



ÉTATS GÉNÉREUX

**S'ENGAGER POUR LE MIEUX-ÊTRE
DES SOIGNANTS**

CAHIER DU PARTICIPANT

**Orientations ressortant des entrevues
des personnes ou groupes consultés
en préparation au forum**

AUTEURS : Michel Lorange | Marie-Ève Bouthillier | Chantal Friset
Collaboration aux entrevues : Annie Julien, Conseillère-cadre en éthique & partenariat,
Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec

Avril 2023

Mot de bienvenue aux participants

Il y a quelques mois maintenant, quelques ami.e.s se sont réunis pour échanger sur le contexte actuel dans le réseau de la santé et des services sociaux. Elles et ils ont partagé leurs impressions, et surtout leurs inquiétudes sur l'impact que l'état actuel du réseau avait sur les travailleuses et travailleurs de la santé et des services sociaux (TdSSS). Elles et ils ont perçu une forme de désengagement, une perte de sens du travail, provenant notamment du fait que ces TdSSS n'avaient plus les moyens d'offrir les soins et services qu'ils voudraient offrir. Elles et ils ont aussi abordé l'impact du contexte actuel sur les patients/usagers et sur les citoyens. L'impact sur la santé de ces personnes, et sur la confiance en ce réseau.

De là est née l'idée de créer le forum auquel vous avez été conviés. Un comité organisateur et un comité scientifique ont été formés et toutes et tous se sont mis à l'œuvre. L'idée du forum était de créer un lieu d'échange libre, où tout peut être mis sur la table. Pour déterminer quels allaient être les sujets abordés lors du forum, l'idée a été avancée de partir du terrain et de réaliser des entrevues auprès d'acteurs et d'organisations du réseau et en périphérie du réseau qui portent un regard critique sur le contexte actuel et sur le fonctionnement du réseau. Le présent document est la synthèse de ces entrevues.

L'objectif de départ était d'aborder la notion d'engagement des soignants, d'où le titre *Les États Généreux : s'engager pour le mieux-être des soignants*. Les entrevues ont dépassé l'objectif de départ en proposant des orientations qui touchent la vision de notre réseau. Prendre soin des soignants exige une réflexion soutenue et courageuse sur le sens profond porté par le réseau, sur ses grands objectifs. Ce sont les orientations 1 à 3. La première orientation vise à assurer l'accès à la santé globale plutôt que l'accès aux soins et services. Assurer l'accès à la santé globale, prévenir plutôt que guérir, avoir une approche holistique des personnes et de leurs enjeux de santé et sociaux, et porter collectivement cette responsabilité sont proposés ici comme un changement majeur dans le grand réseau de la santé et des services sociaux. Il est cru que d'assurer l'accès à la santé globale plutôt que l'accès aux soins et services ramènera un peu plus d'humanisme, permettra à plusieurs d'avoir plus de temps pour accompagner et soutenir, d'être présents et d'avoir le temps de la relation avec les patients/usagers/citoyens, et ramènera le sens de leur engagement dans leur profession/travail.

Prendre soin des soignants passe aussi par une remise en question du fonctionnement du réseau. Ce sont les orientations 4 à 8 qui touchent plusieurs aspects fondamentaux favorisant tant la pratique collaborative sur le terrain que le soutien à offrir aux personnes. Ces orientations sont vues comme nécessaires pour une plus grande harmonie pour tous les soignants (patients/usagers/proches et TdSSS).

Le tout est maintenant mis sur la table et ouvert à la discussion.

Bon forum et bon dialogue!

Le comité organisateur et le comité scientifique.

Table des matières

MOT DE BIENVENUE AUX PARTICIPANTS	2
COMITÉ ORGANISATEUR ET SCIENTIFIQUE	4
INTRODUCTION	5
OBJECTIFS DU FORUM	5
QUESTIONS SUGGÉRÉES LORS DES ENTREVUES	7
ORIENTATIONS DÉCOULANT DES ENTREVUES	8
1. LA SANTÉ GLOBALE DANS UNE PERSPECTIVE HOLISTIQUE COMME OBJECTIF CENTRAL	10
2. FAIRE DES CHOIX ASSUMÉS COLLECTIVEMENT	11
3. LA MÊME PRIORITÉ ACCORDÉE AUX ENJEUX SOCIAUX QU'AUX ENJEUX DE SANTÉ	11
4. INTERDISCIPLINARITÉ, CO-RESPONSABILITÉ ET GOUVERNANCE	12
4.1. HIÉRARCHIE ET CO-RESPONSABILITÉ	12
4.2. LA SANTÉ GLOBALE PLUTÔT QUE L'ACCÈS AUX SOINS ET SERVICES	13
4.3. MOBILISER ET SOUTENIR LES COMPÉTENCES ET LA CAPACITÉ DES PATIENTS/USAGERS	14
4.4. UTILISER LE MAXIMUM DES COMPÉTENCES DES TDSSS ET ÉLARGIR LES PRATIQUES DE CHAQUE PROFESSIONNEL	14
4.5. HIÉRARCHIE, GOUVERNANCE ET RELATIONS DE POUVOIR DANS LE RÉSEAU	15
4.6. USAGE OPTIMAL DES RESSOURCES	15
4.7. ENVIRONNEMENT DE TRAVAIL	15
5. L'ACCÈS AUX SOINS ET SERVICES SELON LES BESOINS DES PATIENTS/USAGERS PARTOUT AU QUÉBEC ET DE QUALITÉ ÉQUIVALENTE	16
6. RENDRE COMPTE SUR LES RÉSULTATS OBTENUS ET LE SENS CLINIQUE DES INTERVENTIONS	17
7. PASSER DE LA CULTURE DE SÉCURITÉ À LA GESTION DU RISQUE	17
8. SOUTENIR TOUS LES SOIGNANTS (PATIENTS/USAGERS/CITOYENS/PROCHES, TDSSS) ET REVOIR L'ORGANISATION DU TRAVAIL AFIN D'INSCRIRE LES SOINS ET SERVICES SOCIAUX COMME UNE RESPONSABILITÉ SOCIALE ET COLLECTIVE	18
8.1. RECONNAÎTRE CONCRÈTEMENT LES SPÉCIFICITÉS DE CHAQUE FONCTION	18
8.2. FORMATION DES TDSSS	18
8.3. SOUTIEN AUX TDSSS ET AUX GESTIONNAIRES	19
8.4. CONCILIATION TRAVAIL-VIE PERSONNELLE	19
8.5. ÉQUILIBRE TÉLÉTRAVAIL-TRAVAIL EN PRÉSENCE	19
8.6. PROGRAMMES D'AIDE AU PERSONNEL/MÉDECINS	19
8.7. PLANIFICATION DE LA MAIN-D'ŒUVRE	19
CONCLUSION	20

Comité organisateur et scientifique



**MARIE-ÈVE
BOUTHILLIER**

Cadre conseil en éthique au CISSS de Laval
Professeure adjointe clinique, Faculté de médecine, Université de Montréal



ROBERT COMEAU
Président APTS



**VINCENT DUMEZ,
M.SC., C.Q.**

Directeur des partenariats communautaires, Co-directeur Centre d'Excellence sur le Partenariat avec les Patients et le Public, CRCHUM - Faculté de médecine, Université de Montréal



CHANTAL FRISET
PDG adjointe de 2018 à 2022
CISSS de Laval



CLAIRE GAMACHE
Présidente Association des médecins psychiatre du Québec



**EMMANUELLE KHOURY,
PHD, TS**
Professeure, École de travail social
Université de Montréal



MICHEL LORANGE
Éthicien clinique et organisationnel
CISSS de Laval et CHU Ste-Justine



**ANDRÉ LUYET,
M.D., FRCPC, MBA**
Directeur général de 2019 à 2022
Collège des médecins du Québec



**DIANE POIRIER
MD, MSC, EMLC**
Directrice des services professionnels et des affaires médicales universitaires
CIUSSS Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal



**JESSICA RASSY,
INF. PHD**
Présidente de l'Association québécoise des infirmières et infirmiers en santé mentale
Professeure agrégée à l'École des sciences infirmières de l'Université de Sherbrooke



SANDRA ROMAN M.D.
Médecin-conseil et coordonnatrice de la prévention et de la recherche
Programme d'aide aux médecins du Québec

Introduction

Le climat actuel dans le réseau de la santé et des services sociaux¹ résulte du fait que les travailleurs de la santé et des services sociaux n'ont pas les moyens de réaliser ce pour quoi ils se sont engagés dans leur profession, leur métier. Les enjeux actuels d'accessibilité aux soins et services, ainsi que le climat dans le réseau, affectent aussi les patients/usagers et leurs proches tant dans la réponse du réseau à leurs besoins selon leurs attentes, que dans le climat qu'ils perçoivent. C'est une amorce d'une réforme du sens partagé qui est visée afin d'améliorer la résilience organisationnelle.

OBJECTIFS DU FORUM

Un forum est organisé en invitant 150 personnes provenant du réseau, ou d'institutions/organismes/associations qui ont des responsabilités à l'égard des professionnels ou du personnel du réseau, ou de personnes qui analysent le réseau, ou enfin de groupes/associations de patients, de leurs proches ou de citoyens engagés. Le forum est vu comme le lieu pour faire émerger des solutions.

Ce forum a été sous la supervision d'un comité organisateur et d'un comité scientifique, présenté à la page précédente.

Les objectifs du forum sont ainsi :

- » Reconnaître la perte de sens et le désengagement dans le réseau de la santé et des services sociaux comme un enjeu systémique;
- » Identifier des leviers d'action essentiels aux soignants leur permettant de bâtir et maintenir une résilience collective;
- » Proposer des recommandations structurantes et concrètes pour retrouver un sens partagé.

Préalablement au forum, des experts ont été rencontrés pour définir les thèmes qui seront abordés lors du forum. Les experts sont ici compris comme des personnes ou des groupes qui sont impliqués dans le réseau de la santé et des services sociaux, sont observateurs de ce qui s'y passe, et portent un regard critique. Ces personnes ou groupes proviennent du réseau, ou d'institutions/organismes/associations qui ont des responsabilités à l'égard des professionnels ou du personnel du réseau, ou de personnes qui analysent le réseau, ou enfin de groupes/associations de patients et leurs proches ou de citoyens engagés.

1 Le réseau est ici entendu comme l'ensemble des institutions, organisations, organismes communautaires, associations, qui offrent directement des soins et services publics ou privés à la population ou qui soutiennent l'offre de soins et services ou les TdSSS. Cette définition se veut très inclusive.

Les personnes et les organisations ou organismes rencontrés sont :

Organisation	Nom
Association des conseils de médecins, dentistes et pharmacien	Martin Arata, PDG
Association des pharmaciens des établissements de santé du Québec	Nathalie Marceau, DGA Annie Roy, directrice des services administratifs et juridiques
Association des travailleurs sociaux et travailleuses sociales du Québec	Gaëlle Troude, membre du CA Amélie Lévesque, membre du CA Guylaine Sauvé, membre du CA
Collège des médecins du Québec	Mauril Gaudreault, président
CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal	Jean-François Fortin Verreault, PDG
Conseil des citoyens partenaires en santé du Centre d'excellence sur le partenariat avec les patients et le public	Caroline Wong Clara Dallaire Mireille Morin Ghislaine Rouly Claudia Houle Xavière Sénéchale Simon Courtemanche Louis Lochhead Guy Poulin Catherine Wilhelmy
Département travail social, Université du Québec en Outaouais	Mélanie Bourque, professeure Marie-Joëlle Robichaud, professeure
Fédération des médecins résidents du Québec	Cédric Lacombe, médecin résident en psychiatrie à l'Université de Montréal Ghassen Soufi, médecin résident en psychiatrie à Université McGill
Ordre des infirmières et infirmiers du Québec	Luc Mathieu, président Marie-Claire Richer, DG Caroline Roy, Directrice, Développement et soutien professionnel
Ordre des pharmaciens du Québec	Patrick Boudreault, directeur principal
Ordre des travailleurs sociaux et thérapeutes conjugaux et familiaux du Québec	Pierre-Paul Malenfant, président Josée Grenier, Ph.D., M.s.s., T.s.p.
Médecins du monde Canada	Pénélope Boudreault, directrice des opérations nationales Mylène Demarbre, Psy.D, Ph.D, coordonnatrice santé mentale
Réseau Avant de craquer	René Cloutier, DG

Le présent document présente les orientations qui se dégagent de ces entrevues.

QUESTIONS SUGGÉRÉES LORS DES ENTREVUES

Les questions posées aux personnes rencontrées étaient :

- » Pourriez-vous décrire le climat et l'environnement de travail actuels dans le réseau de la santé et des services sociaux?
- » Quelles en sont les répercussions sur le sentiment de bien-être des soignants, sur leur travail et du lien entre les travailleurs de la santé et les usagers?
- » Qu'est-ce que vous changeriez ? En lien avec les dimensions suivantes :
 - L'environnement de travail;
 - La relation avec les patients/usagers;
 - La formation des professionnels et du personnel de soutien;
 - Les facteurs organisationnels en soutien aux travailleurs et aux patients/usagers (dimensions locales, les moyens disponibles, le soutien attendu);
 - Les facteurs liés au système de santé et de services sociaux (dimensions méso et macros liées aux ressources et aux moyens);
 - L'adéquation entre les priorités du MSSS, du réseau et de la population;
 - La société et la culture, les politiques de santé, les perceptions de la population, les attentes de la population;
- » Comment assurer la cohérence des objectifs, des résultats attendus, et des moyens, ainsi qu'entre les professionnels, le personnel de soutien, les gestionnaires de terrain, les décideurs, la société, les patients/usagers et les proches aidants?
- » Comment outiller les soignants (travailleurs de la santé, patients/usagers et leurs proches) pour faire face aux enjeux et opportunités actuels?

Orientations découlant des entrevues

Le contexte actuel de travail dans le réseau de la santé et des services sociaux engendre beaucoup de pression sur les soignants² (patients/usagers, leurs proches, les travailleurs de la santé et des services sociaux - TdSSS). Cette pression provient de différentes sources, telles que la pénurie de main-d'œuvre, la centralisation qui crée des organisations qui perdent de leur humanité, où plusieurs ne s'y retrouvent plus, les délais d'accès aux soins et services qui s'allongent et la difficulté de les réduire, la fatigue pandémique, le sentiment de ne pas avoir les moyens pour réaliser ses objectifs d'intervention, etc. Cette pression affecte les TdSSS dans leur capacité à accomplir leur travail et contribue à une perte de sens et de motivation, tant chez les TdSSS que les cadres intermédiaires et supérieurs. Les orientations proposées visent à changer ce contexte en identifiant des pistes pour faire évoluer la culture d'intervention et le contexte de prestation des soins et services. À cet égard, il est important de souligner la disparité de ressources financières consacrées à la santé physique comparativement aux autres secteurs d'activités du réseau, notamment dans le domaine social et de la prévention.

Les entrevues ont été réalisées auprès de 29 personnes de différents horizons. Le présent document présente la synthèse des entrevues en termes d'orientations. Les orientations ne touchent pas tant les finalités que les moyens, elles traitent aussi du comment faire évoluer nos façons de faire et notre environnement de travail. Il est à noter que les constats sur le climat et l'environnement de travail actuels ne font pas l'objet d'une section. L'expression de ces constats sert plutôt à mettre en contexte chacune des orientations.

DES ORIENTATIONS PROPOSÉES SE DÉGAGENT QUATRE GRANDS AXES :

1. La nécessité d'améliorer l'accès aux soins et services qui sont appropriés aux besoins des patients/usagers et de la population;
2. Le besoin d'avoir le temps d'avoir une relation entre soignants (patients/usagers et leurs proches, et les TdSSS), avoir le sentiment de ne pas être seulement un fournisseur de soins et services, qui soit humaine, satisfaisante pour tous, en ayant le sentiment d'accomplissement pour chacune et chacun; la relation est centrale pour offrir des soins et services de qualité;
3. Le besoin de faire des choix de société, de ne pas essayer de tout offrir quand les moyens ne sont pas présents et que tout ce qui est désiré ne peut être offert;
4. La nécessité d'avoir des espaces de dialogue et de délibération en équipe incluant les patients/usagers et leurs proches, du soutien clinique d'équipe (et non seulement individuellement avec les gestionnaires ou les spécialistes en activités cliniques) à l'intérieur des équipes et des services (impliquant les gestionnaires) afin de soutenir les TdSSS et les pratiques professionnelles, et de haut en bas, de bas en haut et transversalement dans les organisations et avec les instances supérieures du réseau afin que les décisions et les moyens d'application correspondent aux besoins de la population et à la réalité locale; il y a une souffrance des TdSSS de ne pas être entendus, car elles et ils ont des solutions.

2 La notion de soignants est ici abordée dans un sens très large. Les soignants sont à la fois les travailleurs de la santé et des services sociaux qui donnent ou participent aux soins et services aux patients/usagers. Les patients/usagers et leurs proches sont aussi des soignants qui s'occupent d'eux-mêmes ou de leurs proches, et qui sont aussi soucieux des travailleurs de la santé et des services sociaux qui participent aux soins et services.

La plupart sinon toutes les orientations présentées ci-après sont déjà appliquées à certains endroits au Québec. Il ne faut pas croire que rien de bon ne se fait actuellement. Ces orientations ne sont toutefois pas uniformément implantées à travers le réseau. Leur implantation est visée à travers tout le Québec en maintenant une capacité d'adaptation à la réalité locale.

Il est important de souligner qu'on parle beaucoup de désengagement, de démotivation, de perte de sens du travail, de stress, de fatigue de compassion, d'épuisement professionnel. Les personnes rencontrées nomment aussi la perte de sens et le manque de considération ressentis, surtout dans les organisations qui sont en souffrance faute de ressources. Les désaffectations demeurent quand même une minorité, même si cela a un impact majeur sur celles et ceux qui restent. La majorité demeure en poste et continue de travailler dans le réseau, malgré le climat difficile. Il faut le reconnaître. Les TdSSS restent pour la qualité de leur équipe, le bon esprit, et parce qu'elles/ils sont engagé.e.s. Leur équipe est souvent leur soupape pour les soutenir en vase clos dans un système non soutenant.

Les orientations se schématisent de la façon suivante :

ORIENTATIONS SUR LA VISION DU RÉSEAU

- 1. LA SANTÉ GLOBALE DANS UNE PERSPECTIVE HOLISTIQUE COMME OBJECTIF CENTRAL**
- 2. FAIRE DES CHOIX ASSUMÉS COLLECTIVEMENT**
- 3. LA MÊME PRIORITÉ ACCORDÉE AUX ENJEUX SOCIAUX QU'AUX ENJEUX DE SANTÉ**

ORIENTATIONS SUR LE FONCTIONNEMENT DU RÉSEAU

- 4. HIÉRARCHIE ET CO-RESPONSABILITÉ**
- 5. L'ACCÈS AUX SOINS ET SERVICES SELON LES BESOINS DES PATIENTS/USAGERS PARTOUT AU QUÉBEC ET DE QUALITÉ ÉQUIVALENTE**
- 6. RENDRE COMPTE SUR LES RÉSULTATS OBTENUS ET LE SENS CLINIQUE DES INTERVENTIONS**
- 7. PASSER DE LA CULTURE DE SÉCURITÉ À LA GESTION DU RISQUE**
- 8. SOUTENIR TOUS LES SOIGNANTS (PATIENTS/USAGERS/CITOYENS/PROCHES, TDSSS) ET REVOIR L'ORGANISATION DU TRAVAIL AFIN D'INSCRIRE LES SOINS ET SERVICES SOCIAUX COMME UNE RESPONSABILITÉ SOCIALE ET COLLECTIVE**

1. LA SANTÉ GLOBALE DANS UNE PERSPECTIVE HOLISTIQUE COMME OBJECTIF CENTRAL

Au fil des dernières décennies, le développement des connaissances et des technologies, dans toutes les spécialités de la santé et des services sociaux, a permis et permet encore de mieux comprendre ce qui affecte la santé physique, la santé mentale, et le bien-être des personnes, et ainsi d'offrir des soins, services et du soutien pour mieux répondre aux différents besoins de ces personnes. Or, ces connaissances et ces technologies deviennent de plus en plus complexes, ce qui amène au développement d'expertises très pointues. Le développement de ces expertises entraîne le développement de programmes spécifiques offerts par des experts aux compétences pointues. Ces programmes ont des critères d'accès spécifiques aussi.

Or, cette complexification des moyens répond bien aux enjeux de santé ou sociaux unidimensionnels. Quand une personne entre dans les critères d'un programme, et y a accès, ses besoins sont comblés. Les programmes sont bénéfiques et efficaces dans ces circonstances. Quand la personne présente deux enjeux de santé ou sociaux concomitants, l'entrée dans un programme devient plus nébuleuse et plus difficile. Quand les enjeux de santé et sociaux sont multiples, les programmes y répondent mal et la réponse aux besoins peut devenir impossible. On n'entre pas dans la bonne case. Ces impasses sont créées par la spécialisation qui s'éloigne d'une compréhension holistique des besoins d'une personne.

De plus, les besoins de la population vieillissante grandissent avec le temps, et la capacité actuelle du réseau est limitée de plus en plus par le manque de ressources humaines pour y répondre. Pour faire face à cela, les ressources sont beaucoup orientées vers la résolution des enjeux de santé ou sociaux. Les ressources en prévention des problèmes de santé et sociaux ont été réduites dans le passé, et la demande en soins et services est tellement importante qu'il est difficile d'investir en prévention, ce qui crée une impasse. Il est connu depuis longtemps que la prévention des enjeux de santé ou sociaux demande moins de ressources que leur correction. Moins on investit en prévention, plus on doit investir en correction.

Un changement majeur et central d'orientation est proposé pour le réseau de la santé et des services sociaux, soit celui d'assurer *l'accès à la santé globale* plutôt que l'accès aux soins et services.

S'orienter vers l'accès à la santé globale signifie :

- » Considérer le patient/usager/citoyen dans sa globalité, et non pas par ses enjeux de santé ou sociaux (approche holistique);
- » Miser davantage (et de beaucoup) sur la prévention des enjeux de santé ou sociaux plutôt que de les corriger, plutôt que de guérir; la prévention doit être inscrite comme une responsabilité de tous les soignants (TdSSS, patients/usagers, proches) et non pas de groupes spécifiques dans les institutions;
- » Considérer les déterminants de la santé, dont les déterminants sociaux de la santé, le processus de production des problèmes sociaux, et le processus de production du handicap, dans les approches préconisées;
- » Considérer l'apport de tous les acteurs du grand réseau, particulièrement les acteurs du communautaire qui ont des capacités d'adaptation et de travail de proximité extraordinaires, dans l'accès à la santé globale.

Assurer l'accès à la santé globale plutôt que l'accès aux soins et services ramènera un peu plus d'humanisme, permettra à plusieurs d'avoir plus de temps pour accompagner et soutenir, d'être présents et d'avoir le temps de la relation avec les patients/usagers/citoyens, ramènera le sens de leur engagement dans leur profession/travail.

2. FAIRE DES CHOIX ASSUMÉS COLLECTIVEMENT

Que doit-on choisir quand tout ne peut être fait? Le contexte actuel de pénurie de ressources, enjeu qui perdurera longtemps, et d'augmentation des besoins de la population vieillissante et de réduction de certains soins et services à la population durant la pandémie, cause une impasse qui est difficile à surmonter. Entre-temps, l'impression est donnée que tout peut continuer comme avant. L'offre de soins et services est ajustée localement selon la capacité de chaque service pour répondre aux besoins. Il en résulte un sentiment d'impasse et de grande insatisfaction dans le réseau, et un désengagement car les TdSSS n'ont pas les moyens de réaliser adéquatement et avec satisfaction leur travail. Malgré le fait qu'elles/ils font de leur mieux, ceci n'est pas perçu de la sorte par la population qui les voit plutôt comme ne donnant pas leur maximum. La solution n'est pas seulement de miser sur l'augmentation de la productivité et de l'efficacité qui notamment peuvent avoir comme conséquences de réduire la qualité des soins et services, et d'augmenter l'insatisfaction des TdSSS. Cela peut aussi avoir des conséquences dramatiques pour les patients/usagers en augmentant le risque d'erreur, ce qui amène les TdSSS à une impasse, avoir une pratique prudentielle pour réduire les risques quand on a l'impression de faire tout trop vite, mais ne pas avoir les moyens d'être prudent.

L'orientation proposée est de faire des choix collectifs qui dépassent les intérêts de groupes divers, et cela au bénéfice de l'ensemble de la population. Ce type de décision est difficile à assumer politiquement, mais ne pas le faire, fait porter cette responsabilité localement par les TdSSS sur le terrain et les gestionnaires de premier niveau. Les intérêts collectifs ne sont pas considérés. Au niveau individuel, le problème ou l'enjeu de chaque personne est important. Au niveau collectif, répondre à tous les besoins individuels fait qu'on peut alors mal répondre à l'ensemble.

Le rôle et la manière de l'assumer du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) doivent être revus afin d'assurer l'adéquation entre les demandes, les besoins de la population et les capacités demandées au réseau. Si les choix collectifs ne sont pas faits, et si le MSSS n'identifie pas ses priorités, tout devient prioritaire et chaque direction du MSSS descend des directives urgentes ou exige l'implantation de façons de faire (parfois non validées ou avec peu ou pas de littérature, d'expérience positive) sans consulter les établissements et sans valider la capacité d'intégrer ces orientations et d'offrir ces soins et services de la façon dictée du haut. Cette façon de faire met une pression sur le réseau qui est coincé entre l'obligation d'implanter des directives et la capacité du terrain à répondre aux besoins de la population. La concertation du bas vers le haut et du haut vers le bas, de même que transversalement, basée sur l'expertise dans le réseau, doit guider les choix collectifs. Cela requiert toutefois des ressources pour soutenir l'analyse des besoins et des solutions, ainsi que pour proposer des orientations et développer les bonnes pratiques, tant sur les plans local, régional que national. Ces ressources sont devenues insuffisantes depuis la réforme de 2015 par la disparition des associations d'établissements, des agences régionales et de la majorité des professionnels de recherche et développement au sein des programmes des CISSS/CIUSSS.

3. LA MÊME PRIORITÉ ACCORDÉE AUX ENJEUX SOCIAUX QU'AUX ENJEUX DE SANTÉ

Les services sociaux sont jugés importants dans le réseau. Cependant, une plus grande priorité est accordée aux enjeux de santé physique. Ce problème est structurel. Depuis les premières fusions de 2003, l'argent a beaucoup été orienté vers la santé physique, dont les besoins sont plus visibles que les besoins psychosociaux, moins visibles, mais non moins criants. Il y a aussi le sentiment que beaucoup de services psychosociaux sont au service des médecins depuis qu'une partie du personnel et des services psychosociaux a été transférée en GMF, des structures privées centrées sur la médecine et gérées par des médecins.

L'orientation proposée vise à reconnaître l'importance des déterminants sociaux, et des services sociaux, pour la santé globale de la population, soit son bien-être physique, mental et social. Elle vise un travail non seulement auprès des individus, mais auprès des collectivités en ayant un regard sur les déterminants sociaux de la santé globale et sur le processus de production des problèmes sociaux afin de soutenir les approches plus globales d'intervention et miser plus sur la prévention des problèmes que leur correction.

Le renforcement de l'action des organismes communautaires dédiés à l'accompagnement des populations les plus vulnérables de notre société ainsi que la pérennisation de leur mission font aussi partie de la solution en enlevant de la pression sur la demande auprès des établissements. Ces organismes offrent souvent des soins et services de plus grande proximité avec la population et ont une capacité beaucoup plus grande d'adaptation que le réseau public.

4. INTERDISCIPLINARITÉ, CO-RESPONSABILITÉ ET GOUVERNANCE

L'interdisciplinarité et la co-responsabilité sont prises comme un tout indissociable. L'objectif général de cette orientation est de soigner avec soin, de répondre aux besoins des personnes et de les accompagner, selon leur volonté, en utilisant tout le potentiel des soignants (TdSSS, patients/usagers et leurs proches) et en répondant globalement à leurs besoins. Cette orientation touche plusieurs dimensions qui sont développées en sous-points.

4.1. HIÉRARCHIE ET CO-RESPONSABILITÉ

Il existe une hiérarchie professionnelle importante particulièrement dans le domaine de la santé physique et mentale. Les médecins étant à la tête de cette hiérarchie, ils sont les principaux professionnels de la santé consultés par la population et les principaux référenceurs tant vers les médecins spécialistes que les autres professionnels de la santé et des services sociaux.

Les conséquences de cette hiérarchie sont :

- » Surcharge de la demande et présence d'un goulot d'étranglement à l'accès aux services médicaux et aux autres professionnels;
- » Responsabilités partagées, mais qui, finalement, ne sont prises en charge par personne;
- » Méconnaissance dans les rôles et compétences des autres professionnels;
- » Grand sentiment de responsabilité porté par les médecins à l'égard des patients; obligation d'être forts, car le système compte sur les médecins.

L'orientation proposée est de développer l'interdisciplinarité (peu implantée au Québec). Cette responsabilité doit être portée par un groupe de TdSSS (incluant des non-professionnels), et les patients/usagers, et vise le travail en interdisciplinarité où toutes et tous sont égaux, sans hiérarchie. En plus de construire sur les compétences de chacun, chacun peut compter sur une équipe. Assurer la communication entre les divers paliers, 1^{ère} ligne, 2^{ème} ligne et 3^{ème} ligne pour assurer la continuité. L'interprofessionnalité exige du temps, de libérer les professionnel.les, les membres des équipes, pour discuter des orientations. Cependant, les résultats sur la santé des patients/usagers sont meilleurs avec cette approche, et plus durables.

4.2. LA SANTÉ GLOBALE PLUTÔT QUE L'ACCÈS AUX SOINS ET SERVICES

Ce groupe fonctionnant en interdisciplinarité est responsable non seulement des soins et services offerts (responsabilité de moyens, de l'accessibilité aux soins et services), mais est responsable *de la santé globale de la population*³ (responsabilité de résultats). Cette responsabilité de résultats nécessite des changements en profondeur.

Les TdSSS devront en effet considérer comme centraux les éléments suivants :

La place des patients/usagers et de leurs proches dans le processus décisionnel des orientations et choix qui leur seront proposés individuellement; ils doivent avoir la capacité de s'exprimer et se sentir écoutés;

La place des patients/usagers et de leurs proches dans l'organisation et la planification des soins et services, de même que dans toutes les instances qui sont intégrés à part entière (pas seulement écoutés), à titre de partenaires de transformation, dans le réseau (GMF, cliniques, ordres, syndicats, associations, etc.)⁴;

- » La place de la prévention et la promotion de la santé dans les responsabilités de chacun;
- » L'implication de toutes les instances civiles dans cette responsabilité au regard de la santé des populations, incluant les autres ministères que la Santé et les Services Sociaux (notamment l'environnement), les municipalités, les organismes communautaires, les universités, etc.;
- » L'inclusion des déterminants sociaux de la santé plutôt que seulement les soins et la pharmacologie dans les objectifs;
- » L'inclusion de traitements alternatifs non pharmacologiques;
- » L'inclusion des personnes stigmatisées dans le continuum de soins et services et du soutien à leur offrir à l'égard de leur santé;
- » L'importance de la relation entre les membres de l'équipe, la confiance étant une condition essentielle à l'interdisciplinarité.

À cet égard, les structures pour assumer ces responsabilités doivent être repensées pour être assumées localement par un groupe intersectoriel responsable de la santé d'un groupe de la population.

Plusieurs nomment l'importance d'une gestion de proximité, les gestionnaires étant actuellement peu accessibles, ayant de trop grandes équipes, étant mobilisés par beaucoup de réunions, etc. Le modèle de gestion doit aussi être repensé en conséquence. La centralisation du réseau a mené à une gestion du haut vers le bas, partant du MSSS. Or, la gestion des soins et services doit se faire du bas vers le haut et du haut vers le bas, de même que transversalement.

3 Notion à développer par des experts.

4 Dans une perspective démocratique, cette place doit être envisagée non seulement en ayant des patients/usagers et de leurs proches dans des comités, mais que ces personnes aient démocratiquement une place équivalente à celle des professionnels ou responsables dans chacune de ces instances.

4.3. MOBILISER ET SOUTENIR LES COMPÉTENCES ET LA CAPACITÉ DES PATIENTS/USAGERS

La première personne responsable de sa santé globale (un état de complet bien-être physique, mental et social) est le patient/usager. Il faut considérer d'abord la volonté et la capacité de chaque personne dans son environnement d'assumer cette responsabilité. On ne naît pas tous égaux et avec les mêmes fenêtres d'opportunités dans le temps. Les professionnels et le personnel du réseau doivent, pour leur part, utiliser et soutenir ces compétences afin que les usagers et leurs

proches puissent augmenter leurs connaissances cliniques, mais aussi d'auto-évaluation, de navigation et relationnelles pour pouvoir faire des choix d'accès pertinents qui contribueront à désengorger le système. Une organisation logique des outils numériques en santé (ONS) destinés à la population dans le cadre d'une stratégie d'éducation nationale pourrait aussi contribuer grandement aux développements de ces compétences.⁵

4.4. UTILISER LE MAXIMUM DES COMPÉTENCES DES TDSSS ET ÉLARGIR LES PRATIQUES DE CHAQUE PROFESSIONNEL

Le modèle médico-centriste, avec le médecin comme point central de l'accès et à la tête de la hiérarchie professionnelle, ne met pas de l'avant toutes les compétences de l'ensemble des professionnels de la santé et des services sociaux et ne permet pas d'élargir les pratiques professionnelles.

Afin d'utiliser toutes les compétences des professionnels du réseau de la santé et des services sociaux, le fonctionnement en interdisciplinarité et en coresponsabilité permet :

- » Que les compétences de chaque professionnel soient utilisées au maximum en partageant le travail selon les expertises propres à la situation et ainsi alléger la charge qui peut être parfois lourde;
- » À chaque professionnel d'être une porte d'entrée pour les citoyens/patients/usagers;
- » De promouvoir des soins et services de première ligne qui peuvent être dispensés par d'autres professionnels que les médecins, et que ces soins et services soient disponibles gratuitement;
- » De réduire les goulots d'étranglement dans le réseau.

Cette perspective de travail obligera une réorganisation du travail chez plusieurs professionnels, notamment par le manque actuel de ressources. Ainsi, la répartition des fonctions et responsabilités doit être convenue entre professionnels et avec le personnel technique et de soutien et non seulement déléguée, afin de maximiser le potentiel de compétences. La réorganisation du travail implique aussi le partage de responsabilité et des risques entre les professionnels et les patients/usagers, en tenant compte de la volonté et de la capacité de ces derniers et de leurs proches.

Le leadership de chaque professionnel doit être soutenu par les membres de son équipe interdisciplinaire en permettant notamment le partage des points de vue de chacun tant dans l'organisation des services que l'orientation des cas.

Les pratiques cliniques doivent être soutenues par les ordres professionnels ou les universités, ou diverses associations professionnelles en proposant des pratiques uniformes, mais qui peuvent être adaptées à la réalité locale. Les guides de pratique soutiennent le développement collectif des compétences et des moyens.

Pour utiliser les compétences des professionnels au maximum, ceux-ci doivent avoir une autonomie professionnelle et pouvoir juger, à l'intérieur de certaines balises, quand un dossier doit être maintenu ouvert, et sur les meilleurs moyens de répondre aux besoins d'une personne ou d'une cellule familiale. Cela se fait en partant des meilleures pratiques abordées dans une autre section.

La reconnaissance de l'expertise de personnes qui ne sont pas des professionnels du réseau est toute aussi importante que la reconnaissance de l'expertise des professionnels. Le rôle du personnel qui offre des soins de base ou des services de soutien est important. Le rôle de travailleuses.eurs dans les organismes communautaires ou les citoyen.ne.s qui soutiennent et accompagnent est important. Toutes et tous font partie de la grande communauté de soignants et doivent être reconnus et soutenus dans leur rôle. Cette expertise ne passe pas par un diplôme, mais par l'implication et l'engagement auprès d'autrui.

5 Attention ici de ne pas avoir une vision utilitariste des personnes proches aidantes - elles portent déjà beaucoup. C'est aussi pour cette raison qu'il y a une loi, pour reconnaître et soutenir leur travail/engagement quotidien auprès de leur proche. La Loi visant à reconnaître et à soutenir les personnes proches aidantes <https://www.legisquebec.gouv.qc.ca/fr/document/lc/R-1.1>
La politique nationale pour les personnes proches aidantes <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2021/21-835-01W.pdf>
Le plan d'action gouvernemental pour les personnes proches aidantes 2021-2026 <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2021/21-835-11W.pdf>

4.5. HIÉRARCHIE, GOUVERNANCE ET RELATIONS DE POUVOIR DANS LE RÉSEAU

La hiérarchie professionnelle est importante dans le réseau, comme mentionné à la section 2.1. La gouvernance structurelle, normale particulièrement dans des organisations complexes, s'est complexifiée avec les différentes vagues de centralisation au Québec. Quoiqu'incontournables, la hiérarchie et la gouvernance structurelle peuvent mener à des relations de pouvoir inappropriées, qui, à leur tour, peuvent avoir des effets très néfastes sur les TdSSS, leur autonomie, leur capacité décisionnelle, et leur sentiment d'accomplissement au travail.

Une réflexion sur la hiérarchie, la gouvernance et les relations de pouvoir devrait être tenue en considérant les préférences pour :

- » Le consensus des professionnels et des patients/usagers plutôt qu'une imposition des orientations cliniques pour les patients/usagers;
- » Le consensus organisationnel plutôt que l'imposition d'orientations qui ne sont pas comprises ou ne font pas sens sur le terrain.

4.6. USAGE OPTIMAL DES RESSOURCES

Les ressources matérielles, incluant les médicaments, étant limitées, la pertinence de leur utilisation doit être une préoccupation constante.

La pertinence des soins et services doit être une préoccupation omniprésente, incluant l'usage des médicaments, et permettre ainsi d'allouer les ressources aux besoins prioritaires.

4.7. ENVIRONNEMENT DE TRAVAIL

Cette approche interdisciplinaire et cette co-responsabilité ne peuvent tout régler, mais auront des chances d'impacts positifs avec des conditions de travail appropriées, notamment d'avoir accès à la bonne information au bon moment et au bon endroit, des conditions de travail qui reconnaissent les responsabilités collectives et les priorités de travail de toutes les générations de TdSSS, et des environnements architecturaux appropriés.

5. L'ACCÈS AUX SOINS ET SERVICES SELON LES BESOINS DES PATIENTS/USAGERS PARTOUT AU QUÉBEC ET DE QUALITÉ ÉQUIVALENTE

Les établissements, ayant des réalités et moyens différents, ont beaucoup fait de développements locaux à partir d'opportunités ou pour répondre aux besoins locaux d'organisation des soins et services selon les priorités établies localement.

La population n'a donc pas accès aux mêmes soins et services pour répondre à leurs besoins. Elle a aussi peu de repères sur ce qui est disponible localement et s'y perd. Un ami, un membre de sa famille a accès à des soins et services qu'elle ne trouve pas près de chez elle. L'offre peut pour plusieurs patients/usagers ne pas cadrer avec leurs besoins prioritaires.

De plus, il arrive souvent que chaque établissement, identifiant une priorité, la développe et la gère localement, souvent partant de zéro plutôt que de s'inspirer des meilleures pratiques implantées ailleurs et qui sont démontrées. Il en résulte des délais de mise en œuvre et une mobilisation de ressources importante quand les ressources humaines manquent pour offrir les soins et services, ainsi que pour soutenir le courtage de connaissances et le développement des meilleures pratiques.

L'orientation vise à avoir une offre de soins et services qui réponde aux besoins des patients/usagers partout à travers le Québec, afin que la population ait accès aux mêmes soins et services, quel que soit leur lieu de résidence. Cette offre de soins et services doit être disponible partout. Le volume de soins et services offerts doit évidemment refléter la réalité locale des besoins.

Il en résulte une grande variabilité, d'un territoire à l'autre, quant à :

- » L'offre de soins et services;
- » Les pratiques professionnelles;
- » Les moyens technologiques en soutien aux soins et services.

La population doit aussi avoir accès à des professionnels ou à du personnel qui appliquent à travers le Québec les pratiques d'intervention les plus à jour et qui maximisent les compétences de chacun. La qualité des soins et services doit être uniforme au Québec. Des guides des meilleures pratiques ou d'implantation des nouvelles technologies doivent être développés par des experts et des professionnels terrain d'expérience afin de permettre à tous les établissements de les implanter rapidement et efficacement, et d'en maximiser les résultats cliniques.

Une telle orientation ne vise pas la centralisation de la gestion, ce qui est décrié comme étant à éviter par la majorité des personnes consultées. Elle vise plutôt l'accès à la même qualité des pratiques et des moyens à toute la population du Québec et vise aussi à des parcours de soins et services plus uniformisés et moins dépendants des choix locaux. Les établissements conservent la capacité d'adapter l'application des pratiques et des moyens technologiques à leur réalité locale.

L'innovation faite à l'échelle locale mérite d'être connue et reconnue à travers le réseau, et partagée.

6. RENDRE COMPTE SUR LES RÉSULTATS OBTENUS ET LE SENS CLINIQUE DES INTERVENTIONS

Le gouvernement a l'obligation de rendre compte à la population de l'investissement massif de fonds publics dans le réseau de la santé et des services sociaux. La population a aussi des attentes d'accès aux soins et services. Une culture de reddition de comptes sur la production et l'accès s'est donc développée. Cependant, cette reddition crée notamment une culture de compétition entre les travailleuses et travailleurs. Il en résulte aussi une possible manipulation dans la production des données ou dans l'organisation du travail pour répondre au besoin de présenter de bons résultats.

Or, la reddition de comptes, telle qu'elle s'est construite avec le temps, ne rend pas compte des résultats sur la santé globale des patients/usagers, ni de la population. Elle peut même avoir un effet délétère. Si, par exemple, la norme (nombre maximal d'interventions dans une situation donnée ou durée de séjour pour une affection) n'est pas respectée, il peut en résulter une situation sociale ou de santé qui requerra plus d'interventions au total, mais qui figureront dans un épisode différent, donc présentant de bonnes statistiques.

Il faut insister sur le fait que la pression à la production se fait souvent au détriment de la qualité et des obligations déontologiques. Il arrive même que les obligations institutionnelles aient souvent préséance sur les obligations professionnelles pour répondre aux grands besoins de la population. Cette pression a un effet délétère majeur sur les professionnels, et

contribue au désengagement et, à la longue, à l'épuisement. Le respect des obligations institutionnelles entre en conflit/tension avec les obligations professionnelles. Ces obligations demandent du temps - rencontrer les gens, procéder à une évaluation, en faire l'analyse, etc.

Cela crée une dissonance professionnelle et amène une lourdeur administrative qui prive la population de temps passé (à valeur ajoutée) pour des soins et services auprès des TdSSS. C'est un enjeu majeur, l'institution a normalement l'obligation de fournir aux intervenants les conditions favorables pour respecter leur code de déontologie.

L'orientation vise à changer la culture de reddition de comptes, notamment celle du MSSS, et de gestion qui en découle, pour l'orienter vers les résultats pour les patients/usagers, sur le sens clinique des interventions, sur la pertinence des interventions, plutôt que seulement vers la production de soins et services, et l'accès. L'orientation vise la production de données qui soit liée à l'accès à la santé globale (orientation 2) plutôt que sur l'accès aux soins et services. L'hypothèse est avancée que des soins et services plus appropriés et pertinents auront un bénéfice positif sur l'accès. De plus, arrimer la reddition de comptes aux résultats visés plutôt qu'à la production ramènera le sens que portent les TdSSS dans leur travail, être au service des patients/usagers plutôt que d'être des machines à produire des soins et services.

7. PASSER DE LA CULTURE DE SÉCURITÉ À LA GESTION DU RISQUE

Il s'est développé au Québec, à la suite d'accidents ou d'événements malheureux, une approche de réduction des risques qui oblige, notamment les professionnels, à réaliser des interventions supplémentaires pour réduire les risques cliniques (du domaine des interventions en santé ou sociales), ou à beaucoup documenter leurs interventions. Il est souvent rapporté que le temps consacré à la documentation dépasse le temps d'intervention, ce qui a donc un impact direct sur l'accès aux soins et services.

Au niveau clinique, il est aussi souvent documenté que des interventions sont réalisées afin de réduire les risques de complications (santé ou sociales) même si ces risques sont faibles. Il s'est développée une importante culture de la sécurité, ce qui a amené dans le réseau un très grand nombre de normes à suivre, entre les obligations déontologiques, les normes des guichets d'accès, les formulaires de communication interprofessionnelle, les normes d'Agrément Canada et normes d'agrément professionnelles, les normes définies par le MSSS pour chaque programme, etc. Les normes peuvent être un frein à la créativité.

Par une approche de gestion des risques, il faudrait, tant en gestion qu'en clinique, s'éloigner de la pratique défensive et évaluer objectivement, pour chaque action, l'investissement de ressources requises (temps ou argent) et les gains obtenus, quand les gains sont minimes et les ressources requises sont significatives, les pratiques devraient être abandonnées ou remplacées.

Cela vaut pour :

- » Les risques organisationnels;
- » Les risques cliniques;
- » La documentation des interventions tout en assurant les besoins de suivi et de protéger les professionnels face à leurs responsabilités déontologiques.
- » Au regard des patients/usagers, il s'agit souvent d'une bienveillance portée plus par l'anxiété des TdSSS que d'une nécessité clinique.
- » Miser sur l'interdisciplinarité et la co-responsabilité peut notamment aider à s'éloigner de la culture défensive.

8. SOUTENIR TOUS LES SOIGNANTS (PATIENTS/USAGERS/CITOYENS/PROCHES, TDSSS) ET REVOIR L'ORGANISATION DU TRAVAIL AFIN D'INSCRIRE LES SOINS ET SERVICES SOCIAUX COMME UNE RESPONSABILITÉ SOCIALE ET COLLECTIVE

Les orientations exposées ci-haut sont déjà portées dans des équipes ou des groupes dans le réseau. Le défi est d'atteindre cette vision dans l'ensemble du réseau québécois. C'est un changement de culture du réseau et de la société quant à la santé globale et quant aux responsabilités de chacun. L'objectif global est de porter collectivement la responsabilité de la santé globale de la population. La collectivité représente ici les soignants, soit les patients/usagers, leurs proches, et l'ensemble des acteurs du réseau de la santé et des services sociaux, de même que l'ensemble des acteurs qui agissent en périphérie du réseau (ordres professionnels, syndicats, associations diverses de professionnels, universités et écoles, services de police, etc.). Cette responsabilité est aussi portée par les citoyennes et citoyens au regard de ce qu'ils attendent de tous ces acteurs. Nous ne devons plus seulement être responsables des moyens dont on dispose, mais nous devons être responsables des résultats que nous obtenons et de mettre en place des mécanismes d'accès pour celles et ceux que personne ne veut dans son service ou secteur, qui n'entrent dans aucune case.

Il en va de la confiance de la population envers cette grande institution qu'est le réseau de la santé et des services sociaux. Un nouveau contrat social doit être convenu avec la population et le réseau.

Un grand enjeu sera de faire évoluer cette culture désirée à travers l'ensemble du réseau. Cela demandera un grand niveau de concertation de même que du temps et surtout de la constance. Un changement de culture peut prendre de 10 à 20 ans, les priorités ne doivent pas changer après 2-3-4 ans. L'approche d'implantation de ces changements désirés est très importante. Elle doit mobiliser l'ensemble des acteurs, faire l'objet de guides d'implantation pour maximiser les efforts/résultats, laisser place à une adaptation à la réalité locale, et enfin être soutenue tout au long de son implantation, pas seulement lors du développement du prototype.

8.1. RECONNAÎTRE CONCRÈTEMENT LES SPÉCIFICITÉS DE CHAQUE FONCTION

La reconnaissance concrète des spécificités de chaque milieu de travail doit se traduire en des conditions salariales qui sont soutenantes. Plus spécifiquement, des conditions salariales devraient se démarquer nettement (pas seulement des primes de quelques dollars par quart) pour reconnaître :

- » Le travail hors des heures de jour durant la semaine;
- » La complexité et la spécialisation requises dans certains domaines.

Cette reconnaissance permettrait d'améliorer les chances d'avoir par exemple des infirmières ou des préposés de soir et de nuit, ou des travailleuses sociales en protection de la jeunesse. Il en va de même pour les gestionnaires qui portent de lourdes responsabilités.

8.2. FORMATION DES TDSSS

La formation des professionnels doit aussi être revue, non pas pour l'arrimer au marché du travail, mais pour la considérer à l'aune des responsabilités collectives, des besoins de spécialisation à considérer, du nouveau contrat social proposé, etc.

Il est important de préparer et soutenir l'apprentissage de la réalité par les futurs TdSSS, professionnels ou non-professionnels, réalité qui peut être souffrante si on y est confronté sans préparation ou soutien, ce qui peut même être traumatisant pour certain.e.s. Il faut éviter de normaliser que c'est difficile d'être un TdSSS, mais plutôt soutenir, dans un environnement bienveillant, l'appropriation du travail dans des conditions difficiles.

Les conditions d'études et des stages doivent être revues, en visant à la fois les meilleures conditions d'apprentissage et la meilleure adéquation entre les enseignements et la pratique.

Dans ce contexte, il est important d'assurer une cohérence avec les universités et les écoles, notamment sur quoi les étudiant.es sont évalués, avec les ordres professionnels et la déontologie, avec le MSSS et politiques, avec les établissements et les attentes face aux professionnels.

Enfin, l'application des orientations quant à la formation des TdSSS doit être réfléchi et réalisée en impliquant au premier chef les premières personnes concernées, soit les étudiant.e.s.

Revoir la formation, dont les stages, peut avoir un impact positif sur la persistance à long terme au travail et réduire les risques de fatigue de compassion et d'épuisement professionnel. Mieux préparés et mieux soutenus, meilleures seront les chances pour les TdSSS de s'accomplir et de demeurer à long terme. Il faut viser le mieux-être des TdSSS dès le début de leur formation.

8.3. SOUTIEN AUX TDSSS ET AUX GESTIONNAIRES

Le besoin de soutien de tous les TdSSS est majeur, particulièrement pour les jeunes qui débutent leur carrière. Il est tout aussi important pour les gestionnaires, particulièrement les jeunes gestionnaires. Ce soutien doit aborder évidemment les actes du quotidien, notamment comment agir dans des situations complexes. Une dimension sur laquelle il est tout aussi important d'insister touche les aspects humains de la pratique et la posture prise comme soignant dans une situation donnée. Cette dimension touche les émotions vécues qui font partie de la réalité des soignants, les impasses dans lesquelles les soignants peuvent se retrouver, etc. L'aspect humain de la pratique est tout aussi important que les actes, et un soutien approprié favorisera le mieux-être des TdSSS. Et ce soutien ne peut être offert que dans un environnement sécuritaire.

Afin d'avoir des programmes de soutien aux TdSSS et aux gestionnaires répondant à leurs besoins, il faut au préalable réaliser une démarche pour bien circonscrire ces besoins. Une telle démarche peut être réalisée au niveau national dans un premier temps, mais aussi au niveau local pour tenir compte de cette réalité locale (locale à l'établissement, et locale à chaque service ou équipe).

Des programmes de coaching ou de mentorat bienveillant doivent ainsi être disponibles partout au Québec. Un mentorat de deux ans pour les jeunes professionnels ou jeunes cadres serait pertinent. Ces programmes visent tant le soutien des personnes face à des situations difficiles, que le développement des pratiques vers les meilleures pratiques reconnues. Les programmes destinés aux professionnels et aux cadres devraient aussi couvrir des réflexions sur les relations de pouvoir professionnel (notamment sur les patients/usagers) et sur les relations de pouvoir organisationnel.

Les gestionnaires de premier niveau doivent viser de passer le maximum de leur temps auprès de leur équipe. Ces gestionnaires devraient aussi passer plus de temps à remonter les enjeux du bas vers le haut de l'organisation que l'inverse.

Le soutien est une forme importante de reconnaissance du travail accompli, de l'investissement des personnes dans leur travail, mais aussi de la complexité des situations qu'elles/ils rencontrent au quotidien.

Comme pour la formation, un soutien adéquat aux TdSSS et aux cadres, peut avoir un impact positif sur la persistance à long terme au travail et réduire les risques de fatigue de compassion et d'épuisement professionnel. Mieux soutenus, meilleures seront les chances pour les TdSSS de s'accomplir et de demeurer à long terme.

8.4. CONCILIATION TRAVAIL-VIE PERSONNELLE

La conciliation travail-vie personnelle est un enjeu incontournable aujourd'hui et demande aux organisations (qui sont souvent de très grandes structures rigides) d'adapter l'environnement et les conditions de travail, ce qui peut résulter en une plus grande capacité d'attraction ou de rétention.

8.5. ÉQUILIBRE TÉLÉTRAVAIL-TRAVAIL EN PRÉSENCE

Le télétravail, lorsque possible, est très bénéfique à la conciliation travail-vie personnelle. Cependant, un équilibre doit être recherché à cet effet, car le télétravail à temps plein élimine les discussions informelles, de corridor, qui sont importantes à la conciliation des équipes et au soutien entre professionnels. Le contact proximal favorise la socialisation au travail et le sentiment d'appartenance.

8.6. PROGRAMMES D'AIDE AU PERSONNEL/MÉDECINS

Les programmes d'aide au personnel ou aux médecins sont variables selon les fournisseurs de services. Il y a un certain sentiment que les programmes ne répondent pas nécessairement aux besoins des personnes. Un arrimage entre l'offre de services et les besoins serait à faire.

Le contexte organisationnel et structurel engendre une pression sur les TdSSS, et on leur remet leur responsabilité de leur bien-être sur leurs épaules en offrant des programmes d'aide, et en leur envoyant des rabais à divers services, gym, spa, etc. La solution devrait être plutôt collective.

8.7. PLANIFICATION DE LA MAIN-D'ŒUVRE

La planification de la main-d'œuvre à long terme est une condition essentielle au changement de culture. Changer les pratiques et la culture ne sera pas possible si les ressources requises ne sont pas au rendez-vous. La planification des ressources est aussi à prévoir en sens inverse, c'est-à-dire que l'organisation des services et le fonctionnement des équipes interdisciplinaires doivent se planifier avec ce qui sera possible.

Conclusion

Comme mentionné au début, malgré le climat difficile, la majorité des TdSSS demeure en poste et continue de travailler dans le réseau. Il faut le reconnaître. Les TdSSS restent pour la qualité de leur équipe, le bon esprit. Leur équipe est souvent leur soupape pour les soutenir, en vase clos, dans un système non soutenant. Toutefois, il est important d'agir maintenant et d'appliquer les orientations proposées dans ce document. Autrement, on continuera d'ajouter de l'eau dans la baignoire quand elle fuit.

Le réseau est en transformation et en adaptation, encore et toujours. Bien que la majorité demeure en poste et continue de desservir les patients/usagers, les TdSSS subissent beaucoup de pression, ne sentent pas avoir les moyens de répondre aux attentes qu'elles et ils se fixent dans leur travail, se sentent pris dans des structures qui bougent difficilement et qui ne sont pas adaptées à la situation. Elles et ils sentent perdre le sens profond de leur travail afin de pouvoir répondre à la demande grandissante. Les TdSSS veulent retrouver l'humanisme et revenir à leur rôle de soignant, prendre soin, accompagner, avoir le temps de considérer les personnes et non pas seulement les problèmes qu'elles ont.

Assurer l'accès à la santé globale, prévenir plutôt que guérir, avoir une approche holistique des personnes et de leurs enjeux de santé et sociaux, et porter collectivement cette responsabilité est proposé ici comme un changement majeur dans le grand réseau de la santé et des services sociaux. Il est cru que d'assurer l'accès à la santé globale plutôt que l'accès aux soins et services ramènera un peu plus d'humanisme, permettra à plusieurs d'avoir plus de temps pour accompagner et soutenir, d'être présents et d'avoir le temps de la relation avec les patients/usagers/citoyens, et ramènera le sens de leur engagement dans leur profession/travail.

Il est important de changer le centre d'attention du réseau. Actuellement, le réseau (et non les TdSSS) prend beaucoup d'énergie à se «re-structurer». Pendant ce temps, les TdSSS ont l'impression de ne pas consacrer toutes leurs énergies à soigner (au sens large). Le réseau doit se «re-centrer» sur sa nouvelle mission, l'accès à la santé globale.

Les orientations, prises dans leur ensemble, proposent un nouvel ordre, un nouvel équilibre. Il est important de souligner que ce sont des orientations, pas des actions à entreprendre.

Le chemin de la mise en œuvre est encore à définir. Les orientations proposées ne pourront prendre forme sans un dialogue mobilisant à la fois les dirigeants et la base de même que des experts pour en préciser les objectifs et les résultats attendus, les clientèles visées, les moyens d'application, les capacités d'adaptation locales, et pour en mesurer l'impact et les résultats. Aucune orientation et son plan d'action ne doit être décidé sans une réelle consultation et une concertation du haut vers le bas et du bas vers le haut. Cela évitera aussi que des orientations nationales ne semblent pas connectées à la réalité du terrain.

La liberté professionnelle est un élément central dans un réseau aussi complexe que celui de la santé et des services sociaux. Cela présente un défi paradoxal. La liberté professionnelle est importante afin que chaque TdSSS puisse s'adapter à la réalité de chaque personne. Toutefois, cette liberté doit s'exercer dans un cadre assurant l'accès équitable aux soins et services du réseau, quel que soit le lieu de résidence d'une part. D'autre part, la liberté doit s'exercer aussi dans un cadre professionnel orienté vers les meilleures pratiques, vers les soins et services les plus pertinents. Il y a ici un équilibre à chercher.

Les orientations proposées visent à revoir les aspects organisationnels et structurels du réseau et à porter collectivement la responsabilité d'assurer l'accès à la santé globale, et à porter collectivement le bien-être des TdSSS et de la population. Ces orientations visent à solidifier le sentiment d'appartenance. La mobilité du personnel reflète un mal-être, l'instabilité du personnel et des services interrompus affectent la continuité des soins et services.

Il serait important de regarder collectivement la question de défense des droits. Les TdSSS ne peuvent pas prendre publiquement la parole; ils s'exposent à des sanctions s'ils le font. Or, de qui relève la responsabilité de défendre les droits des personnes en situation de vulnérabilité? La défense des droits des patients/usagers/citoyens est directement liée à l'engagement des TdSSS. Il est important de trouver une place non seulement pour organiser le réseau, mais pour dialoguer collectivement des droits, dans une perspective de choix collectifs à faire. Il est important de soutenir la démocratie dans le réseau.