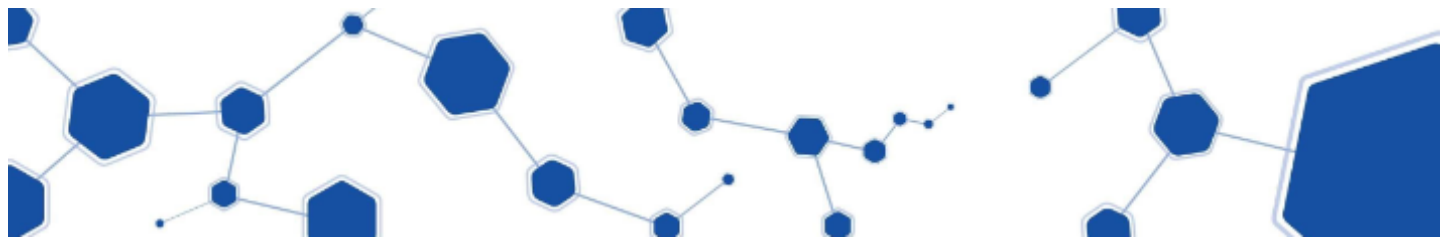


L'impact des environnements soignants sur le personnel de la santé et la qualité des soins



FRE^QQUE

Forum de la relève étudiante
pour la santé au Québec

Recommandations soumises au ministère
de la Santé et des Services sociaux et au ministère
de l'Éducation et de l'Enseignement supérieur

Novembre 2019

Pour tout renseignement concernant le FRESQue :

Site Web : www.lefresque.com

Courriel : info@lefresque.com

Ce document est disponible seulement en version électronique.

Recherche et rédaction

Étienne Aumont

Yan Bertrand

Jennifer Dahak

Keira Gaudet

Jodi Kalubi

Hyuk Jin Kwon

Morgane Quiniou-Lemieux

Farima Samadian

Frédéric Tremblay

Révision

Étienne Aumont

Frédéric Tremblay

Mise en page

Frédéric Tremblay

Dépôt légal

Bibliothèque et Archives Canada

Bibliothèque et Archives nationales du Québec

3^e trimestre 2019

ISBN x (PDF)

© Forum de la relève étudiante pour la santé au Québec, 2019

Toute reproduction autre qu'à des fins de consultation personnelle est interdite sans l'autorisation du FRESQue.

À propos du FRESQue

HISTOIRE ET MISSION

Fondé en janvier 2016, le Forum de la relève étudiante pour la santé au Québec (FRESQue) est une organisation rassemblant des étudiantes et des étudiants de plus de 30 associations en santé et en services sociaux de toutes les universités québécoises. Son objectif est de stimuler la réflexion et l'échange à propos de l'avenir de la santé et des services sociaux québécois et de formuler annuellement des recommandations précises au gouvernement à propos de différents enjeux à court, moyen et long termes concernant le système de santé au Québec.

Dans le cadre de son Sommet annuel 2019, tenu les 23 et 24 mars 2019 à l'Université de Montréal, le FRESQue a adopté les 32 recommandations présentées dans ce mémoire.

CONSEILS D'ADMINISTRATION :

2018-2019

Présidente : Jodi Kalubi

Vice-président aux affaires institutionnelles : Étienne Aumont

Vice-présidente aux affaires internes : Farima Samadian

Vice-présidente aux affaires externes : Jennifer Dahak

Vice-présidente aux partenariats financiers : Carine Bail

2019-2020

Président : Étienne Aumont

Vice-président aux affaires institutionnelles : Maxime Paquet

Vice-présidente aux affaires externes : Jennifer Dahak

Vice-président aux affaires internes : Yan Bertrand

Vice-président à la thématique : Frédéric Tremblay

Vice-présidente aux communications : Farima Samadian

Vice-présidente aux partenariats financiers : Ariane Gendron

Vice-président à la logistique : Martin Saint-Pierre

ASSOCIATIONS MEMBRES :

- Association des cycles supérieurs en psychologie de l'Université de Laval (ACSPUL)
- Association des étudiantes et étudiants en pharmacologie de l'Université de Sherbrooke (ADEEP)
- Association des étudiantes et étudiants en orthophonie et audiologie de l'Université de Montréal (ADÉOA)
- Association des étudiantes et étudiants en médecine de l'Université de Montréal (AÉÉMUM)
- Association des étudiants et étudiantes en sciences infirmières de l'Université Laval (AÉÉSIUL)
- Association des étudiants aux cycles supérieurs en psychologie de l'Université du Québec à Trois-Rivières (AECSP)
- Association des étudiantes et des étudiants en santé publique de l'Université de Montréal (AÉÉSPUM)
- Association des étudiantes et étudiants de la maîtrise en orthophonie de l'Université de Laval (AEMO)
- Association des étudiants et étudiantes en pharmacie de l'Université de Montréal (AÉPUM)
- Association des étudiants en optométrie de l'Université de Montréal (AÉOUM)
- Association des étudiants en sciences infirmières de l'Université de Montréal (AÉSIUM)
- Association générale des étudiants et étudiantes en sciences infirmières de l'Université de Sherbrooke (AGEESIUS)
- Association générale des étudiant(e)s en pharmacie de l'Université Laval (AGEP)
- Association of Residents of McGill University (ARM)
- Dental Student's Society of McGill University (DSS)
- Epidemiology, Biostatistics, and Occupational Health Student Society of McGill University (EBOSS)
- Fédération interuniversitaire des doctorant.es en psychologie (FIDEP)
- Fédération médicale étudiante du Québec (FMEQ)
- Graduate Association of Students in Psychology of McGill University (GASP)
- Medical Students' Society of McGill University (MSS)
- Nursing Undergraduate Society of McGill University (NUS)
- Nursing Graduate Students' Association of McGill University (NGSA)
- Regroupement des étudiantes et des étudiants de deuxième cycle en service social de l'Université Laval (REEDCSS)
- Regroupement des étudiants en médecine de l'Université Laval (RÉMUL)
- Société des étudiants en réadaptation de l'Université de Montréal (SÉRUM)
- School of Physical and Occupational Therapy Graduate Student Association of McGill University (SPOTGSA)
- School & Applied Child Psychology Student Association of McGill University (SPSA)
- Social Work Student Association of McGill University (SWSA)
- School of Communication Sciences and Disorders Graduate Student Society of McGill University (SCSD-GSS)

Remerciements

Le FRESQ souhaite remercier les associations étudiantes, groupes d'usagers, groupes communautaires et individus ayant contribué à l'élaboration de ce mémoire par leur participation au Sommet annuel des 23 et 24 mars 2019.

Les recommandations dans cette publication s'appuient notamment sur les travaux de mémoire reçus dans le cadre du Sommet. Nous tenons particulièrement à remercier ces contributeurs :

- Association des étudiants aux cycles supérieurs en psychologie Université du Québec à Trois-Rivières (AECSP);
- Association des étudiants aux cycles supérieurs en psychologie de l'Université de Montréal (AECSPUM);
- Nursing Graduate Student Association, McGill University (NGSA);
- Association des sciences infirmières de l'Université de Montréal (AÉSIUM);
- McGill School Psychology Student's Association (MSPSA);
- Sylvain Brousseau, professeur agrégé en sciences infirmières, Université du Québec en Outaouais (UQO) – Campus Saint-Jérôme.

Nous tenons aussi à remercier chaleureusement nos partenaires financiers :

- Association médicale du Québec (AMQ) (partenaire platine)
- Fédération interprofessionnelle de la santé du Québec (FIQ)
- Fédération des médecins résidents du Québec (FMRQ)
- Students' Society of McGill University (SSMU)
- McGill Alumni Association
- Association des étudiantes et étudiants de la maîtrise en orthophonie de l'Université Laval (AEMO)
- Medical Students' Society of McGill University (MSS)
- Nursing Undergraduate Society of McGill University (NUS)
- Association des cycles supérieurs en psychologie – Université de Laval (ACSPUL)
- Association des étudiantes et étudiants en pharmacie de l'Université de Montréal (AÉPUM)
- Hourglass Studios

Table des matières

Introduction	8
Sous-thème 1 : Soutenir la collaboration interprofessionnelle dans les environnements soignants	9
1.1 Démédicocentrer l'organisation du travail	9
1.2 Fournir au personnel des outils lui permettant d'optimiser continuellement la collaboration interprofessionnelle	10
1.2.1 Encourager la communication entre les ordres et associations professionnels	11
1.2.2 Universaliser l'accès aux dossiers de santé de la clientèle	12
1.2.3 Promouvoir la formation initiale et continue sur les champs de pratique	12
1.3 Faciliter le référencement direct entre les membres du personnel de la santé des services sociaux et de l'éducation	13
1.3.1 Mandater le Conseil interprofessionnel du Québec d'évaluer la pertinence et l'applicabilité de corridors de service interprofessionnels	13
1.3.1.1 Mettre en œuvre cette évaluation avec toutes les instances concernées, dont l'Office des professions du Québec	14
1.3.1.2 Soutenir l'implantation de processus de consultation	14
1.3.2 Assurer l'imputabilité du référencement	15
1.3.2.1 Favoriser la mise en place de processus de suivi du référencement	15
1.4 Autonomiser la pratique du personnel de la santé excluant le corps médical	15
1.4.1 Octroyer aux psychologues le pouvoir décisionnel dans le choix du type et de la durée des traitements psychothérapeutiques	16
1.5 Informer la population quant aux champs d'expertise des membres du personnel de la santé dans l'optique d'améliorer les consultations	17
Sous-thème 2 : Prioriser des pratiques gestionnaires favorisant la qualité des environnements soignants	18
2.1 Inclure l'avis du personnel, de la clientèle et de son réseau de support dans les indicateurs d'évaluation des soins utilisés en gestion	18

2.1.1 Moduler ces indicateurs en fonction des difficultés et des défis propres à chaque environnement soignant	19
2.2 Humaniser le système de santé par le partenariat de soins	20
2.2.1 Élaborer une politique visant son intégration provinciale	21
2.2.2 Veiller à son implantation dans tous les milieux	21
2.2.3 Ajuster son application selon les données probantes	22
2.3 Optimiser l'utilisation des compétences du personnel de la santé	22
2.3.1 Autoriser la consultation du personnel de la santé excluant le corps médical sans nécessité d'une référence médicale	23
2.3.2 Demander à l'Assemblée nationale de mettre à jour la <i>Loi sur la chiropratique</i> afin qu'elle représente la formation et la pratique de la profession	24
 Sous-thème 3 : Établir des conditions de travail améliorant la sécurité et l'attractivité des environnements soignants pour le personnel et la clientèle	 25
3.1 Rendre équitable le soutien financier pour les stagiaires et internes	26
3.2 Permettre une plus grande flexibilité de l'horaire de travail du personnel	26
3.3 Lutter contre la violence entre toutes les parties des soins de santé	27
3.3.1 Protéger la dénonciation de la violence	27
3.4 Adopter des mesures diminuant la charge de travail du personnel	28
3.4.1 Assurer législativement des ratios clientèle/personnel sécuritaires	30
3.4.2 Veiller à une application stricte des exceptions définies dans l'article 59.0.1 de la <i>Loi sur les normes du travail</i> afin d'éliminer l'abus de l'usage de la mesure du temps supplémentaire obligatoire auprès du personnel infirmier	31
3.5 Fournir des ressources matérielles adéquates	32
 Conclusion	 33
 Médiagraphie	 34

Introduction

Les environnements où se déroulent les soins de santé et des services sociaux ne sont pas seulement des lieux où se produisent des échanges entre prestataires et prestataires. Ils peuvent également influencer la qualité des soins et des services sociaux échangés. De ce constat a émergé le concept d'«environnements soignants» : des environnements qui, par leur grande adaptation aux soignants autant qu'aux soignés, contribuent eux-mêmes aux soins.

Les associations membres du FRESQue ont considéré comme essentiel de faire de ce concept émergent la plaque tournante de leurs réflexions pour le Sommet annuel de 2019. De mémoires soumis par quelques-unes d'entre elles ainsi que par des membres individuels, trois contributions majeures à la qualité soignante des environnements ont émergé : celle de la collaboration interprofessionnelle, celle des pratiques gestionnaires et celle des conditions de travail. Ces trois influences déterminantes représentent donc à chacune un sous-thème de ce mémoire.

Nous espérons que les décideurs qui consulteront ce mémoire sauront apprécier la rigueur de ses données probantes. Celles-ci sont issues de l'expertise collective que le FRESQue vise à créer; l'ambition des recommandations provenant de débats internes entre ses membres; et sa volonté de pousser plus loin la réflexion sur l'amélioration du système de santé québécois. Le FRESQue s'assume comme un acteur parmi tant d'autres de cet immense réseau, mais il espère que les organisations décisionnelles auxquelles ce mémoire sera soumis, qui en sont des acteurs-clés, sauront entendre la voix de la relève étudiante et reconnaître son caractère incontournable.

Sous-thème 1 :

Soutenir la collaboration interprofessionnelle dans les environnements soignants

Si les environnements soignants sont la somme des relations qui s’y déroulent – utilisateurs-milieux, utilisateurs-utilisateurs, utilisateurs-professionnels, professionnels-professionnels –, ce dernier type de relations est désormais connu pour exercer une influence significative sur la qualité des soins produits. C’est en ce sens que nous considérons qu’il est de la responsabilité du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) d’utiliser son pouvoir dans le réseau de la santé et des services sociaux (RSSS) pour y favoriser la plus grande collaboration interprofessionnelle possible.

Le MSSS peut contribuer de manière effective à assainir les relations professionnels-professionnels et à accroître l’influence positive qu’elles peuvent exercer sur le personnel du réseau autant que sur sa clientèle. Cette contribution passe par la facilitation des contacts entre les différents corps de métier impliqués dans le système public québécois, par le déploiement d’incitatifs à mieux se présenter et à se découvrir mutuellement, par l’allègement de certaines contraintes de travail (conditionnées par le statuquo, mais prouvées non nécessaires par la littérature la plus récente) et enfin par davantage de place accordée à l’autoorganisation du travail.

1.1 Démédicocentrer l’organisation du travail

L’organisation du travail telle qu’elle est actuellement pratiquée dans le RSSS place par défaut le médecin au centre des processus décisionnels. Ce mode d’organisation, par définition rigide, n’est pas nécessairement adapté à toutes les situations de soins, à toutes les équipes de soins, à tous les établissements de soins, etc. La collaboration interprofessionnelle place plutôt au cœur de son principe le concept de partage de pouvoir (D’Amour et al., 2005). La collaboration est un partenariat caractérisé par l’autonomisation de chaque participant et la reconnaissance des capacités professionnelles de chacun (D’Amour et al., 2005). En réaction à une organisation du travail considérée injustement médicocentrée, certains professionnels adoptent des stratégies passives de résistance (Rice et al., 2010), ce qui aggrave encore la problématique.

L'idée qui ressort des discussions tenues dans le cadre des instances du FRESQue est que la diversification des modes d'organisation du travail est d'une importance capitale. C'est non seulement la clé pour des interventions efficaces, mais aussi pour des relations interprofessionnelles saines par le biais d'un sentiment de compétence et de reconnaissance pour les professionnels de toutes les disciplines. La compréhension ainsi que le respect des champs de pratique et des responsabilités des différentes professions constituent une composante fondamentale de la collaboration interprofessionnelle (Orchard, 2010; MacDonald, 2010). La compréhension des rôles de chacun des membres de l'équipe est même définie comme une compétence interprofessionnelle en soi, donc associée à des résultats positifs pour les patients et les professionnels de la santé (Suter, 2009). Or, les rôles de chaque profession ne sont pas toujours bien compris, et l'expertise des différents professionnels n'est pas toujours reconnue dans les rencontres d'équipe (Whitehead, 2009; Reese, 2001).

Il est envisageable que la direction des équipes et des rencontres multidisciplinaires soit prise en charge par d'autres professionnels que les médecins. Cette organisation serait plus efficace, par exemple, dans les cas où ces professionnels connaissent mieux le patient, où ses principales pathologies relèvent davantage de leur profession que de la médecine en tant que telle, etc. C'est en contexte hospitalier que le médicocentrisme de la gestion des interventions est le plus prégnant, et c'est donc là que des mesures de démedicocentralisation pourraient avoir le plus d'impacts positifs sur l'utilisateur via une adaptation accrue du travail à sa situation spécifique.

1.2 Fournir au personnel des outils lui permettant d'optimiser continuellement la collaboration interprofessionnelle

Intervenir pour optimiser la collaboration interprofessionnelle, c'est bien; intervenir pour permettre aux professionnels de l'optimiser par eux-mêmes, c'est mieux. Cette optimisation, parce qu'elle s'ancre davantage dans les besoins du terrain, a plus de chance de répondre aux impératifs constamment changeants de cette collaboration. Cette adaptation, autant aux professionnels qu'aux utilisateurs, est la clé d'un travail efficace. Ses moyens financiers et structurels font cependant du MSSS un acteur nécessaire dans l'initiation de changements visant à plus long terme une adaptation par les travailleurs eux-mêmes. Les associations étudiantes du FRESQue ont

déterminé trois méthodes d'intervention possible pour le MSSS : 1) le soutien de l'échange entre ordres et associations professionnels; 2) l'universalisation de l'accès aux dossiers de santé; 3) la promotion de l'intercompréhension des champs de pratique par la formation.

Un exemple d'outil simple et efficace issu d'une initiative interprofessionnelle est celui du *Formulaire de communication physiothérapeute-pharmacien*, mis sur pied conjointement par l'Ordre professionnel de la physiothérapie du Québec et l'Ordre des pharmaciens du Québec. En trois sections (« Informations relatives au patient » , « Section physiothérapeute » et « Section pharmacien »), il permet au personnel de procéder efficacement à ses recommandations et à la clientèle de les suivre. On le retrouve sur les sites Internet des deux Ordres et avec des mots-clés simples entrés dans tout moteur de recherche, le rendant autant facile d'accès que d'usage.

1.2.1 Encourager l'échange entre ordres et associations professionnels

Le Conseil interprofessionnel du Québec (CIQ) est une plateforme où les ordres professionnels peuvent se retrouver pour discuter de problématiques communes. Des communications formelles et informelles entre les ordres ont aussi déjà lieu de manière décentralisée et *ad hoc*. Toutefois, nous considérons que le MSSS peut exercer un certain poids en soulignant l'importance d'initiatives supplémentaires en ce sens – que ce soit en offrant à ces initiatives de la visibilité ainsi que des moyens financiers, techniques ou autres pour se déployer à plus grande échelle.

Le soutien à des lieux de rencontre interprofessionnels favoriserait la tenue de discussions et l'élaboration de projets tels que celui du *Formulaire* présenté à la section précédente. Il existe un Colloque sur l'interdisciplinarité qui permet d'envisager des solutions innovantes auxquelles l'ambiance des milieux de travail offre peu d'occasions propices d'apparaître. Il remplit ainsi un rôle similaire à celui que joue le FRESQue pour le milieu étudiant. De semblables initiatives existent probablement à l'échelle locale ou régionale. Elles méritent que le MSSS les mette en valeur et souligne leur impact sur l'amélioration de la pratique en santé.

1.2.2 Universaliser l'accès aux dossiers de santé de la clientèle

L'universalisation du dossier médical électronique (DMÉ) améliorerait significativement la communication entre professionnels de la santé. Rassembler toutes les données dans un même dossier, incluant la démographie, les notes cliniques, les listes de médicaments, les suivis et les rendez-vous prévus permettrait de diminuer le dédoublement des tâches entre professions et établissements. La réduction du chevauchement de tâches et des erreurs permettrait à l'équipe de soins de consacrer davantage de temps aux activités cliniques, de diminuer les effets indésirables et d'améliorer les suivis. Permettre à tous les professionnels de la santé d'adhérer à ce dossier favoriserait de plus l'interdisciplinarité, dont les bénéfices sur les soins sont démontrés.

1.2.3 Promouvoir la formation sur les champs de pratique

Instaurer davantage de programmes de formations initiale et continue sur la collaboration interprofessionnelle favoriserait l'apprentissage des champs d'expertise des autres professionnels de la santé et inciterait à la création d'outils interprofessionnels (OIIQ, CMQ et OPQ, 2015). La majorité des universités ont déjà mis sur pied des cours de collaboration interprofessionnelle : toutefois, il reste encore à y intégrer toutes les formations menant à des carrières dans le système de santé, à les étendre à l'ensemble du cursus pédagogique et à en vérifier les bénéfices sur la collaboration (Zwarenstein, 2009). Le MSSS autant que le MEES pourraient établir des standards en la matière et les faire appliquer, assurant ainsi une probabilité plus uniforme de capacité au travail d'équipe en santé au Québec.

En plus de l'impact d'un savoir limité à propos des champs de pratique des autres professions, une barrière importante à une collaboration interprofessionnelle efficace est celle des cultures professionnelles distinctes. Celles-ci, constituées autant d'habitudes, d'attitudes, de vocabulaires techniques et autres variantes cognitives et comportementales, sont intériorisées au fil de la scolarité autant que de la pratique. La spécialisation croissante des professions y contribue encore plus par la formation de cultures spécifiques. L'importance de minimiser l'étanchéité de celles-ci pour maximiser la collaboration interprofessionnelle est une raison supplémentaire pour établir dès que possible dans la formation des canaux de communication et d'échange (Hall, 2005).

1.3 Faciliter le référencement direct entre les membres du personnel de la santé, des services sociaux et de l'éducation

Le *gatekeeping* désigne le contrôle du référencement pour les soins de santé et les services sociaux par le médecin de famille. Une étude ayant comparé ce mode de référencement à un autre exempt de *gatekeeping*, c'est-à-dire où le patient choisit lui-même le professionnel à consulter, montre peu de différence dans le professionnel consulté dans un cas et dans l'autre (Hromádková, 2009) L'ouverture à l'autoréférencement par l'utilisateur sera traitée plus en détails dans la recommandation 2.3.1. Cette conclusion est toutefois pertinente pour introduire l'idée d'un processus de référencement direct entre professionnels de la santé et des services sociaux excluant le corps médical, qu'on pourrait décrire comme un *gatekeeping* partiel. En effet, si on considère que les utilisateurs eux-mêmes sont aptes à choisir les professionnels capables de les aider, il est encore plus justifié de le penser concernant d'autres professionnels de la santé, mieux informés que les utilisateurs des compétences spécifiques de leurs collègues.

Pour les raisons déjà présentées au point 1 et dans l'optique d'implanter de manière effective une démédocentralisation, le FRESQ ue voit dans ce processus une avenue intéressante à explorer pour améliorer le parcours de l'utilisateur. Peu de données issues de la recherche existent à ce propos, et encore moins en contexte de système de santé presque intégralement public comme au Québec. C'est la raison pour laquelle notre première recommandation au MSSS serait de mandater les instances appropriées de produire les études analysant cette possibilité, par exemple au moyen d'un programme-pilote réalisé à cet effet. Dans le cas où les données issues de ce dernier seraient positives à l'égard de cette mesure, nous recommandons son application à grande échelle.

1.3.1 : Mandater le Conseil interprofessionnel du Québec d'évaluer la pertinence et l'applicabilité de corridors de services interprofessionnels

Un tel système de référencement direct ne doit pas être envisagé comme une permission accordée à tous les professionnels de la santé certifiés de référer leurs patients à n'importe quel autre professionnel. Il établirait plutôt des corridors de services entre certaines professions aux pratiques liées. Un physiothérapeute soupçonnant une pathologie musculosquelettique pourrait

avoir un accès direct aux services de radiologie. Un psychologue pourrait référer en travail social, en psychoéducation, en ergothérapie. Un orthophoniste pourrait avoir un canal de communication direct avec l'audiologie, la neuropsychologie et l'otorhinolaryngologie. De tels corridors de services ne sont que des exemples parmi tous ceux que les professionnels pourraient suggérer si cette possibilité est considérée par le MSSS.

Le CIQ est l'organisme le plus à même d'évaluer la pertinence et l'applicabilité de tous les corridors de services envisageables. C'est pour cette raison que nous recommandons au MSSS de le mandater de produire un rapport à ce propos. Ayant un lien privilégié avec les 46 ordres professionnels qu'il représente, il est le plus à même de sonder les ordres professionnels relevant des soins de santé et de services sociaux quant à leur intérêt envers une telle procédure. À titre d'«organisme-conseil auprès de l'autorité publique» (CIQ, s.d.), il pourrait ensuite porter les conclusions de ce sondage au MSSS. Ces conclusions pourraient se retrouver dans le rapport d'activités annuel que le CIQ dépose à l'Assemblée nationale du Québec ou faire l'objet d'un document distinct selon ce qui serait considéré préférable par les deux organisations.

1.3.1.1 Mettre en œuvre cette évaluation avec toutes les instances concernées, dont l'Office des professions du Québec

Dans le cas où le rapport du CIQ se positionnerait en faveur de corridors de services interprofessionnels, nous recommandons au MSSS de les appliquer avec diligence en collaborant avec les instances gouvernementales et paragouvernementales concernées. L'instance prioritairement mobilisée dans ce but devrait être l'Office des professions du Québec (OPQ), chargé de la supervision des différents ordres professionnels. L'OPQ travaillerait donc avec les ordres à redéfinir les responsabilités découlant des pouvoirs de référencement des professionnels excluant le corps médical.

1.3.1.2 Soutenir l'implantation de processus de consultation

Même dans le cadre de responsabilités professionnelles claires, l'opérationnalisation d'une mesure de cette ampleur peut n'être ni facile ni automatique. C'est pourquoi nous recommandons également au MSSS de favoriser toutes les mesures pertinentes à l'implantation d'un processus

efficace de référencement interprofessionnel sans passage par le médecin de famille, que ce soit en termes d'outils ou de procédés. Cette implantation devrait être menée en collaboration avec les praticiens autant qu'avec les gestionnaires et intégrer la notion de partenariat de soins et de services que nous élaborerons au point 2.2. Cette collaboration permettra un meilleur partage de connaissances entre les différentes disciplines du RSSS.

1.3.2 : Assurer l'imputabilité du référencement

Tous les mécanismes de responsabilité professionnelle nécessaires sont déjà en place pour assurer que le référencement ne constitue pas un abandon de l'utilisateur et qu'un suivi diligent soit fait des conclusions de la consultation demandée. Il est pourtant probable que de nouveaux pouvoirs en la matière accordés aux professionnels augmentent les problèmes de communication interprofessionnelle. Si la mesure 1.3 devait être appliquée, nous recommandons au MSSS de veiller à faire respecter l'imputabilité du référencement, soit la responsabilité du référencier d'assurer le suivi du référé, autant par des mesures de conscientisation que de sanction.

1.3.2.1 : Favoriser la mise en place de processus de suivi du référencement

Une autre méthode pour maximiser les chances que le suivi du référencement interprofessionnel soit fait de manière diligente serait de proposer au personnel des techniques (outils, procédures, etc.) pour faciliter ce suivi. Nous recommandons donc au MSSS d'évaluer quels moyens techniques il pourrait proposer pour soutenir le personnel dans l'atteinte de cet objectif.

1.4 Autonomiser la pratique du personnel de la santé excluant le corps médical

De nombreux membres du personnel de la santé estiment que des responsabilités qui leur sont pourtant reconnues légalement leur sont insuffisamment confiées dans la pratique quotidienne. Le problème central, autant en première ligne que dans les milieux hospitaliers, est l'obligation pour les équipes de faire du personnel médical la plaque tournante des soins. Le personnel excluant le

corps médical de ces équipes souhaite acquérir davantage d'autonomie pour déployer davantage ses compétences et, par conséquent, offrir des soins plus exhaustifs à la clientèle.

1.4.1 Octroyer aux psychologues le pouvoir décisionnel dans le choix du type et de la durée des psychothérapies

Au Canada, les personnes atteintes de trouble mental consultent d'emblée un médecin de famille (Duffy, 2018). Bien que ces derniers puissent légalement exercer la psychothérapie, leur formation quant à la nature des troubles mentaux et à leurs traitements est incomplète. Aussi, le temps dont ils disposent pour aborder ces problématiques avec leurs patients est largement insuffisant. Les psychologues, quant à eux, sont spécialement formés pour l'évaluation, le diagnostic et le traitement des troubles mentaux. L'intégration des psychologues dans les équipes de première ligne améliore donc l'accès et la qualité des services de santé mentale.

Au Québec, le Plan d'action en santé mentale (PASM) 2015-2020 du MSSS promeut la collaboration interprofessionnelle au sein des équipes de première ligne. Mais les psychologues sont généralement absents de ces équipes en raison de la méconnaissance des aspects spécifiquement pratiques de leur profession. Les psychologues se sont clairement positionnés dans une optique de collaboration avec le corps médical : ils sont ainsi en faveur de la transmission d'un rapport de mi-cheminement de leurs patients à leur médecin respectif (Bradley, 2015).

En Ontario, un projet pilote sur les perceptions de la collaboration médecins-psychologues révèle que 75% des patients estiment que les psychologues disposent de plus de temps et sont mieux formés pour traiter les troubles mentaux n'exigeant pas de suivi psychiatrique. Les médecins de famille estiment que la collaboration médecins-psychologues permet un diagnostic plus précoce des troubles mentaux ainsi que l'accès à des interventions psychologiques plus efficaces que celles qu'ils seraient eux-mêmes en moyen d'offrir (Chomiene, 2011).

Toutefois, dans un sondage effectué auprès de plus de 1000 psychologues québécois, ceux-ci ont indiqué qu'ils souhaitent conserver un pouvoir décisionnel et une indépendance des médecins quant au choix des traitements qu'ils administrent, soit leur durée et le type de thérapie (Bradley, 2015). Au regard de la formation supplémentaire des psychologues et des sondages opérés auprès des psychologues, des patients et des médecins, nous recommandons d'augmenter l'autonomie des

psychologues et en leur octroyant, tel qu'ils le demandent, le pouvoir décisionnel dans le choix du type et de la durée des traitements psychothérapeutiques.

1.5 Informer la population quant aux champs d'expertise des membres du personnel de la santé dans l'optique d'améliorer les consultations

Le travail des professionnels de la santé repose souvent sur une bonne littératie en santé des patients. Cela est d'autant plus important en cas de facilitation de l'autoréférencement tel que recommandée en 2.3.1. En effet, les patients ne connaissent pas toujours l'expertise que possède chaque professionnel de la santé en première ligne. Si le rôle de chacun de ces experts était démystifié pour la population générale, le patient serait plus à l'aise de se diriger vers le professionnel de son choix et ainsi agrandir l'autonomie professionnelle de l'intervenant. C'est pourquoi, le gouvernement devrait créer des campagnes d'information sur le rôle des différents professionnels de la santé et de les sensibiliser sur leurs champs d'expertise.

Par exemple, les pharmaciens sont des professionnels de la santé en qui les patients placent une grande confiance (Kelly, 2014). Si on informait davantage la clientèle à propos de tous les services pouvant être rendus par les pharmaciens – triage de première ligne, consultations pharmaceutiques pour certaines pathologies, prolongations d'ordonnance et prescriptions pour des conditions mineures –, sa prise en charge serait plus efficace. On pourrait ainsi élargir l'accès aux services de première ligne non hospitaliers, améliorer la prévention et éviter les consultations inutiles aux urgences hospitalières (Boulanger, 2018).

Sous-thème 2 :

Prioriser des pratiques gestionnaires favorisant la qualité des environnements soignants

Les habitudes de gestion ont un impact fondamental sur le caractère soignant des environnements où se déroulent les soins de santé et les services sociaux. Une nécessité les concernant est de bien les évaluer pour bien les améliorer. Cette pratique rétroactive s'est rapidement répandue à tous les niveaux des organisations au cours des dernières décennies. Cependant, dans les soins de santé et les services sociaux, nous considérons qu'il faut élargir les critères de cette évaluation pour y inclure toutes les parties prenantes : personnel, clientèle et réseau de support de celle-ci.

Une des principales innovations récentes de la recherche et de la réflexion universitaires à propos des pratiques gestionnaires est le modèle du partenariat de soins, que le FRESQue a décidé de favoriser et qu'il recommande au MSSS de soutenir et d'implanter à grande échelle.

Nous présentons aussi une mesure qui décloisonnerait rapidement la pratique des soins au Québec : celle de la fin de la nécessité de la référence médicale pour avoir accès à d'autres professionnels (*gatekeeping*). Dans la même lignée, pour que toutes les compétences soient utilisées à leur plein potentiel, nous recommandons la mise à jour de la *Loi sur la chiropratique*.

2.1 Inclure l'avis du personnel, de la clientèle et de son réseau de support dans les indicateurs d'évaluation des soins utilisés en gestion

Les indicateurs de performance sont essentiels à l'amélioration de la qualité des soins des patients en milieu médical et à l'amélioration de la gestion des activités des unités. Ces indicateurs doivent faire l'objet d'une attention prioritaire dans la mesure de la qualité et de la performance des soins offerts dans le réseau. Ils permettent aussi d'analyser qualitativement la charge des professionnels et d'optimiser les ressources en termes d'effectifs, de qualifications, et de formation.

La littérature fait la distinction entre les indicateurs liés aux ressources, aux processus et aux résultats (Laframboise, 2018).

Le type d'indicateur utilisé peut avoir des répercussions sur le mode de gestion et les ressources de chaque unité, et ainsi influencer la qualité des soins offerts aux patients. Les indicateurs usuels sont souvent des indicateurs de résultats, comme le taux de réadmission ou le taux de mortalité. Bien que ces derniers véhiculent certaines informations sur la qualité des soins, ils comportent des limites importantes. Des indicateurs de processus sont donc aussi importants afin de mieux comprendre la complexité des résultats et de mesurer de manière plus précise des différences dans la qualité des soins (Laframboise, 2018). Actuellement, plusieurs indicateurs importants ne sont pas retenus. Par exemple, la contribution infirmière à la qualité des soins, liée à l'environnement physique de travail, l'environnement de pratique, la satisfaction au travail, la continuité et la coordination des soins, est ainsi moins souvent prise en compte dans l'évaluation des soins.

Le choix d'indicateurs de performance est un problème complexe. Plusieurs modèles et outils sont proposés dans la littérature. Une importante recension (Laframboise, 2018) identifie trois aspects essentiels à considérer dans l'établissement des indicateurs de performance : la conceptualisation d'un cadre de gestion de la performance, la méthodologie utilisée pour identifier les indicateurs prioritaires et les premières initiatives d'expérimentation de ces indicateurs en contextes réels. Il est surtout important que les professionnels, les patients et leurs proches soient mis à contribution dans le processus de décision afin de refléter adéquatement les facteurs au niveau des processus et qui touchent différents acteurs, mais qui sont souvent mis de côté.

2.1.1 Moduler ces indicateurs en fonction des difficultés et des défis propres à chaque environnement soignant

Tel que mentionné à la recommandation 2.1, le choix d'indicateurs de performance est un problème complexe. Puisque chaque environnement fait face à des défis propres, l'exercice de développement de ces indicateurs devra être fait en tenant compte de caractéristiques spécifiques aux environnements. Les indicateurs doivent assurer une évaluation juste du travail réalisé dans chaque contexte. Il n'est pas recommandé d'établir des indicateurs uniformes à l'échelle de tous les environnements soignants, sans égard pour leurs particularités.

2.2 Humaniser le système de santé par le partenariat de soins

Le partenariat de soins et de services (PSS) est une approche développée au cours des dernières années par la Direction collaboration et partenariat patient (DCPP) de l'Université de Montréal (UdeM). Ce partenariat est défini comme «une relation de coopération-collaboration entre le patient, ses proches et les intervenants de la santé et des services sociaux (cliniciens, gestionnaires ou autres) qui s'inscrit dans un processus dynamique d'interaction et d'apprentissage et qui favorise l'autodétermination du patient et l'atteinte de résultats de santé optimaux³⁸». Elle est l'approche enseignée dans le cadre de la formation initiale des programmes de santé et de services sociaux de l'UdeM. On l'oppose à l'approche paternaliste et à l'approche centrée sur le patient, qui ont longtemps prévalu et sont encore appliquées dans certains contextes (figure 1).



Figure 1 : Représentation de trois approches concurrentes des soins et services de santé

Les membres du FRESQue ont pris la décision de supporter l'approche PSS. Celle-ci semblait la plus à même de mener à des pratiques gestionnaires favorisant la qualité des environnements soignants. C'est pour cette raison que le FRESQue recommande au MSSS d'étudier ce modèle et d'encourager son application dans la pratique auprès des gestionnaires et des praticiens des soins de santé et des services sociaux.

Les résultats de différentes initiatives se basant sur l'approche du patient-partenaire ont été recensés et diffusés depuis sa création, prouvant l'efficacité de l'autonomisation de l'utilisateur et de ses pairs aidants dans sa collaboration avec les praticiens et les gestionnaires du RSSS (Jean-Baptiste, 2011). De même, des travaux de l'OMS soutiennent une pratique collaborative en

contexte de soins aigus, primaires et communautaires (WHO, 2010). Quant à l'UdeM, à travers son Réseau universitaire intégré de santé (RUIS), il produit lui-même une quantité considérable d'analyses à ce propos (Colin, 2010; Bernier, 2012).

2.2.1 Élaborer une politique visant son intégration provinciale

Nous recommandons de viser l'intégration provinciale de l'approche PSS décrite en 2.2. L'élaboration d'une politique publique devrait viser son application progressive dans l'ensemble du RSSS. Nous recommandons de suivre les étapes suivantes pour la mise en œuvre de cette politique publique par le MSSS :

1. Élaboration de ladite politique publique en collaboration avec les praticiens et les gestionnaires du RSSS;
2. Instauration à tous les niveaux du RSSS d'un programme de formation continue à l'approche PSS;
3. Concertation avec le ministère de l'Éducation et de l'Enseignement supérieur (MÉES) pour l'inclusion de l'approche PSS dans la formation initiale des programmes de santé et de services sociaux de toutes les universités québécoises;
4. Déploiement d'une campagne de conscientisation à l'approche PSS;
5. Soutien à des projets de recherche visant à mesurer les impacts de l'application de l'approche PSS dans l'ensemble du RSSS.

2.2.2 Veiller à son implantation dans tous les milieux

Selon la formulation de la politique publique, nous recommandons au MSSS de fournir aux différents milieux les moyens financiers et structurels nécessaires à son implantation ainsi que de s'assurer de leur assiduité dans cette implantation.

2.2.3 Ajuster son application selon les données probantes

L'approche PSS n'est pas incompatible avec d'autres approches gestionnaires à plus large échelle connues et appliquées depuis un certain temps déjà dans la dispensation de soins de santé et de services sociaux telles que les approches Lean et Planetree. Elle ne doit pas être considérée comme une alternative à ces dernières. Elle propose plutôt une vision globale du rôle de l'utilisateur dans le RSSS qui n'affecte qu'indirectement les choix gestionnaires. De la même manière que Lean et Planetree ont fait l'objet d'études et ont été adaptées en conséquence, l'approche PSS devra être modulée selon les résultats de la recherche qui continuera d'être produite à son propos.

Nous recommandons donc au MSSS de faire le suivi des données probantes issues du suivi de son application dans le RSSS et d'agir en fonction des résultats obtenus.

2.3 Optimiser l'utilisation des compétences du personnel de la santé

D'un côté, la consultation des membres du FRESQue et leur expérience clinique fait émerger l'idée que les représentants de leur profession respective ne contribuent pas autant qu'ils le pourraient aux soins de santé au Québec pour des raisons essentiellement administratives. De l'autre, la littérature démontre que certaines pratiques administratives actuellement en cours au Québec ne permettent pas une allocation efficace des ressources humaines dans les soins de santé. Nous en présentons ici deux exemples probants : d'abord celui du monopole médical sur le référencement aux spécialités non médicales, ensuite celui des limitations légales à la chiropratique. Ces deux situations, si elles nous ont semblé les plus pressantes à corriger, n'en restent cependant que deux parmi de nombreuses autres. Nous conseillons donc au MSSS d'accompagner toutes ses interventions d'une réflexion sur la possibilité d'utiliser de manière plus optimale les compétences professionnelles des travailleurs du RSSS – le tout demeurant inscrit dans le cadre qu'impose évidemment la sécurité des utilisateurs de ce dernier.

2.3.1 Autoriser la consultation du personnel de la santé excluant le corps médical sans nécessité d'une référence médicale

La consultation du personnel de la santé et des services sociaux spécialisé travaillant dans le secteur public requiert une référence médicale dans un système dit de *gatekeeping*, tel qu'expliqué précédemment à la recommandation 1.3. Le médecin devient alors la plaque tournante des consultations des autres professionnels de la santé. Un tel mode de fonctionnement a pour but de limiter les consultations avec les spécialistes de la santé de deuxième et troisième ligne.

Toutefois, le *gatekeeping* ne semble pas efficace pour atteindre ces objectifs. Les preuves empiriques suggèrent qu'il n'arrive pas à filtrer efficacement les patients et à réduire substantiellement la consultation des spécialistes (Hromádková, 2009). Certains patients se voient ainsi privés de l'accès à une consultation nécessaire. Dans un système reposant sur le *gatekeeping*, la perception du médecin envers les autres professions prend une grande importance dans les références qui sont faites, ce qui peut être une barrière pour la consultation du professionnel de la santé optimal pour le patient (Witko, 2003).

Pour certaines professions, cette barrière peut être contournée par la consultation en clinique privée. Les coûts reliés à de telles consultations forment toutefois une barrière importante pour les patients de faible niveau socioéconomique. De plus, le passage par un médecin s'avère plus onéreux et augmente le recours à la pharmacothérapie là où les traitements non médicamenteux sont disponibles. Les résultats thérapeutiques sont également supérieurs dans les systèmes sans *gatekeeping* (Hurwitz et al., 2016; Fritz et al., 2015; Horn et al., 2017; Holmes et al., 1998).

Il serait donc avantageux de permettre à la clientèle de consulter directement le personnel de la santé excluant le corps médical du réseau public (psychologues, ergothérapeutes, physiothérapeutes, etc.) sans qu'une référence médicale soit requise.

2.3.2 Demander à l'Assemblée nationale de mettre à jour la *Loi sur la chiropratique* afin qu'elle représente la pratique de la profession

En 2002 était adopté le projet de loi 90, soit la Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé. Elle concernait toutefois exclusivement le secteur public et n'a pas été suivie de réformes ciblant les professions du secteur privé au Québec, dont la chiropratique. Ainsi, plusieurs vides juridiques ont été créés en termes de réserve et de partage d'activités professionnelles, vides qui demeurent évidents plus de 15 ans plus tard.

Le souhait de l'Ordre des chiropraticiens du Québec (OCQ) est d'être reconnu à titre de référence incontournable en santé neuromusculosquelettique et de devenir le chef de file dans le domaine des manipulations vertébrales et articulaires. Depuis quelques années maintenant, l'OCQ réclame une modernisation de la Loi sur la chiropratique. Adoptée en 1973, cette dernière ne reflète plus le niveau de formation ni l'activité professionnelle des chiropraticiens en 2019 puisque les besoins aux soins de santé des Québécois ont changé. Procéder à l'actualisation de cette loi permettrait d'offrir une qualité de soins supérieure à la population québécoise.

Il est urgent que le gouvernement du Québec légifère afin de préciser les activités réservées aux chiropraticiens, incluant le diagnostic neuromusculosquelettique. Les actes thérapeutiques posés par les chiropraticiens sont basés sur le diagnostic des conditions neuromusculosquelettiques, dont la nécessité a été confirmée par un jugement déclaratoire prononcé par la Cour d'appel du Québec en 2005. De plus, d'autres activités exercées par les chiropraticiens depuis la création de leur ordre professionnel ne se retrouvent actuellement pas dans la Loi sur la chiropratique alors qu'ils ont été réservés à d'autres professionnels depuis 2002, notamment l'utilisation des énergies invasives. Finalement, d'autres activités, notamment la prescription d'imagerie diagnostique autre que la radiologie ou encore la prescription d'orthèses, doivent se retrouver dans une loi plus exhaustive qui saurait refléter l'exercice de la profession chiropratique tel qu'il se fait en 2019.

Sous-thème 3 :

Établir des conditions de travail améliorant la sécurité et l’attractivité des environnements soignants pour le personnel et la clientèle

La troisième section de ce mémoire porte sur les conditions de travail. Ses recommandations visent à améliorer la sécurité et l’attractivité des environnements soignants. Un milieu de soins sécuritaire permet non seulement d’optimiser la qualité des services rendus, mais constitue une valeur ajoutée pour les employés qui y œuvrent en termes de qualité de vie et de rétention des effectifs (Heiskanen, 2007). Des conditions de travail sécuritaires pour le personnel et la clientèle s’avèrent donc grandement bénéfiques et leur maintien dépend de toutes les parties prenantes.

3.1 Rendre équitable le soutien financier pour les stagiaires et internes

La rémunération de l’internat en psychologie était une revendication de longue date de plusieurs associations représentées par le FRESQ au moment de la réception des mémoires et de la tenue du Sommet annuel ayant mené à la production de ce mémoire final. La situation n’est cependant plus la même puisqu’en mai 2019, Jean-François Roberge, ministre de l’Éducation et de l’Enseignement supérieur du Québec, annonçait que tous les internes en psychologie recevraient une bourse de 25 000\$ pour les 1600 heures de leur internat. De plus, 9 programmes universitaires, dont 6 en santé et en services sociaux (pratique sage-femme, sciences infirmières, travail social – baccalauréat et maîtrise, orthophonie, psychoéducation), sont sujets à une compensation pour certains stages (Union étudiante du Québec, 2019). Cette mesure a été appliquée à partir de l’automne 2019. Cette portion de la recommandation mérite nos félicitations au MEES.

Beaucoup d’autres stages dans des domaines liés aux soins de santé et aux services sociaux restent non rémunérés. En parallèle des 1600 heures de l’internat (une année de travail moyenne), nous avons également soulevé l’externat des étudiants en médecine, qui dure quant à lui deux années, des étudiants de quatrième année en pharmacie, dont les stages durent 32 semaines, ainsi que les stages allant de quelques semaines à plusieurs mois dans d’autres programmes.

Ces situations sont trop spécifiques pour les détailler toutes dans le cadre d'un mémoire interdisciplinaire. Dans chaque cas, il s'agit de se demander dans quelle mesure l'étudiant représente une charge pour le travail de ses formateurs et devrait donc payer pour sa formation, et dans quelle mesure sa contribution crée de la valeur, auquel cas elle devrait être rémunérée.

Ces études ont déjà été réalisées par les instances étatiques appropriées. Cependant, les mesures de rémunération édictées ne concernent pas tous les stages considérés à valeur ajoutée, pour une raison que s'explique mal l'Union étudiante du Québec (UEQ) à travers son président Philippe Lebel (UEQ, 2019). Le FRESQue joint sa voie à celle de l'UEQ et de la Fédération étudiante collégiale du Québec (FECQ) pour recommander que soit rouverte la question des stages et que soient rémunérés ceux dont les études ont démontré qu'ils créaient de la valeur dans le RSSS.

3.2 Permettre une plus grande flexibilité de l'horaire de travail du personnel

L'amélioration de l'attractivité des environnements soignants comme lieux d'épanouissement professionnel passe par l'adaptation de ces derniers au personnel, dans une recherche constante de terrain d'entente avec les besoins de la clientèle des soins. Par exemple, la diminution directe des heures de travail du personnel affecterait négativement la clientèle. Une mesure compensatrice simple et efficace est donc de répartir la même charge de travail dans davantage d'horaires, en permettant des horaires flexibles au personnel volontaire.

Les nouvelles générations de professionnels de la santé recherchent un meilleur équilibre entre vies professionnelle et personnelle : le sondage de nos associations membres le montre bien. De plus, il n'est pas rare que la vie académique s'étire désormais plus longtemps, ou qu'elle reprenne après un moment de pause, dans le cas de promotions, de réorientations, etc. Toutes ces raisons rendent évident le fait que des horaires de travail à temps partiel ont leur place dans le réseau de la santé et de services sociaux autant qu'ailleurs, et que des mesures devraient être prises pour les permettre. Dans le cas des postes à temps plein, des programmes de congé sans solde pour les professionnels retournant aux études devraient être mis en place et accessibles à tous.

Ces mesures, en reconnaissant les projets extraprofessionnels du personnel ainsi que sa volonté de développer sa compétence au moyen de formations supplémentaires, augmenteraient très certainement le sentiment d'adhésion envers l'organisation qui les rend possibles.

3.3 Lutter contre la violence entre les parties prenantes des soins de santé

Le Bureau international du travail définit ainsi la violence au travail : « toute action, tout incident ou tout comportement qui s'écarte d'une attitude raisonnable, par lesquels une personne est attaquée, menacée, lésée ou blessée dans le cadre ou du fait direct de son travail » (Bureau international du travail, 2003). Selon l'OMS, la violence au travail touche particulièrement les travailleurs du domaine de la santé. De plus, « ses conséquences pour les individus et les organisations amènent une diminution de la qualité des soins, une augmentation des risques professionnels et des coûts plus élevés. » Dans les secteurs des soins de santé, la violence physique de la part des usagers est souvent banalisée, au point tel qu'elle est même majoritairement perçue comme un désavantage intrinsèque du travail en question plutôt qu'un enjeu (ICSP, 2019).

Pour toutes ces raisons, il est essentiel que le MSSS se penche sur cette problématique. Bien que la situation soit connue et déplorée, il existe peu de données fiables la concernant, précisément à cause de la normalisation de la violence mentionnée au paragraphe précédent. On ne recense pas les événements indésirables violents avec la même assiduité que les événements indésirables médicamenteux, même s'ils peuvent être tout autant dommageables l'un que l'autre. Notre recommandation au MSSS est de déployer des mesures organisationnelles et financières pour établir un portrait juste de la situation, en collaboration avec les organismes appropriés, notamment l'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS), l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) et l'Institut de la statistique du Québec.

3.3.1 Protéger la dénonciation de la violence

Une condition préalable nécessaire à l'établissement de ce portrait juste est évidemment la possibilité pour les parties prenantes concernées de participer à sa documentation. La crainte

de représailles, du côté de la clientèle, du personnel ou de l'organisation dispensatrice de soins, peut constituer un incitatif à garder le silence sur la violence vécue. Le MSSS doit donc envoyer un message fort de tolérance nulle envers la violence dans le RSSS, et assurer par la même occasion la protection de la dénonciation de la violence de quelque côté que ce soit.

L'OMS en fait une « condition préalable pour un environnement de travail sans violence » Elle en dit aussi que « la priorité doit être accordée à l'instauration d'une culture du travail centrée sur l'humain, et fondée sur la dignité, la non-discrimination, l'égalité des chances et la coopération. Une déclaration de politique générale claire doit être diffusée par le sommet de la hiérarchie, après consultation de toutes les parties intéressées. Toutes les interventions doivent être accompagnées d'initiatives de sensibilisation » (WHO, 2010).

Il faut pouvoir garantir qu'aucun professionnel ne perdra son poste suite à la dénonciation de la violence de la clientèle ou de collègues sans des motifs forts relevant de sa compétence. Il faudrait aussi offrir la possibilité d'une réaffectation à un poste similaire à l'intérieur du RSSS dans le cas où la sanction de la violence ne mènerait pas à ce que la personne l'ayant commise et celle l'ayant subie ne soient plus en contact l'une avec l'autre. Enfin, il faut veiller à ce que la dénonciation puisse se faire sur une base anonyme, tant qu'elle s'accompagne de suffisamment de preuves factuelles pour qu'on puisse en vérifier les allégations.

3.4 Adopter des mesures diminuant la charge de travail du personnel

L'épuisement au travail est une source de préoccupation grandissante depuis quelques décennies. Parmi les facteurs responsables de cette augmentation se trouvent les conflits de rôles, la surcharge de travail et l'ambiguïté des tâches (Leiter, 2009). Ces trois facteurs contribuent à un sentiment de surcharge et à un épuisement lorsqu'ils s'étendent sur le long terme.

Ainsi, l'épuisement professionnel mène à plus de 16 millions d'heures de soins infirmiers perdues à chaque année au Canada (« Dossier Santé – Enquête », s. d.). Certains chercheurs (Jourdain et Chênevert, 2010) suggèrent la réduction de la charge de travail et l'augmentation des ressources disponibles afin de pallier à ce problème.

Les infirmières sont parmi les professions où cette surcharge est bien documentée. Celle-ci serait à l'origine de problèmes d'anxiété, de problèmes de santé physique (Guerrero, Chênevert et Kilroy, 2017). 42% du personnel infirmier aurait changé d'établissement et 9% a quitté la profession lors des trois premières années de service. Plusieurs indicateurs peuvent quantifier la charge de travail des infirmières; néanmoins, le ratio clientèle-personnel reste l'indicateur le plus couramment utilisé pour quantifier la charge de travail des infirmières par sa simplicité (Swiger, Vance et Patrician, 2016). Or, plusieurs études démontrent qu'un ratio patients/infirmières élevé, signifiant une surcharge de travail, augmente le taux de morbidité et de mortalité et la survenue d'événements indésirables (MacPhee, Dahinten et Havaei, 2017; Shekelle, 2013). Ainsi, une surcharge de travail met en péril la sécurité des patients. Toutefois, certains milieux remplacent les infirmières qualifiées par du personnel moins qualifié afin de respecter les ratios, ce qui mène à une hausse d'événements indésirables comme les chutes, les plaies de pression, les erreurs de médication et l'utilisation de moyens de contention (Griffiths et al., 2016). Par conséquent, il est nécessaire d'assurer la provision d'un nombre minimal de personnel qualifié sur les unités par quart de travail en plus de placer suffisamment de personnel pour assurer la sécurité des patients.

Quand la charge de travail augmente, les infirmières manquent de temps pour accomplir tous les soins à faire; il se produit alors un phénomène de rationnement des soins. Ainsi, l'infirmière se voit obligée de prioriser certains soins aux dépens des autres (Papastravrou, Andreou et Efstathiou, 2014). Très souvent, les soins non faits sont peu concrets sur les plans biomédical et clinique, mais ils affectent la qualité des soins. Ils comprennent la communication, l'enseignement, le soutien à la clientèle et à son réseau de support, les soins d'hygiène, le soulagement pharmacologique et l'établissement d'un lien thérapeutique avec la clientèle (FIQ; Papastravrou, Andreou et Efstathiou, 2014). Or, le manque de tels soins a des conséquences néfastes sur la clientèle. Il a été observé que des soins manqués augmentent le risque d'événements indésirables (Papastravrou, Andreou et Efstathiou, 2014). De plus, le rationnement des soins affecte la perception infirmière sur la qualité des soins, ce qui mène à une insatisfaction envers la profession et un risque accru de quitter la profession (Papastravrou, Andreou et Efstathiou, 2014).

Le temps supplémentaires est également néfaste pour la qualité des soins offerts, augmentant la fréquence d'erreurs, le stress, le manque de vigilance et une perception négative de l'environnement de travail (Sung, 2013; Scott et al., 2006a; Scott et al., 2006b).

Toutefois, les infirmières ne sont pas les seules à vivre cet état d'épuisement grandissant. En

mars dernier, la Fédération des pharmaciens du Québec (FPQ) publiait un rapport (FPQ, 2019) faisant état d'une situation alarmante : plus de la moitié des répondants ont obtenu des scores modérés ou élevés pour l'épuisement et la détresse professionnelle. Le niveau serait similaire chez les médecins québécois d'après Chenevert (2018). La FSSS-CSN a également publié les résultats d'un sondage réalisé auprès de 12 244 professionnels de la santé (FSSS-CSN, 2018). Le rapport fait état d'une prévalence de surcharge de travail de 65%. Une majorité estime qu'il y aurait un manque de personnel et ressentent une pression significative au travail. De plus, 32% des répondants rapportent ne pas être en mesure de compléter leurs tâches, et 47% réussissent, mais doivent adopter un rythme atypique pour y arriver. Il est donc important de développer des mécanismes pour prévenir la surcharge de travail, ce qui passe entre autres par des ratios clientèle-personnel plus bas et une meilleure régulation des heures supplémentaires.

3.4.1 Assurer législativement des ratios clientèle-personnel sécuritaires

La hausse de la charge de travail est associée à une hausse du stress au travail et à des risques d'épuisement professionnel (MacPhee et al., 2017). Lorsque la charge de travail, les ratios clientèle-personnel et les ressources physiques sont inappropriés, la perception que les infirmières ont de la qualité de leur environnement de travail est affectée négativement (Rivaz et al., 2017). Des ratios plus élevés sont non seulement associés à une diminution de la satisfaction au travail et l'épuisement professionnel, mais également à une augmentation de la mortalité des patients (Aiken et al, 2002). La charge de travail est liée non seulement au nombre de patients mais également à la lourdeur des soins associés à chaque patient. À cet égard, plusieurs moyens devraient être mis à profit, comme l'utilisation d'outils prenant compte de l'acuité des patients pour catégoriser et répartir les patients entre les infirmières (Kidd et al., 2014; Kirby & Hurst, 2014).

Afin d'assurer la pérennité de cette solution, des actions législatives sont nécessaires. Il est de plus impératif de donner les moyens aux unités de soins de respecter les ratios établis. Un environnement soignant sain est également de mise afin de favoriser la rétention du personnel.

3.4.2 : Veiller à une application stricte des exceptions définies dans l'article 59.0.1 de la *Loi sur les normes du travail* afin d'éliminer l'abus de l'usage de la mesure du temps supplémentaire obligatoire auprès du personnel infirmier.

Le temps supplémentaire obligatoire (TSO) est prévu pour assurer la continuité des soins en situations exceptionnelles. Peu de données sont accessibles sur son utilisation sur le terrain, mais de nombreux témoignages dressent un portrait alarmant de la situation dans le système de santé et de services sociaux québécois. En 2018, la présidente de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ) confirmait que le TSO semblait être fortement répandu et que la responsabilité de la gestion d'horaire incombait à l'employeur (Le Soleil, 2018). Il semble que le TSO soit de plus en plus utilisé comme mode de gestion plutôt que réservé aux situations exceptionnelles. Comme le soutient l'Association québécoise des infirmières et infirmiers (AQII), « les données sur le TSO devraient être recensées et incluses dans les évaluations globales de nos institutions de santé » (AQII, 2019) afin de surveiller l'évolution et la pertinence de son utilisation.

Le TSO met le personnel infirmier dans une position particulièrement difficile, car il est confronté à l'obligation d'assurer la continuité des soins de la clientèle tout en s'assurant de la qualité et de la sécurité de ces soins. Le TSO peut éventuellement exercer un impact important sur la santé du personnel autant que de la clientèle. Le TSO s'inscrit dans un cercle vicieux où l'augmentation de la charge de travail et du TSO mènent à une augmentation du stress, des événements indésirables, voire des cas d'épuisement professionnel. Cela mène à une augmentation de l'absentéisme et à l'abandon de la profession pour une partie des infirmières, créant une pénurie qui alourdit à nouveau la charge de travail et augmente l'usage du TSO (Santé Canada, 2007).

Le TSO est régi par la *Loi sur les normes du travail*. Celle-ci devrait être révisée et modifiée pour assurer une utilisation du TSO exclusivement en situations exceptionnelles. Les employeurs devraient être clairement déterminés comme imputables de l'utilisation de ces mesures afin de retirer la pression actuellement exercée sur le personnel infirmier et de lui permettre de refuser le temps supplémentaire sans risques de représailles. Cette recommandation ne doit pas être considérée de manière isolée, puisque d'autres mesures sont nécessaires pour améliorer la rétention du personnel infirmier et répondre aux besoins de la clientèle.

Des projets de loi limitant le nombre d'heures pouvant être travaillées consécutivement dans le RSSS devraient également être étudiés. Certains auteurs suggèrent de limiter les horaires de travail du personnel infirmier à 12h par jour et à un maximum de 60h par semaine (Miller, 2013).

3.5 Fournir des ressources matérielles adéquates

Un environnement soignant sécuritaire, fonctionnel et de qualité nécessite des ressources physiques appropriées. Le personnel soignant doit pouvoir travailler dans des conditions soutenant ses fonctions. L'augmentation des investissements dans les infrastructures immobilières désuètes et la mise à jour du matériel adapté aux besoins représentent une priorité. Dans une étude sur l'évaluation de la qualité de l'environnement de travail par le personnel infirmier, les auteurs donnent comme exemple la faible distance entre les lits, qui diminue non seulement l'intimité de la clientèle mais aussi la marge de manœuvre pour le travail : « Adequate equipment, sufficient physical space, light, and proper air conditioning are necessary to the safety of the nurses and the patients. » (Rivaz et al., 2017).

La connexion à Internet sans fil (« WiFi ») a aussi été établie par les délibérations du Sommet 2019 du FRESQue comme une ressource dont le caractère déficient peut ralentir les tâches du personnel soignant. Une climatisation répartie de manière raisonnable dans tous les départements constitue un besoin de base lors des saisons chaudes autant pour le personnel que la clientèle.

Finalement, les délibérations du Sommet 2019 du FRESQue ont fait ressortir une volonté franche de rendre le système de santé et de services sociaux plus écoresponsable. L'absence d'actions concertées participe au sentiment d'impuissance du personnel. Comme l'écoresponsabilisation du RSSS représente un des trois sous-thèmes de la réflexion du FRESQue pour l'année scolaire 2019-2020, nous reportons au prochain mémoire nos recommandations précises.

Conclusion

Ces 32 recommandations sont le fruit de la consultation des futurs professionnels en santé et en services sociaux du Québec. S'appuyant sur des données probantes ainsi que sur le travail d'experts et de groupes communautaires, ils présentent des pistes de solution à la fois audacieuses et opérationnalisables, qui peuvent contribuer à un système de soins et de services plus efficace.

Le FRESQue présente ces recommandations au ministère de la Santé et des Services sociaux et au ministère de l'Éducation et de l'Enseignement supérieur avec la certitude que leur considération attentive résultera en des interventions effectives pour maintenir et améliorer le caractère soignant des environnements où se déroule le travail de la santé et des services sociaux québécois.

Au plaisir de collaborer dans la suite des choses,

L'équipe de recherche et de rédaction du mémoire 2018-2019

Le conseil d'administration du FRESQue 2019-2020

Médiagraphie

- APPIC. (2014) Internship and Postdoctoral Programs in Professional Psychology. The Association of Psychology postdoctoral and Internship Centers. [Retrieved from https://www.appic.org/Portals/0/downloads/2013-14_APPIC_Directory.pdf]
- Arbuckle, G. A. (2013). *Humanizing healthcare reforms*. London, Angleterre: Jessica Kingsley Publisher.
- Association des Psychologues du Québec (s.d.). Repéré à:
- Association québécoise des infirmières et infirmiers (2019). Note politique 1 : Temps supplémentaire obligatoire. Repéré à : <https://www.aqii-qna.org/post/temps-suppl%C3%A9mentaire-obligatoire>.
- Bernier, J., Calce, D., Filiatrault, D., Gosselin, L., Jefferson-Falardeau, J., Lebel, P., Roberge, C. & St-Onge, M. « Pratique collaborative : engagement et leadership ». Rapport rédigé par le RUIS de l'Université de Montréal. Comité sur les pratiques collaboratives et la formation interprofessionnelle. (2012).
- Boulanger, S., Motulsky, A. & Paré, G. (2018). Fréquence, nature et effets des conseils prodigués par les pharmaciens communautaires au Québec. Rapport de recherche #18-01, Chaire de recherche en santé connectée, HEC Montréal, 68 pages.
- Bradley, S., Doucet, R., Kohler, E., & Drapeau, M. (2015). Accessibilité à la psychothérapie subventionnée par l'État: comparaisons entre les perspectives des psychologues et des psychothérapeutes. *Santé mentale au Québec*, 40(4), 175-200.
- Bureau international du travail (2003). Recueil de directives pratiques sur la violence au travail dans le secteur des services et mesures visant à combattre ce phénomène. Genève : Organisation internationale du travail.
- Capozza, D., Falvo, R., Boin, J., & Colledani, D. (2016). Dehumanization in medical contexts: An expanding research field *Testing Psychometrics. Methodology in Applied Psychology*, 23(4), 545-559.
- Carter, R. L., & Platt, L. (2013). Un environnement thérapeutique : une architecture et un design propices à la santé. Dans S. B. Frampton, P. A. Charmel., & S. Guastello en collaboration avec le réseau Planetree Québec (Éds), *L'humain au cœur de l'expérience*, recueil de pratiques de soins et de gestion en santé (1ère éd., pp. 133-151). Laval, QC : Guy St-Jean Éditeur.
- Caruso, E. M., Cisar, N., & Pipe, T. (2008). Creating a healing environment: An innovative educational approach for adopting Jean Watson's theory of Human Caring. *Nursing Administration Quarterly*, 32(2), 126-132. doi : 10.1097/01.NAQ.0000314541.29241.14
- Castillo, J. M., Curtis, M. J., & Tan, S. Y. (2014). Personnel needs in school psychology: a 10-year follow-up study on predicted personnel shortages. *Psychology in the Schools*, 51(8), 832-849.
- Chiles, J.A., Lambert, M.J., & Hatch, A.L. (2002). Medical cost offset: A review of the impact of

- psychological interventions on medical utilization over the past three decades. In N. A. Cummings, W.T. O' Donohue, & K.E. Ferguson (Eds.), *The impact of medical cost offset on practice and research*. Reno, NV: Context Press.
- Chomiene, M. H., Grenier, J., Gaboury, I., Hogg, W., Ritchie, P., & Farmanova-Haynes, E. (2011). Family doctors and psychologists working together: Doctors' and patients' perspectives. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 17, 282-287.
- Colin C, Turpin P, Garant E et al. (2010). «Les pratiques collaboratives et la formation interprofessionnelle au sein du RUIS de l'Université de Montréal : Résumé exécutif et recommandations du Rapport d'étape juin 2009-mai 2010», RUIS de l'UdeM.
- Conseil interprofessionnel du Québec (s.d.). Repéré à <https://professions-quebec.org/le-conseil-interprofessionnel/a-propos/le-ciq/>
- Côté, N. (2012). Pénurie de psychologues dans les écoles du Québec. *Huffington Post Quebec*. Repéré à http://quebec.huffingtonpost.ca/2012/08/30/penurie-psychologues-ecoles-quebec_n_1842400.html
- Canadian Psychological Association (2002). *Enhancing the experience of child and youth in today's schools: The role and psychologists in Canadian schools the contribution of the school psychologist*. [Retrieved from: http://www.cpa.ca/cpaweb/UserFiles/Documents/publications/school_1.pdf]
- D'Amour, D., Ferrada-Videla, M., San Martin Rodriguez, L. et Beaulieu, M. D. (2005). The conceptual basis for interprofessional collaboration: core concepts and theoretical frameworks. *Journal of interprofessional care*, 19 (sup1), 116-131.
- Derfel, A. (2018, 8 juin). The hiring of nurses isn't keeping pace with Quebec's greying demographic. *Montreal Gazette*. Repéré à <https://montrealgazette.com>
- Des infirmières toujours à bout de souffle. (2019, 28 janvier). *TVA Nouvelles*. Repéré à <https://www.tvanouvelles.ca/>
- Dossier Santé - Enquête : L'épuisement des professionnels de la santé au Québec. (s. d.). Repéré à <https://www.revuegestion.ca/dossier-sante-enquete-l-epuisement-des-professionnels-de-la-sante-au-quebec>
- Duffield, C., Diers, D., O'Brien-Pallas, L., Aisbett, C., Roche, M., King, M. et Aisbett, K. (2011). Nursing staffing, nursing workload, the work environment and patient outcomes. *Applied nursing research*, 24 (4), 244-255.
- Duffy, J. R. (2018). *Quality caring in nursing and health systems. Implications for clinicians, educators, and leaders*. (3e éd). New York, NY: Springer Publishing Company.
- EKOS. (2011). *Survey of Canadian attitudes toward psychologists and accessing psychological services*. Repéré à : <http://www.cpa.ca/docs/File/Poll/National%20Findings%20%28English%29.pdf>
- Fédération de la santé et des services sociaux—CSN (2018). *Résultats du sondage de la FSSS-CSN sur la satisfaction au travail du personnel du réseau de la santé et des services sociaux*.
- Fédération des pharmaciens du Québec (2019). *Programme d'aide aux pharmaciens du Québec – Rapport d'enquête, rédigé par Aklouiat, N., Sakr, D. & Nguyen, T.*

- Fédération interprofessionnelle du Québec (s.d.). Faits saillants du sondage sur les soins non faits. Repéré à <http://www.fiqsante.qc.ca/secteurs-et-services/organisation-du-travail/soins-securitaires/faits-saillants-du-sondage-sur-les-soins-non-faits>
- Filter, K. J., Ebsen, S. A., & Dibos, R. (2013). School psychology crossroads in America: Discrepancies between actual and preferred discrete practices and barriers to preferred practice. *International Journal of Special Education*, 28(1), 88.
- Gouvernement du Canada (2018) Repéré à : <http://www.tbs-sct.gc.ca/agreements-conventions/view-visualiser-fra.aspx?id=19#toc235502347>
- Gouvernement du Québec (s.d.). Repéré à : https://www.tresor.gouv.qc.ca/fileadmin/PDF/echelles_traitement/sss_prof.pdf
- Griffiths, P., Ball, J., Drennan, J., Dall’Ora, C., Jones, J., Maruotti, A., ... et Simon, M. (2016). Nurse staffing and patient outcomes: strengths and limitations of the evidence to inform policy and practice. A review and discussion paper based on evidence reviewed for the National Institute for Health and Care Excellence Safe Staffing guideline development. *International journal of nursing studies*, 63, 213-225. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2016.03.012
- Guerrero, S., Chênevert, D. et Kilroy, S. (2017). New Graduate Nurses’ Professional Commitment: Antecedents and Outcomes. *Journal of Nursing Scholarship*, 49(5), 572-579. doi:10.1111/jnu.12323
- Hall, P. (2005). Interprofessional teamwork: Professional cultures as barriers. *Journal of Interprofessional care*, 19 (sup1), 188-196.
- Hartman, L. I., Fergus, K. D., & Reid, D. W. (2016). Psychology’s Gordian Knot: Problems of identity and relevance. *Canadian Psychology/Psychologie canadienne*, 57(3), 149.
- Heiskanen M. « Violence at work in Finland; Trends, contents, and prevention ». *J. Scand. Stud. Criminol. Crime Prev.* [En ligne]. 2007. Vol. 8, n°1, p. 22-40.
- Holmes, A. M. et Deb, P. (1998). Provider choice and use of mental health care: implications for gatekeeper models. *Health Services Research*, 33(5 Pt 1), 1263-1284.
- Horn, M. E., George, S. Z. et Fritz, J. M. (2017). Influence of Initial Provider on Health Care Utilization in Patients Seeking Care for Neck Pain. *Mayo Clinic Proceedings: Innovations, Quality & Outcomes*, 1(3), 226-233. doi:10.1016/j.mayocpiqo.2017.09.001
- Hromadkova, E. (2009). Gatekeeping – Open Door to Effective Medical Care Utilisation? ([SSRN Scholarly Paper] no ID 1517226). Rochester, NY : Social Science Research Network. Repéré à <https://papers.ssrn.com/abstract=1517226>
- Hurwitz, E. L., Li, D., Guillen, J., Schneider, M. J., Stevans, J. M., Phillips, R. B., ... Vassilaki, M. (2016). Variations in Patterns of Utilization and Charges for the Care of Neck Pain in North Carolina, 2000 to 2009: A Statewide Claims’ Data Analysis. *Journal of Manipulative and Physiological Therapeutics*, 39(4), 240-251.
- ICI Radio-Canada (30 janvier 2018). «Les infirmières du Québec dénoncent la surcharge de travail». Repéré à <https://ici.radio-canada.ca>.
- ICSP (2019). The Patient Safety Education Program Canada - Module 8 - Leadership, everybody’s job. Institut canadien pour la sécurité des patients. Repéré à

<https://www.patientsafetyinstitute.ca/en/education/PatientSafetyEducationProgram/PatientSafetyEducationCurriculum/Documents/Module%2008%20-%20Leadership.pdf>

- Jean-Baptiste A. (2011). « Recension des initiatives patient partenaire ». Rapport de projet supervisé, HEC Montréal, 63 p.
- Jordan, J. J., Hindes, Y. L., & Saklofske, D. H. (2009). School psychology in Canada: A survey of roles and functions, challenges and aspirations. *Canadian Journal of School Psychology*, 24(3), 245-264.
- Jourdain, G. et Chênevert, D. (2010). Job demands–resources, burnout and intention to leave the nursing profession: A questionnaire survey. *International Journal of Nursing Studies*, 47(6), 709-722. doi:10.1016/j.ijnurstu.2009.11.007
- Kelly D, Young S, Phillips L, Clark D. Patient attitudes regarding the role of the pharmacist and interest in expanded pharmacy services. *Can Pharm J*. 2014;147:239–47.
- Koenig, A., Rodger, S., & Specht, J. (2018). Educator burnout and compassion fatigue: A pilot study. *Canadian Journal of School Psychology*, 33, 259-278. NASP.
- Lacoursière, A. (2019). Évaluations en santé mentale: les psychologues veulent contribuer à réduire l'attente. La Presse. Repéré à :
<https://www.lapresse.ca/actualites/sante/201902/13/01-5214542-evaluations-en-sante-mentale-les-psychologues-veulent-contribuer-a-reduire-lattente.php?fbclid=IwAR2clQRsyjizmRlaLnFiEGdo9RRxBK5eSbb-xognwmxuHrLiAb2dRbCHXUU>
- Laframboise, F. (2018). La qualité des soins: pourquoi et comment la mesurer? Communication présentée à la conférence de l'ACCIQ, Montréal, Québec. Repéré à http://www.aciiq.qc.ca/wp-content/uploads/2018/11/Présentation_Les-indicateurs-de-qualité_France-Laframboise.pdf
- Lalande, V. (2004) *Counselling psychology: A Canadian perspective*, *Counselling Psychology Quarterly*, 17:3, 273-286, DOI: 10.1080/09515070412331317576
- Leiter, M. P. et Maslach, C. (2009). Nurse turnover: the mediating role of burnout. *Journal of nursing management*, 17(3), 331-339. doi: 10.1111/j.1365-2834.2009.01004.x
- Le Soleil (2018). «Infirmières: le temps supplémentaire pas obligatoire, rappelle l'Ordre». Repéré à <https://www.lesoleil.com/actualite/sante/infirmieres-le-temps-supplementaire-pas-obligatoire-rappelle-lordre-a2a45f57b8c3f5cfd1386d86c7d4f43f>
- ICI Radio-Canada (30 janvier 2018). «Les infirmières du Québec dénoncent la surcharge de travail». Repéré à <https://ici.radio-canada.ca>.
- Lingard, L., Vanstone, M., Durrant, M., Fleming-Carroll, B., Lowe, M., Rashotte, J., ... et Tallett, S. (2012). Conflicting messages: examining the dynamics of leadership on interprofessional teams. *Academic Medicine*, 87 (12), 1762-1767.
- Lorig, K.R., Sobel, D.S., Steward, A.L., Brown, B.W., Bandura, A., Ritter, P., et al. (1999). Evidence suggesting that a chronic disease self-management program can improve health status while reducing hospitalization: A randomized trial. *Medical Care*, 37, 5-14. DOI: 10.1097/00005650-199901000-00003
- MacDonald, M. B., Bally, J. M., Ferguson, L. M., Murray, B. L., Fowler-Kerry, S. E. et Anonson, J. M. (2010). Knowledge of the professional role of others: A key interprofessional competency.

- Nurse education in practice , 10 (4), 238-242.
- MacPhee, M., Dahinten, S. et Havaei, F. (2017) The impact of heavy perceived nurse workloads on patient and nurse outcomes. *Administrative Science*, 7(1), 7. doi: 10.3390/admsci7010007
- Miller, K. (2013). Risk factors and impacts of occupational injury in healthcare workers: A critical review. *OA Musculoskeletal Medicine*, 1 (1), 4. doi: 10.13172/2052-9287--1-447
- Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2015). Plan d'action en santé mentale 2015-2020. Repéré à : <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2015/15-914-04W.pdf>
- Ministère de la santé et des services sociaux. Québec (2013). Sous-ministre adjointe à la Direction générale du personnel réseau et ministériel. Circulaire. Mesure administrative temporaire offerte aux psychologues travaillant dans le réseau de la santé et des services sociaux.
- NASP. (2017) Who are school psychologists. Nation Association of School Psychologists. [Retrieved from: <https://www.nasponline.org/about-school-psychology/who-are-school-psychologists>]
- O'Brien-Pallas, L., Murphy, G. T., Shamian, J., Li, X. et Hayes, L. J. (2010). Impact and determinants of nurse turnover: a pan-Canadian study. *Journal of nursing management*, 18 (8), 1073-1086.
- OIIQ, CMQ et OPQ. (2015). Énoncé de position conjoint sur la collaboration interprofessionnelle : rehausser la qualité et la sécurité des soins. Repéré à <https://www.oiiq.org/en/enonce-de-position-conjoint-sur-la-collaboration-interprofessionnelle-rehausser-la-qualite-et-la-securite-des-soins-oiiq-cmq-opq>
- OPQ. (2018) Devenir psychologue. Ordre des psychologues du Québec. [Retrieved from: <https://www.ordrepsy.qc.ca/obtenir-un-permis>]
- OPQ. (2019) Listes d'attente en santé mentale : sortons de la fatalité. Ordre des psychologues du Québec. [Retrieved from: <https://www.ordrepsy.qc.ca/-/listes-d-attente-en-sante-mentale-sortons-de-la-fatalite>]
- Orchard, C., Bainbridge, L., Bassendowski, S., Stevenson, K., Wagner, S. J., Weinberg, L., ... et Sawatsky-Girling, B. (2010). A national interprofessional competency framework. Vancouver, BC: Canadian Interprofessional Health Collaborative.
- Pai, A. L., McGrady, M. (2014) Systematic Review and Meta-Analysis of Psychological Interventions to Promote Treatment Adherence in Children, Adolescents, and Young Adults With Chronic Illness, *Journal of Pediatric Psychology*, 39: 8, 918–931, <https://doi.org/10.1093/jpepsy/jsu038>
- Papastavrou, E., Andreou, P. et Efstathiou, G. (2014). Rationing of nursing care and nurse–patient outcomes: a systematic review of quantitative studies. *The International journal of health planning and management*, 29 (1), 3-25.
- Radio-Canada (2017). Des psychologues du réseau public dénoncent la disparition progressive de leur profession. La Presse. Repéré à : <https://ici.radio-canada.ca/nouvelle/1016199/psychologues-reseau-public-sante-disparition-toxicomanie-centre-readaptation-dependance-montreal>
- Reese, D. J. et Sontag, M. A. (2001). Successful interprofessional collaboration on the hospice team. *Health & Social Work*, 26(3), 167-175.

- Réseau Planetree Québec (2019). Guide de mise en œuvre et de pérennisation d'une approche de gestion, de soins et de services centrée sur la personne dans les organisations de santé et de services sociaux. Repéré à : <https://indd.adobe.com/view/e47f8fdf-7836-4443-ac90-f5c6b6feb42a>
- Rice, K., Zwarenstein, M., Conn, L. G., Kenaszchuk, C., Russell, A. et Reeves, S. (2010). An intervention to improve interprofessional collaboration and communications: a comparative qualitative study. *Journal of Interprofessional Care*, 24 (4), 350-361.
- Rivaz, M., Momennasab, M., Yektatalab, S. et Ebadi, A. (2017). Adequate Resources as Essential Component in the Nursing Practice Environment: A Qualitative Study. *Journal of clinical and diagnostic research*, 11 (6), IC01-IC04. doi: 10.7860/JCDR/2017/25349.9986
- Roy, C. (2016). Affirmation de la profession : Quels sont les défis pour les psychologues québécois?. *Canadian Psychology/psychologie canadienne*, 57(3), 220.
- Sakalaris, B.R., MacAllister, L., Voss, M., Smith, K., & Jonas, W.B. (2015). Optimal Healing Environments. *Global Advance in Health and Medecine*, 4(3), 40-45.
- Sanjida S, McPhail SM, Shaw J, et al. (2018) Are psychological interventions effective on anxiety in cancer patients? A systematic review and meta-analyses. *Psycho-Oncology*, 27:2063–2076.
- Santé Canada (2007). The Working Conditions of Nurses: Confronting the Challenges. *Health Policy Research*, issue 13.
- Schilling, E. J., Randolph, M., & Boan-Lenzo, C. (2018), Job burnout in school psychology: How big is the problem. *Contemporary School Psychology*, 22, 324 - 331.
- Scott, L. D., Hwang, W.-T. et Rogers, A. E. (2006a). The Impact of Multiple Care Giving Roles on Fatigue, Stress, and Work Performance Among Hospital Staff Nurses. *JONA: The Journal of Nursing Administration*, 36(2), 86.
- Scott, L. D., Rogers, A. E., Hwang, W.-T. et Zhang, Y. (2006b). Effects of Critical Care Nurses' Work Hours on Vigilance and Patients' Safety. *American Journal of Critical Care*, 15(1), 30-37.
- Shekelle, P. G. (2013). Nurse-patient ratios as a patient safety strategy: A systematic review. *Annals of Internal Medicine*, 158 (5, part 2), 404-409.
- Shin, S., Park, J. H. et Bae, S. H. (2018). Nurse staffing and nurse outcomes: A systematic review and meta-analysis. *Nursing Outlook*, 66(3), 273-282. doi: 10.1016/j.outlook.2017.12.002
- Sitzman, K., & Watson, J. (2019). *Assessing and Measuring Caring in Nursing and Health Sciences: Watson's Caring Science Guide* (3e éd.). New York, NY: Springer Publishing Company.
- Stimpfel, A. W., Sloane, D. M. et Aiken, L. H. (2012). The longer the shifts for hospital nurses, the higher the levels of burnout and patient dissatisfaction. *Health Affairs*, 31(11), 2501-2509. doi: 10.1377/hlthaff.2011.1377
- Sung, H. B. (2013). Presence of Nurse Mandatory Overtime Regulations and Nurse And Patient Outcomes.
- Suter, E., Arndt, J., Arthur, N., Parboosingh, J., Taylor, E. et Deutschlander, S. (2009). Role understanding and effective communication as core competencies for collaborative practice. *Journal of interprofessional care*, 23(1), 41-51
- Swiger, P. A., Vance, D. E. et Patrician, P. A. (2016). Nursing workload in the acute-care setting: A

concept analysis of nursing workload. *Nursing Outlook*, 64 (3), 244-254. doi: 10.1016/j.outlook.2016.01.003

Union étudiante du Québec. Compensation financière des stages. Répéré à : <https://unionetudiante.ca/compensation-financiere-stages/>

Watson, J. (2018). *Unitary Caring Science: The Philosophy and Praxis of Nursing*. Denver, CO: University of Colorado.

Weyant, R.A., Clukey, L., Roberts, M., & Anderson, A. (2017). Show your stuff and watch your tone: Nurses' caring Behaviors. *American Association of Critical-Care Nurses*, 26(2), 111-117. doi: <https://doi.org/10.4037/ajcc2017462>

Whitehead, C. (2009). Perceptions of the role of the registered nurse in an urban interprofessional academic family practice setting. *Nursing leadership*, 22(2).

Witko, K. et Education, U. of L. F. of. (2003). *Partnerships in mental health : effective referral and collaboration between family physicians and psychologists* (Thesis, Lethbridge, Alta. : University of Lethbridge, Faculty of Education, 2003). Repéré à <https://opus.uleth.ca/handle/10133/209>.

World Health Organization. (2010). *Framework for action on interprofessional education and collaborative practice*. Geneva, WHO Press.

Zwarenstein, M., Goldman, J. et Reeves, S. (2009). Interprofessional collaboration: effects of practice-based interventions on professional practice and healthcare outcomes. *Cochrane Database Syst Rev* , 3 (3), CD000072.