## LISTE DE RÉFÉRENCES

*Décret 861-2020 concernant un mandat confié au Commissaire à la santé et au bien-être par le gouvernement*, 19 août 2020, G.O.Q. II, p. 3970-3971.

Institut canadien d'information sur la santé (2020). *Le personnel infirmier au Canada, 2019 – notes méthodologiques*. <https://www.cihi.ca/sites/default/files/document/nursing-methodology-notes-2019-fr-web.pdf>.

**Ensemble, identifier,  
proposer, débloquer**

Québec 

 **CSBE**  
Commissaire  
à la santé et  
au bien-être