

Rapport de recherche

Constats et recommandations des suites des États Généreux

**Anaïs Galy¹, Francis Maisonneuve¹, Michel Lorange²
et Denis Chênevert³**

1. Candidats au PhD en Comportement Organisationnel et RH, HEC Montréal,
2. Éthicien clinique et organisationnel, CISSS de Laval et CHU Ste-Justine,
3. Professeur titulaire, département des RH, HEC Montréal, Directeur du Pôle Santé HEC Montréal, Codirecteur de l'axe gestion du changement de l'Unité de Soutien SSA

AVEC LA COLLABORATION DE :

Claire Gamache

Médecin psychiatre
Présidente Association des médecins psychiatre du Québec

Marie-Ève Bouthillier

Cadre conseil en éthique au CISSS de Laval,
Professeure agrégée de clinique, Faculté de médecine, UdeM

ENTÉRINÉ PAR :

Les membres du comité scientifique des États Généreux



Table des matières

Préambule.....	3
Orientation 1 : La santé globale dans une perspective holistique comme objectif central	5
1. Créer un observatoire national chargé de la santé populationnelle globale	6
2. Créer un comité national de formation et de sensibilisation à la prévention et à la promotion de la santé	7
Orientation 2 : Faire des choix assumés collectivement.....	7
3. Créer une commission nationale de priorisation des actes médicaux	8
4. Compléter les niveaux de soins	9
5. Incitation de la population à compléter ses directives médicales anticipées (DMA) et obligation des soignants de les respecter	9
6. Soutien local à la décision médicale lors de demande de soins jugés inappropriés	9
7. Priorisation des services diagnostiques et thérapeutiques ambulatoires.....	10
8. Priorisation des chirurgies	10
Orientation 3 : Soutenir tous les soignants et revoir l'organisation du travail afin d'inscrire les soins et services sociaux comme une responsabilité sociale et collective.....	11
9. Réviser le rôle des gestionnaires	11
10. Intégrer la rétroaction de manière ascendante (bottom-up)	12
11. Créer un observatoire national sur la santé et le mieux-être au travail (SMET) du personnel du RSSS	12
12. Créer des espaces de discussion interdisciplinaires	14
13. Instaurer une culture juste basée sur l'empathie mutuelle	15
14. Investir dans l'attractivité du réseau	16
Conclusion	16

Préambule

Face au constat criant d'un réseau de la santé et des services sociaux¹ (RSSS) à bout de souffle et de travailleurs de la santé et des services sociaux (TdSSS) de plus en plus marqués par la perte de sens dans leur travail, divers acteurs du réseau se sont réunis dans une volonté engagée de faire émerger des orientations du terrain. De cette initiative sont nés les *États généreux*² : une action concertée pluridisciplinaire et engagée. En préparation des États généreux, une quinzaine de groupes diversifiés ont été rencontrés afin d'établir les constats actuels du RSSS et les orientations à privilégier pour corriger la situation. Cette consultation a permis de rédiger le cahier du participant³ qui a servi de base pour les discussions sur les orientations pendant le forum États Généreux. Organisé le 28 avril 2023, ce forum a réuni **plus d'une centaine d'acteurs** travaillant dans ou en périphérie du réseau, ainsi que des experts du domaine. Ce forum a permis d'identifier les orientations stratégiques prioritaires afin de repositionner collectivement le rapport à la santé populationnelle, au RSSS et à ses travailleurs en plus de souligner l'importance de prendre soin de nos soignants. Ce groupe s'est attardé à choisir collectivement les trois orientations devant faire l'objet d'actions jugées essentielles et prioritaires, puis à les opérationnaliser afin d'offrir des pistes d'actions concrètes et engagées à déployer au sein du RSSS. Le présent mémoire constitue un plan de d'action concret et pragmatique pour s'attaquer à ces enjeux.

Le chantier à entreprendre est ambitieux et nécessitera un changement systémique à tous les niveaux du réseau, ainsi qu'une transformation culturelle du RSSS sur le long terme. En effet, il s'agit de repositionner le RSSS dans son intégralité comme un vecteur de santé populationnelle et non plus comme un gestionnaire de maux ou de maladie. La prévention et la promotion de la santé de la population doivent notamment devenir des objectifs partagés par les décideurs, les soignants et les citoyens. Ce changement doit notamment se traduire par une considération holistique des usagers du RSSS. 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. Les TdSSS sont les personnes qui œuvrent dans le RSSS, pris ici dans une perspective inclusive, qui comprend tant le réseau public que les organismes communautaires, les entreprises d'économie sociale et les entreprises privées, tous ayant comme point en commun leur interaction avec l'utilisateur / le patient / le citoyen ayant des besoins.

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 volontaire inclusive.

² [Etatsgenereux.ca](https://static1.squarespace.com/static/6413ac2c2375cd59a2584504/t/643fef62a79e425103851e5e/1681911651178/Etats+ge%CC%81ne%CC%81reux+%E2%80%93+Cahier+du+participant.pdf)

³ <https://static1.squarespace.com/static/6413ac2c2375cd59a2584504/t/643fef62a79e425103851e5e/1681911651178/Etats+ge%CC%81ne%CC%81reux+%E2%80%93+Cahier+du+participant.pdf>

Dans cette même perspective, il s'agit de prendre soin des soignants qui sont pour beaucoup au bout de leurs ressources et qui accumulent depuis longtemps des combats moraux, des conflits éthiques et une usure autant physique que psychologique. Tous ces éléments entraînent des conséquences délétères pour la santé au travail des soignants, des risques d'épuisement professionnel ou d'accidents du travail accrus, mais également une perte des talents qui quittent le RSSS et, parfois même, la profession.

Il s'agit ainsi de sortir de ce cercle vicieux ayant actuellement des effets néfastes sur la santé des soignants, le type, la qualité et l'accessibilité des soins et services prodigués, et ultimement, sur la santé de la population. Or, comme le souligne ce mémoire, des actions structurantes et déjà expérimentées sont envisageables afin de redonner du pouvoir d'agir aux travailleurs, retrouver le sens de leur engagement dans le RSSS et prendre soin des soignants au sens large.

Ce mémoire présente 15 objectifs détaillant le plan d'action pour actualiser les trois orientations retenues lors du forum. Les objectifs sont à un niveau macroscopique. L'opérationnalisation de ces objectifs devra être réfléchiée avec des acteurs de terrain et devra s'arrimer avec les missions de diverses instances ou structures du RSSS, dont les instances de médecine préventive et de santé publique. Trois éléments sont cruciaux dans cet exercice à réaliser :

- La formation d'un comité est proposée pour plusieurs objectifs; ce comité devra être formé en majorité par des citoyennes et citoyens, dont des patients-partenaires; la responsabilité de la santé globale de la population est sociétale et intersectorielle et non seulement la responsabilité de ses experts;
- Les objectifs formulés dans ce mémoire doivent être maintenus, les modalités de réalisation de ces objectifs devront être définies et arrimées avec les structures existantes;
- Certaines structures existantes dans le réseau pourront être appelées à être redéfinies ou à être abolies pour aller vers de nouvelles modalités.

Au vu de ces différents constats, l'ensemble des parties prenantes engagées dans ce forum souligne cet élément crucial : ***le statu quo n'est plus possible ni acceptable !*** Des choix courageux doivent être portés par les décideurs politiques afin de remettre la santé de la population et la santé de ses soignants au cœur de la vision et de la gestion du RSSS. Quinze objectifs répartis sur trois orientations sont présentés à cet effet.

Orientation 1 : La santé globale dans une perspective holistique comme objectif central

Dans la continuité de la définition de la santé proposée par l'Organisation mondiale de la Santé (OMS)⁴, l'ensemble des parties prenantes impliquées dans le forum des *États généreux* souligne l'importance d'un changement de perspective dans la gestion de la santé et des services sociaux au Québec. Ceux-ci doivent s'inscrire dans une valorisation forte d'une culture de prévention et de promotion de la santé populationnelle, au détriment de la considération curative de la santé très dominante⁵. Il s'agit également de sortir du modèle hospitalocentriste pour reconnaître et valoriser la pluralité des acteurs et des structures pouvant contribuer à l'amélioration de la santé globale de la population⁶. Ce changement de perspective nécessite de promouvoir des choix politiques et sociétaux engagés ainsi que de rendre chaque citoyen acteur de sa propre santé et de réduire les inégalités en santé.

Ainsi, s'orienter vers l'accès à la santé globale signifie :

- Considérer le patient/usager/citoyen dans sa globalité, et non pas uniquement par l'entremise de ses enjeux de santé ou problématiques sociales, et ce, selon une approche holistique et en partenariat;
- Mettre l'emphase et ce, de façon importante, sur la prévention primaire, secondaire et tertiaire des enjeux de santé ou sociaux plutôt que de les corriger, plutôt que de guérir; la prévention et la promotion de la santé doivent ainsi être positionnées comme une responsabilité de tous les soignants (TdSSS, patients/usagers, proches) et non pas de certains groupes institutionnels spécifiques;
- Considérer les déterminants de la santé de façon intégrative, en incluant également les déterminants sociaux, le processus de production des problèmes sociaux, ou encore le processus de production du handicap;
- Considérer les contributions de l'ensemble des acteurs du grand réseau, en misant notamment sur la collaboration des patients partenaires et des acteurs du communautaire, dont les capacités d'adaptation et de travail de proximité favorisent l'accès à la santé globale.

Afin de faciliter la mise en action de ces enjeux distincts, la gestion de cette orientation devra se traduire à différents paliers décisionnels du RSSS, soit national (provincial) et local. Cela favorisera une planification, une organisation et un financement des ressources alignés aux besoins populationnels locaux et nationaux en matière de santé globale. Deux objectifs prioritaires sont proposés pour y parvenir :

⁴ La santé est un état de complet bien-être physique, mental et social et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité (<https://www.who.int/fr/about/governance/constitution>)

⁵ Gouvernement du Québec (2021), *Le devoir de faire autrement - Partie 1: Renforcer le rôle stratégique de la santé publique*, Commissaire à la santé et au bien-être. 24 pages.

⁶ Marrot, B. (2020). Administrer le système hospitalier ou administrer le système de santé ? *Revue française d'administration publique*, 174, 443-458. <https://doi.org/10.3917/rfap.174.0147>.

1. Créer un observatoire national responsable de la santé populationnelle globale

L'observatoire national de la santé populationnelle sera responsable de l'évaluation de la santé, et ce tant au niveau national que local. Il sera également tenu d'orienter l'attribution des ressources favorisant le déploiement de la santé globale en prenant en compte les besoins locaux et nationaux. Plus précisément, ces deux mandats principaux se détaillent comme suit.

Premier mandat : réaliser un portrait régulier et exhaustif de la santé globale de la population québécoise détaillant notamment :

- L'état de santé physique;
- L'état de santé mentale;
- Les besoins sociaux et les déterminants sociaux de la santé;
- L'accès aux soins et services publics et communautaires;
- L'accès aux services ou approches de prévention primaire, secondaire et tertiaire des problèmes de santé ou des enjeux sociaux;
- L'accès aux activités de promotion de la santé.

De plus, l'observatoire national veillera à la création et à l'intégration d'observatoires régionaux qui auront pour leur part le mandat de réaliser et de faire le suivi du portrait de santé populationnelle au niveau local. Cet ajout d'observatoires régionaux vise à tenir compte des disparités géographiques des besoins populationnels québécois en matière de santé, et ce, tant en termes de caractéristiques citoyennes locales que de niveaux d'accès aux RSSS. Ces branches régionales auront la même composition que l'observatoire national, à l'exception de l'ajout de représentants régionaux.

Second mandat : arrimer les constats nationaux et régionaux en matière de santé populationnelle avec les orientations stratégiques futures et avec l'attribution des financements. Dans cette perspective, il sera responsable de :

- Déterminer l'attribution juste et pertinente des budgets par grands secteurs d'activités (santé physique, mentale, services sociaux, prévention, promotion de la santé, organismes communautaires/institutionnels, etc.) et en fonction des besoins nationaux et locaux;
- Surveiller et analyser les écarts entre les ressources attribuées et les besoins nationaux et locaux;
- Prendre des décisions financières éclairées et éclairantes afin de promouvoir la santé globale reposant sur une prise en compte tant sanitaire que sociale des enjeux populationnels, plutôt que d'emprunter uniquement une perspective réactive de gestion du réseau.

Composition de l'observatoire :

- Des experts nationaux en santé publique;
- Des experts nationaux en santé physique;
- Des experts nationaux en santé mentale;
- Des citoyens (composant un tiers du comité);
- Des représentants d'organismes communautaires (composant un quart du comité) couvrant les services de santé, les services sociaux, de même que ceux répondant à divers déterminants sociaux de la santé;
- Des éthiciens cliniques;
- Des élus provinciaux ou municipaux (selon le palier de compétence).

2. Créer un comité national de formation et de sensibilisation à la prévention et à la promotion de la santé

La prévention et la promotion de la santé doivent être inscrites comme une responsabilité de toutes les parties prenantes : TdSSS, patients/usagers, proches, citoyens, politiciens. À cet effet, un comité national de formation et de sensibilisation à la prévention primaire, secondaire et tertiaire, ainsi qu'à la promotion de la santé devrait être formé, notamment afin de développer la littératie en matière de santé individuelle et populationnelle.

Ce comité veillera à ce que l'ensemble des programmes de formation des professionnels (formation initiale et formation continue) de la santé physique, mentale, et des services sociaux incorporent les interventions de prévention comme axe prioritaire d'intervention. Ce comité sera également responsable de développer et d'organiser la diffusion de modules de sensibilisation quant à l'importance de prendre soin de sa santé destinés à l'ensemble des citoyens. Cela pourrait notamment être réalisé sous la forme de modules d'enseignement dispensés lors de la scolarisation, ou encore de modules citoyens proposés dans les communautés.

Orientation 2 : Faire des choix assumés collectivement

Les besoins populationnels en santé sont illimités et, pour leur part, les ressources du RSSS sont limitées. Ainsi, une des orientations proposées lors du forum des *États généraux* est de faire des choix collectifs au bénéfice de l'ensemble de la population. Ce type de décision est certes difficile à assumer politiquement, mais s'en abstenir fait porter cette lourde responsabilité localement par les TdSSS et par les gestionnaires de premier niveau, deux groupes professionnels déjà exposés à des facteurs de risque psychosociaux et des surcharges de travail majeures.

Les enjeux de santé physique, mentale ou sociale sont préoccupants pour chaque individu. Par ailleurs, ce n'est pas parce qu'un soin ou service est exigé qu'il est approprié en toute situation.

Répondre à tous les besoins individuels en appliquant le principe de « premier arrivé, premier servi » a pour conséquence de fragiliser les ressources disponibles pour répondre aux intérêts collectifs⁷. Cette façon de faire est incompatible avec les idéaux d'universalité et de justice distributive valorisés dans notre société et ne distingue pas les différences majeures entre le paradigme de demande et celui de besoin.

Cette question des choix collectifs au bénéfice de l'ensemble de la population doit être abordée au regard de tous les soins et services du RSSS. Elle est particulièrement pertinente à court terme au niveau des soins hospitaliers et médicaux spécialisés. Ainsi, faire des choix sur ce plan, où les coûts sont très élevés, permettra d'investir les économies réalisées en services de première ligne, de prévention et de soutien à domicile.

Dans le contexte particulier de soins hospitaliers et médicaux spécialisés, l'actualisation de cette orientation pourrait se faire à trois niveaux. Tout d'abord à partir d'une perspective nationale, ensuite citoyenne, et enfin, individuelle. Pour y parvenir, six objectifs sont formulés.

3. Créer une commission nationale de priorisation des actes médicaux⁸

Créer une commission nationale de priorisation des actes médicaux dont l'objectif est de rendre accessibles les services de santé et services sociaux à un plus grand nombre de personnes, en considération des limitations budgétaires et politiques. Cet objectif sera atteint en utilisant de façon appropriée et pertinente certains services jugés coûteux et en retirant ceux prouvés inefficaces, qui produisent un gain faible ou nul en termes de qualité de vie et/ou d'espérance de vie, etc. Ces orientations de la commission doivent être appliquées à travers le Québec. Les travaux de cette commission doivent s'inscrire dans une démarche citoyenne. Les membres de cette commission devraient être en majorité des citoyens, dont une partie patients-partenaires, ainsi que des élus municipaux (ou des MRC). La commission proposée pourrait également être accompagnée par des experts de façon ponctuelle. Les gains obtenus de ces travaux devront être investis en prévention primaire, secondaire et tertiaire, en promotion de la santé, de même qu'en première ligne dont les soins à domicile et les organismes communautaires dans une visée de santé globale.

⁷ Persad, G., Wertheimer, A., & Emanuel, E. J. (2009). Principles for allocation of scarce medical interventions. *The Lancet*, 373(9661), 423-431. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(09\)60137-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(09)60137-9)

⁸ Un lien entre la commission proposée et l'Institut de la pertinence des actes médicaux (IPAM) doit être fait. La mission de l'IPAM est d'éliminer ou restreindre des actes médicaux inappropriés, rendus à des fréquences excessives ou non conformes aux bonnes pratiques médicales et de générer des économies et les réinvestir dans l'amélioration de l'accessibilité des services de médecine spécialisée au bénéfice de la population du Québec. La commission proposée ici vise à réinvestir dans la prévention, les services de première ligne, et les autres services de santé et services sociaux que l'amélioration de l'accessibilité des services de médecine spécialisée.

4. Compléter les niveaux de soins

L'augmentation de l'espérance de vie accroît les risques de troubles neurocognitifs, contraignant potentiellement les proches à se substituer aux personnes touchées par la perte d'aptitude. Ce sont les proches qui doivent prendre des décisions sur les soins à prodiguer et ceux-ci sont souvent hésitants à limiter les soins, ne voulant pas abandonner l'être cher. Il arrive même que les proches insistent pour que des soins, jugés disproportionnés, sans valeur ajoutée au plan clinique, soient administrés. Ces demandes se produisent lorsque les volontés des patients sont inconnues ou lorsque les risques des soins sont sous-estimés par les proches. Ces situations causent souvent un conflit moral, de l'énergie et du temps chez les TdSSS qui selon leur jugement clinique, estiment que ces demandes ne visent pas le bien-être du patient. Ainsi, lorsque la maladie arrive, et plus particulièrement la condition chronique, le niveau de soins doit être complété pour chaque patient et réévalué annuellement.

Ainsi, l'objectif est que chaque patient ayant une condition chronique ait un niveau de soins jugé conforme à ses volontés et son projet de vie et reflétant ce qui est médicalement approprié.

5. Incitation de la population à compléter ses directives médicales anticipées (DMA) et obligation des soignants de les respecter

Pour la population dite en santé, il peut se produire des situations particulières dans lesquelles une personne a besoin de soins urgents, et ce sans que la personne puisse exprimer ses volontés et sans qu'un niveau de soins ait été complété. Afin que les décisions prises respectent les volontés de la personne, les objectifs sont :

- D'inciter la population à compléter leurs directives médicales anticipées (DMA) et d'en parler avec leurs proches;
- D'obliger les soignants à respecter d'abord les DMA, plutôt que la volonté des familles quand les soins demandés par les proches sont jugés non proportionnels à la condition clinique des patients;
- De sensibiliser la population à l'importance de respecter les niveaux de soins et DMA de leurs proches ainsi que les décisions médicales qui en découlent et qui seront appliqués par les TdSSS.

Le niveau de soins et les directives médicales anticipées doivent être concordants.

6. Soutien local à la décision médicale lors de demande de soins jugés inappropriés

Afin d'opérationnaliser le point précédent, un comité de soutien à la décision médicale sera créé pour chaque établissement par la direction des services professionnels, afin de soutenir l'évaluation de la pertinence d'offrir des soins ou des diagnostics fondés sur des preuves scientifiques et sur l'éthique pour un patient dans une situation donnée.

L'évaluation de la pertinence de la demande n'est pas seulement une question d'efficacité ou de proportionnalité clinique, elle doit aussi considérer la qualité de vie, le projet de vie de la personne et le contexte particulier propre à la personne. Ce comité sera composé de :

- Deux médecins de l'établissement;
- Un non-médecin ayant une expérience appropriée, idéalement en éthique, ou en clinique, en gestion ou en droit;
- Deux patients-partenaires

Lorsqu'un patient ou ses proches insistent pour avoir accès à des soins ou des diagnostics jugés non appropriés ou non proportionnels à la condition de santé, le médecin devra demander l'avis du comité avant de procéder. Une demande à ce comité devra également être faite si un médecin veut procéder à des soins qui seraient jugés non appropriés par des pairs ou par des membres de l'équipe interdisciplinaire. L'avis rendu par ce comité sera ainsi décisionnel.

7. Priorisation des services diagnostiques et thérapeutiques ambulatoires

Un comité sera créé dans chaque établissement pour superviser la priorisation de l'accès aux services diagnostiques et thérapeutiques ambulatoires afin que l'accès soit en fonction de la condition clinique de chaque patient, de la qualité de vie, du projet de vie et du contexte particulier propre à la personne. Une seule liste de priorités sera créée pour chaque service ambulatoire. Ce comité sera composé de cinq personnes, dont :

- Deux médecins de l'établissement;
- Un non-médecin ayant une expérience appropriée, idéalement en éthique, en clinique, en gestion ou en droit;
- Deux patients-partenaires.

Ce comité assurera l'application de critères cliniques, convenus nationalement, permettant de prioriser les patients.

8. Priorisation des chirurgies

Un comité sera créé dans chaque établissement pour superviser la priorisation de l'accès aux services chirurgicaux pour les patients hospitalisés et ambulatoires, afin que l'accès soit en fonction de la condition clinique de chaque patient, de la qualité de vie, du projet de vie, et du contexte particulier propre à la personne. Une seule liste de priorités sera créée pour le bloc opératoire. Ce comité sera également composé de cinq personnes, dont :

- Deux médecins de l'établissement;
- Un non-médecin ayant une expérience appropriée, idéalement en éthique, ou en clinique, en gestion ou en droit
- Deux patients-partenaires.

Ce comité assurera l'application de critères cliniques, convenus nationalement, permettant de prioriser les patients.

Orientation 3 : Soutenir tous les soignants et revoir l'organisation du travail afin d'inscrire les soins et services sociaux comme une responsabilité sociale et collective

Un phénomène à la fois observé dans des études empiriques et nommé lors des *États généraux* est que la quantité et la qualité des soins offerts est tributaire de la santé des soignants. Cependant, la structure actuelle du RSSS et l'organisation du travail ont des effets délétères sur l'ensemble des soignants⁹. Les TdSSS vivent des surcharges de rôles constantes, les proches ne savent plus à qui s'adresser pour épauler leurs êtres chers malades, ces derniers étant eux-mêmes épuisés et souvent incapables de comprendre comment naviguer dans le réseau¹⁰. À la lumière de ces observations, il apparaît impératif de mettre en place des mécanismes qui pourront soutenir les soignants en retirant des irritants, en offrant des ressources pertinentes et en améliorant les conditions de travail¹¹. Ces mécanismes doivent s'inscrire dans une double logique. Une première selon laquelle les soins et services relèvent d'une responsabilité collective, signifiant que chacun doit être un acteur à part entière dans la prise en charge de sa santé. Ensuite, dans une logique de responsabilité sociale, signifiant que les différents paliers gouvernementaux doivent être proactifs dans leur soutien à la santé populationnelle, et ce, dans le respect de leur juridiction respective. Pour y parvenir, sept objectifs sont identifiés:

9. Réviser le rôle des gestionnaires

Pour atteindre sa mission de soutenir la santé populationnelle, le réseau doit être bien administré. À cette fin, le ministère doit:

- Investir dans des formations à la gestion de proximité pour l'entièreté des gestionnaires du réseau, et particulièrement pour les gestionnaires de premier niveau¹². Le RSSS doit avoir une stratégie systématique d'accompagnement des TdSSS qui obtiennent un rôle de gestion pour la première fois;

⁹ Julien Lejeune, J., Chênevert, D., Fouquereau, É., Chevalier, S., Coillot, H., Gillet, G., Michon, J., G., Colombat, P., (2021), "Impact of the Participatory Approach on the quality of work life of healthcare providers and on the quality of care: national survey in paediatric oncology under the aegis of the French society of paediatric oncology", Dove Medical Press: Cancer Management and Research, 13, 2763-2771.

¹⁰ Beauchamp Legault, M., Chênevert, D., Maisonneuve, F. & Mansour, S. (2023). "How do Informal Caregivers of Seniors' Tasks Lead to Presenteeism and Absenteeism Behaviors? A Canadian Quantitative Study" International Journal of Environmental Research and Public Health 20, no. 7: 5392. <https://doi.org/10.3390/ijerph20075392>

¹¹ Chênevert, D. Kilroy, S., Fournier, P-L. & Johnson, K. (2021), "The determinants of burnout and professional turnover intentions among Canadian physicians: Application of the Job Demands-Resources model", BMC Health Services Research; Vol. 21, 1-10.

¹² Bosak, J., Kilroy, S., Chênevert, D. & Flood, P. (2021), Examining the Role of Transformational Leadership and Mission Valence on Burnout Among Hospital Staff, Journal of Organizational Effectiveness: People and Performance, 8(2), 208-227.

- Valoriser la cogestion médico-administrative aux différents niveaux hiérarchiques. Bien qu’initialement perçue comme coûteuse, la cogestion permet de mettre en exergue les compétences et expertises respectives des médecins et des gestionnaires du RSSL. Cette stratégie de gestion permet de rendre imputables de décisions exigeantes des duos synergiques, augmentant la cohérence de la décision et répartissant le risque associé. À terme, la cogestion permet d’augmenter la qualité et la rapidité des décisions, améliorant ainsi l’efficacité du RSSL ainsi que la qualité des soins prodigués;
- Dédier des ressources à la reconnaissance des TdSSL. Par exemple, octroyer à chaque gestionnaire un fonds discrétionnaire afin de mettre de l’avant des initiatives de reconnaissances¹³. Cela ne devrait pas être considéré comme une opportunité d’offrir des bonis à la performance, mais bien comme l’occasion de souligner convenablement les « bons coups » des TdSSL;
- Donner une latitude décisionnelle réelle aux gestionnaires de proximité. Tel que nommé par les gestionnaires du RSSL, l’écart entre les demandes des hautes directions et les moyens disponibles pour y répondre est beaucoup trop grand. Le savoir-faire des gestionnaires doit être valorisé et en ce sens, le RSSL doit leur offrir l’opportunité d’appliquer des solutions innovantes visant l’atteinte des objectifs convenus, et ce en diminuant l’approche par aversion du risque au profit d’une approche axée sur la sécurité psychologique, l’apprentissage, la collaboration et la création de valeur.

10. Intégrer la rétroaction de manière ascendante (bottom-up)

Le RSSL doit faire preuve d’une confiance accrue envers le terrain. Un mécanisme formel de transmission d’informations (de *voicing*) du bas vers le haut doit être instauré au sein des CISSS, CIUSSS et des CHU afin que chaque palier hiérarchique ait une conscience minimale de ce qui se passe au niveau opérationnel; et d’agir rapidement en conséquence. L’objectif est d’instaurer une gestion basée sur les besoins de la ligne de front, plus agile et qui ne sera pas embourbée par les structures rigides existantes. Afin de collecter cette information en structure ascendante (*bottom-up*), l’instauration de canaux de communication organisationnelle (tels que des boîtes à suggestions et des contacts réguliers avec les gestionnaires) doit se matérialiser en prenant compte des réalités locales de chaque établissement.

11. Créer un observatoire national sur la santé et le mieux-être au travail (SMET) du personnel du RSSL

La situation du RSSL est catastrophique en termes d’absentéisme. Près de 25 millions d’heures sont annuellement perdues pour cause d’absentéisme, ce qui constitue un paradoxe en contexte de pénurie de main-d’œuvre.

¹³ Chênevert, D, Hill, K. & Kilroy, S. (2022), “Employees perceptions of non-monetary recognition practice and turnover: Does recognition source alignment and contrast matter?”, *Human Resources Management Journal*, Vol. 32, no. 1, p. 40-57.

En 2018, avant la pandémie, plus de 557 millions de dollars ont été dépensés en indemnité d'assurance salaire dont 35,1% relevaient de problèmes de santé mentale pour 43% des coûts totaux¹⁴. La majorité des organisations du RSSS ne bénéficie pas d'une démarche intégrée en matière de SMET et comprend mal le lien entre la santé de leurs employés et la qualité des soins.

Afin de palier au taux d'absentéisme élevé résultant de la détresse psychologique du personnel et d'accroître leur bien-être au travail, il est impératif de :

- Développer une compréhension approfondie des meilleures stratégies et pratiques de gestion en SMET;
- Soutenir les gestionnaires dans l'évaluation, l'implantation et le suivi de leur stratégie de SMET;
- Accompagner les organisations dans le déploiement des meilleures pratiques de gestion afin de développer un environnement de travail sain.

À cette fin, trois thématiques sont suggérées :

Le positionnement stratégique du programme de SMET de chaque établissement afin de :

- Comparer les différents programmes SMET mis en place dans les organisations du RSSS pris ici au sens large¹⁵;
- Identifier le degré de maturité en matière de politiques et de pratiques de SMET;
- Donner l'occasion aux établissements de revoir leur positionnement stratégique à l'aide de guides pratiques permettant d'accroître leur degré de maturité et leur culture de SMET;
- Apporter un soutien aux établissements afin d'implanter une stratégie renouvelée de SMET.

L'analyse de l'impact des programmes de SMET sur la santé et le bien-être des employés afin de :

- Suivre l'évolution de la santé et du bien-être du personnel;
- Identifier les pratiques ayant le plus d'influence sur la santé du personnel;
- Identifier les barrières internes à l'efficacité des programmes de SMET;
- Évaluer le rôle des gestionnaires dans l'efficacité des programmes de SMET.

¹⁴ Gouvernement du Québec (2019), Pan d'action national visant la prévention des risques en milieu de travail et la promotion de la santé globale 2019-2023, La Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux, 68 pages.

¹⁵ Comprend tant le réseau public que les organismes communautaires, les entreprises d'économie sociale, et les entreprises privées, tous ayant comme point en commun leur interaction avec l'utilisateur / le patient / le citoyen ayant des besoins

L'estimation des retombées du programme de SMET afin de :

- Évaluer le retour sur investissement des programmes de SMET en place;
- Estimer l'impact des programmes de SMET sur la performance des ressources humaines;
- Mesurer l'impact de la santé du personnel sur l'absentéisme et les réclamations en assurance;
- Améliorer la marque employeur.

Il est illusoire de chercher à gérer la santé et le bien-être des soignants et de l'ensemble du personnel du RSSS si des mesures précises et récurrentes ne sont pas mises de l'avant et si des outils permettant la comparaison entre établissements ne sont pas offerts. La santé et le bien-être du personnel doivent être placés au rang des priorités ministérielles autrement peu d'améliorations seront observées. En fait, il devient impossible de vouloir gérer ce que l'on ne mesure pas.

12. Créer des espaces de discussion interdisciplinaires

Le réseau est constitué d'une grande diversité de professions, toutes importantes pour la mission du RSSS. Malgré cette diversité, peu d'information transige d'une profession à l'autre, générant ainsi confusion, voire méfiance, entre les corps de métiers¹⁶. Afin de réduire cette confusion et d'insuffler un sentiment de complémentarité, plusieurs actions peuvent être menées:

- Permettre à des professionnels de la santé de participer à des formations de professions connexes, favorisant ainsi une meilleure compréhension de la réalité et des compétences de cette dernière.
- Créer du matériel de formation destiné à un public interdisciplinaire basé notamment sur l'apprentissage et le soutien par les pairs.
- Offrir des plages horaires d'observation ("*shadowing*", jumelage ou formation croisée) afin que des professionnels puissent être témoins du quotidien d'autres professionnels permettant ainsi de bâtir des ponts importants et de favoriser une synergie interdisciplinaire. Ces synergies sont à identifier selon la nature du service, par direction, etc.
- Décloisonner les actions des TdSSS. Cette piste nommée à plusieurs reprises lors des *États généraux* souligne le fait que de nombreuses interventions sont actuellement centrées sur une vision en silo des actes et devraient plutôt s'orienter vers une prise en considération des trajectoires de soins. Une gestion interdisciplinaire de la santé populationnelle requiert une plus grande agilité et une réduction du nombre d'actes réservés. Loin de prôner une approche chaotique en termes d'intervention, cette mentalité provient d'une volonté des soignants de pouvoir contribuer au maximum de leurs compétences et d'agir en adéquation avec leur formation.

¹⁶ Smith CD, Balatbat C, Corbridge S, Legreid A, Fried J, et al. (2018) Implementing Optimal Team Based Care to Reduce Clinician Burnout, National Academy of Medicine, 13 p.

Mieux comprendre la réalité et les besoins des autres professionnels de la santé permet de réaliser qu'autrui peut aussi être compétent et avoir un raisonnement clinique judicieux. Un effort de sensibilisation et d'éducation sera nécessaire, surtout auprès des ordres professionnels.

- Permettre l'accès à des services d'éthique clinique permettant de discuter en interdisciplinarité d'enjeux éthiques vécus dans la pratique.

Il est important de souligner que les espaces de discussion interdisciplinaires doivent se faire à travers le RSSS, tant avec les citoyens et patients qu'avec les organismes communautaires, les entreprises d'économie sociale, et les entreprises privées, tous ayant comme point en commun leur interaction avec l'utilisateur / le patient / le citoyen ayant des besoins. Intégrer la santé à l'extérieur du ministère de la Santé et des Services sociaux

Les différents ministères doivent travailler en collaboration pour que la santé devienne un dossier partagé. La gestion de la santé populationnelle passe par un regard pluriel d'instances décisionnelles qui offrent des services à la population et l'éducation à la santé doit commencer tôt. Comme premier soignant et responsable de sa santé physique et psychologique, chaque individu doit être outillé en ce sens dès l'enfance. Une meilleure littératie en santé doit devenir une habitude. Cette initiative ne s'inscrit pas dans une logique néolibérale du chacun pour soi; au contraire, elle met au premier plan l'importance de la prévention primaire, secondaire et tertiaire, de la promotion de la santé, et l'accompagnement de populations vulnérables dont les ressources pour prendre en charge leur santé seraient devenues insuffisantes. Les écoles primaires, secondaires et les milieux communautaires apparaissent comme des vecteurs de choix pour offrir ce type d'information et de soutien. L'ensemble des entreprises ont aussi un rôle à jouer à cet égard, par l'enseignement et par la prévention des enjeux de santé en milieu de travail. Il est important de noter que la simple transmission d'informations n'est pas suffisante. Une personne qui comprend l'importance d'une bonne alimentation, mais n'ayant pas les revenus nécessaires pour acheter des légumes frais ne bénéficie pas de plus de d'informations nutritionnelles. La santé populationnelle passe donc manifestement par des actions sur les déterminants de la santé, notamment un accès à une éducation, de la nourriture, de l'air, de l'eau, des transports, des milieux de travail et de vie sains. De plus, la santé globale doit s'appuyer sur une logique collective respectueuse de l'environnement favorisant ainsi l'accès à un cadre de vie sain pour l'ensemble de la population.

13. Instaurer une culture juste basée sur l'empathie mutuelle

Malgré le changement de paradigme nommé, prodiguer des soins et services demeure une action requise par le RSSS. Cependant, la culture organisationnelle au sein des diverses installations de santé doit changer¹⁷. En ce sens, il semble important de :

¹⁷ Jourdain, G. & Chênevert, D. (2015), "The Moderating Influence of Perceived Organizational Values on the Burnout-Absenteeism Relationship" *Journal of Business and Psychology*, Vol. 30, 177-191.

- Mettre fin à la culture du blâme et de la surveillance. La culture qu'entretient le ministère et plusieurs hautes directions de CISSS et CIUSSS est perçue comme étant ancrée dans une logique de microgestion qui mine le sens au travail. La volonté de trouver des coupables à la suite d'un problème doit se substituer à une logique de soutien, de culture juste et d'amélioration continue, cette dernière étant prisée par les gestionnaires et cadres intermédiaires.
- Sensibiliser les patients, et la population générale, à la réalité des TdSSS. Travailler dans le RSSS peut être une expérience enrichissante et valorisante, mais aussi exigeante, surtout sur le plan émotionnel. Il est important de réhumaniser les soignants du réseau et de les présenter non pas comme des exécutants d'une vocation, mais comme des citoyens ayant eux aussi des besoins et des aspirations.

14. Investir dans l'attractivité du réseau

Le RSSS est en déficit de capital attractif, ou à tout le moins, l'attractivité est inégale d'une installation à l'autre. Entre pénurie de main-d'œuvre et gestion des actifs immobiliers, des solutions sont possibles, telles que :

- Investir dans les infrastructures. La qualité de l'espace physique du travail est un vecteur de satisfaction au travail pour les TdSSS et d'une bonne expérience pour les patients et usagers. Les établissements plus récents et bénéficiant de technologies de pointe sont plus attractifs que leurs pairs vétustes pour l'ensemble des soignants. Avoir des espaces de travail salubres est une condition nécessaire, mais non suffisante. Ainsi, établir un comité responsable de l'aménagement et de l'enjolivement des installations plus anciennes serait une piste de solution intéressante; de nouvelles idées de SAS de décompression et de salles de repos sont très porteuses.
- Rémunérer les stages. La pénurie de main-d'œuvre affecte l'entièreté des fonctions du réseau. Afin d'assurer la relève et d'envoyer le signal que le RSSS est un milieu qui valorise ses employés, payer les stagiaires serait une mesure structurante et soutenante pour les futurs TdSSS;
- Offrir des services. Soutenir les TdSSS est une source d'attractivité actuelle et pour les générations futures. Par exemple, instaurer des programmes de repas gratuits ou des garderies à même les installations serait fort bénéfique contribuant ainsi à diminuer la charge associée aux exigences de travailler dans le secteur et faciliterait la conciliation travail/famille;
- Penser plus loin en donnant un sens d'engagement social aux organisations de santé en gérant d'avantage les GES des hôpitaux, en organisant mieux le transport collectif, en diminuant la viande aux repas, etc.

Conclusion

Au vu de l'ensemble de ces constats et propositions émis par un grand collectif d'individus engagés à créer un RSSS sain pour toutes les parties prenantes, il s'agit donc d'amorcer

un vaste chantier d'investissements en santé populationnelle. Rien de moins qu'un changement de paradigme doit être opéré afin de maintenir l'accès universel aux soins de santé. En effet, les réformes successives des décennies précédentes ont toutes ciblé l'optimisation de l'offre de soins, sans se soucier réellement de la demande : les besoins de la population. Cette logique doit être inversée au profit d'une saine gestion de la santé publique, de la prévention et des soins à domicile. L'objectif n'est pas de couper en santé, mais bien d'investir en amont, puisque la prévention est finalement bien moins coûteuse que l'administration de soins. À terme, cette initiative est probablement la plus essentielle à la pérennisation du RSSS, et ce, notamment à l'ère du vieillissement de la population et de la présence d'une pénurie de main-d'œuvre exacerbée.

Ainsi, assurer l'accès à la santé globale, prévenir plutôt que guérir, avoir une approche holistique des personnes et porter collectivement cette responsabilité est proposé ici comme un changement majeur du RSSS. Notre collectif souligne les implications de ce changement, qui permettra de ramener un peu plus d'humanisme et d'éthique au cœur du réseau en donnant plus de temps pour accueillir, accompagner, soutenir, et entrer en relation avec les patients/usagers/citoyens. Selon nous, c'est cela même qui permettra de ramener le sens au cœur du quotidien des TdSSS tout en leur offrant un environnement de travail sain. Rappelons qu'au-delà de leurs métiers et de leurs rôles professionnels, les TdSSS sont aussi des citoyens, et qu'il en va de notre responsabilité collective de protéger leur santé physique et psychologique. En effet, si la façon dont une société prend soin de la santé de ses citoyens reflète en grande partie son humanisme, il en est de même pour la façon dont nous prenons soin de nos soignants¹⁸ !

Pris globalement, les changements proposés dans ce mémoire :

- Abordent la responsabilité collective et intersectorielle de la santé globale de la population comme orientation centrale du RSSS et de la société plutôt que l'accès aux soins et services; Cette responsabilité est portée d'abord et en majorité par des citoyens (dont des patients-partenaires) et des élus, incluant des élus régionaux, plutôt qu'en majorité par des experts; Cette responsabilité démocratique et citoyenne comprend, pour les objectifs 1 à 3, non seulement la mission de viser la santé globale de la population, mais aussi le pouvoir d'orienter le financement vers cette grande mission;
- Visent notamment à prendre soin des soignants qui sont à la fois les TdSSS qui donnent ou participent aux soins et services aux patients/usagers, qui œuvrent dans le grand RSSS ou hors des services publics, les patients/usagers et leurs proches qui sont aussi des soignants qui s'occupent d'eux-mêmes ou de leurs proches, et qui sont aussi soucieux des TdSSS, ; Le RSSS est pris ici dans une perspective inclusive, qui comprend tant le réseau public que les organismes communautaires, les entreprises d'économie sociale, et les entreprises privées,

¹⁸ Fleury, C. (2019). Le soin est un humanisme. *Revue Projet*, 373, 96-96. <https://doi.org/10.3917/pro.373.0100>

tous ayant comme point en commun leur interaction avec l'utilisateur / le patient / le citoyen ayant des besoins.

Ce changement de paradigme requiert du courage politique, car les retombées significatives d'une gestion de la santé axée sur la prévention primaire, secondaire et tertiaire ainsi que sur la promotion de la santé prendront du temps avant de se manifester. Il sera crucial d'avoir collectivement la patience des résultats et cela afin de s'engager dans une transformation collective bénéfique et durable.