

***Commission multidisciplinaire
Régionale***

**de la Régie régionale
de la Santé et des Services sociaux
de Montréal**

**Réflexion partagée de la
réalité montréalaise en
matière de santé et de services
sociaux**

Réalisée par

**LES MEMBRES DE LA COMMISSION MULTIDISCIPLINAIRE RÉGIONALE
DE LA RÉGIE RÉGIONALE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX
DE MONTRÉAL**

Novembre 2002

**MEMBRES DE LA COMMISSION
MULTIDISCIPLINAIRE RÉGIONALE**

novembre 2002

Mme Renée Voisard

Services de réadaptation
L'Intégrale

Présidente

**Mme Marguerite
Deschamps**

CLSC Mercier-Est/Anjou

Vice-présidente

M. Robert Dykes

Université McGill

Secrétaire

M. Charles Dion

Hôpital Sainte-Justine

M. Robert Doré

Université du Québec à Montréal

M. Dominique Martinet

CRDI Gabrielle-Major
Lethbridge

Mme Sylvie Masson

Hôpital Maisonneuve-Rosemont

Mme Lyne Nayel

Hôpital Maisonneuve-Rosemont

Observateurs

Mme Michèle Quinn

Centre de réadaptation Lucie-Bruneau

M. Peter Ross

Cégep Collège Vanier

Mme Suzanne Tremblay

Centre de réadaptation Constance-

Christiane Rouleau

Régie régionale de la santé et
des services sociaux de Montréal

Mme Claudette Hudon

CHSLD du Plateau Mont-Royal

M. Pierre Keable

Centres jeunesse de Montréal

M. Camillo Zacchia

Centre hospitalier Douglas

Table des matières

Mise en contexte	3
1 Méthode de travail	4
2 Réflexion sur les services au sein de la région de Montréal	
2.1 Constats relatifs à l'organisation des services	5
2.2 Constats relatifs à la planification de la main-d'œuvre	8
3 Suggestions quant aux pistes d'amélioration possibles	
3.1 Pistes d'amélioration relatives à la promotion de la santé	9
3.2 Pistes d'amélioration relatives à l'organisation des services	10
3.3 Pistes d'amélioration relatives à la planification de la main-d'œuvre	12
4 Sommaire	13

Disponible aux Services documentaires de la Régie régionale de Montréal-Centre
(514) 286-5604

Gratuit

© Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre, 2003

Dépôt légal – Bibliothèque nationale du Québec, 2003

Mise en contexte

Les membres de la Commission multidisciplinaire régionale (CMUR) de la Régie régionale de la Santé et des Services sociaux de Montréal, qui représentent les professionnels (autres qu'infirmières) des établissements du réseau et des milieux d'enseignement, ont tenu 11 rencontres depuis leur nomination en septembre 2001.

Dès leurs premières rencontres, les membres de la Commission ont exprimé le désir de se familiariser avec les principaux enjeux auxquels sont confrontés les divers établissements de notre réseau dans l'actualisation du Défi de l'Accès 1998-2002, afin de se préparer à une éventuelle consultation sur le prochain plan triennal de la Régie régionale et d'être capables de donner des avis éclairés. Aussi, les membres souhaitaient être ainsi en mesure de réfléchir ensemble à la recherche de solutions novatrices. Il fut dès lors décidé que les rencontres suivantes serviraient à des présentations par les membres, regroupés selon le type d'établissement dont ils proviennent.

Bien sûr, toutes les réflexions engendrées par leurs échanges ne sont pas exhaustivement rapportées ici, l'accent ayant été mis sur des priorités qui leur paraissaient évidentes, mais certaines feront sans doute l'objet de recommandations spécifiques ultérieures.

Finalement, les membres espéraient que cette démarche leur permettrait de développer une base de travail commune et une compréhension partagée de leurs réalités respectives. Cet objectif fut largement atteint et le présent document en fait foi.

1 Méthode de travail

Les membres de la Commission multidisciplinaire régionale se sont divisés en sous-comités en fonction de leur spécialité et de la nature de leur établissement d'affiliation pour effectuer une revue des objectifs du plan « Défi de l'accès » pertinents à leur champ de pratique respectif. Prenant avantage des sources d'information existantes dans le réseau de la santé, chacun des sous-comités s'est efforcé d'évaluer les progrès réalisés à ce jour par rapport aux objectifs du plan. Chacun des sous-comités a par la suite présenté à la Commission multidisciplinaire régionale un rapport faisant état des observations, analyses, réflexions et conclusions auxquelles il arrivait, ce qui a donné lieu à des discussions fort intéressantes au sein de la Commission.

Le présent document constitue un sommaire des constats, des suggestions et des pistes de solution qui ont émané des débats ayant eu cours au sein de la Commission. Nous y retrouvons d'abord les constats que la CMUR a dégagés quant à l'organisation actuelle des services et à la planification de la main-d'œuvre. Après quoi, nous identifions les suggestions quant aux pistes d'amélioration qu'il serait à propos d'y apporter et nous relevons au sommaire les faits saillants de nos travaux.

2 Réflexion sur les services au sein de la région de Montréal

Voyons d'abord les constats que les membres de la CMUR ont été amenés à dégager dans le cadre de leur réflexion sur l'organisation actuelle des services et la planification de la main-d'œuvre, en ce qui a trait aux services de santé et services sociaux au sein de la région de Montréal.

2.1 Constats relatifs à l'organisation des services

De toute évidence, le *Défi de l'accès* demeure plus que jamais une réalité et il n'y a pas que les urgences des CH qui soient engorgées. En effet, l'accès aux services d'hébergement et aux ressources intermédiaires pour les personnes âgées ou en perte d'autonomie, aux soins psychiatriques, aux services de réadaptation en déficience intellectuelle, en déficience physique et pour les jeunes en difficulté d'adaptation, aux services de prélèvements et de laboratoire, aux soins spécialisés et ultra-spécialisés tels que les chirurgies et la radio-oncologie, est devenu quasi impossible autrement qu'en situation d'urgence. En pédopsychiatrie, on procède aux évaluations, mais peu de traitements sont réalisés. Les délais d'accès sont tels qu'ils ont d'importantes répercussions d'abord sur les personnes concernées, puisque leur état s'aggrave durant l'attente ou leurs besoins se modifient au point où le service demandé n'est plus celui qui est requis. Dans certains établissements, l'urgence semble être devenue la seule voie d'accès aux services, notamment en CRDI. Les délais d'accès d'un établissement ont également un impact désastreux sur ses partenaires : par exemple, les CLSC portent l'attente de plusieurs (ex. : des Centres Jeunesse, des CRDI, CRDP, CHSLD), les urgences des CH portent l'attente de d'autres (ex. : des CHSLD, centres de prélèvements, soins spécialisés et ultra-spécialisés).

Plusieurs établissements montréalais offrent des services à des personnes en provenance de tout le Québec, notamment en ce qui a trait aux services spécialisés et ultra-spécialisés, alors que cet état de fait ne semble pas être pris en compte par le ministère de la Santé et des Services sociaux lors de l'attribution des budgets aux régies régionales. La réalité démographique de Montréal représente également un défi pour les établissements, car ils doivent mettre en place des accommodements raisonnables afin de respecter les croyances, les valeurs et les capacités de communiquer des différentes communautés culturelles auxquelles ils ont à offrir des services.

Les problématiques se multiplient et se complexifient :

- Nous assistons depuis plusieurs années à une augmentation de l'espérance de vie de la population montréalaise. Cette situation, en soi très enviable, a donné lieu à de nouvelles problématiques fort complexes. L'évolution de la science médicale permet à certains enfants de survivre malgré le fait qu'ils présentent de multiples handicaps : on en retrouve plusieurs exemples en déficience intellectuelle et en déficience physique (ex. : blessure médullaire, spina bifida, surdicécité). L'évolution de la science médicale permet également à des personnes de survivre à un traumatisme important (ex : accident de la route) ou à des maladies évolutives (ex :

sclérose en plaque). Si nous voulons nous conformer aux politiques ministérielles en vigueur eu égard à l'intégration et à la participation sociale de ces personnes, nous devons nous soucier non seulement de leur survie, mais de leur santé, de leur bien-être, du respect de leurs droits, de leur plein épanouissement et de leur qualité de vie au sein de la communauté. L'évolution de la science médicale permet également de prolonger la vie de certaines personnes âgées malgré le fait qu'elles soient aux prises avec de graves maladies : on en retrouve plusieurs exemples en CHSLD (ex. : la maladie de Alzheimer, la maladie de Parkinson). Le phénomène du vieillissement entraîne une augmentation des limitations physiques impliquant un accroissement des besoins en termes de services de soutien et de réadaptation pour éviter le recours à l'institutionnalisation des personnes concernées.

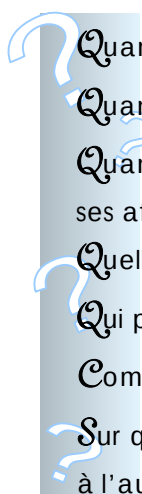
- Le phénomène de la pauvreté engendre souvent un cumul de problèmes, tels que des problèmes psychosociaux (ex. : violence conjugale, monoparentalité, abus sexuels), des problèmes de santé (ex. : anémie), des problèmes de santé mentale (ex. : dépression) et des problèmes de comportement (ex. : automutilation, suicide, agressivité, jeu compulsif, alcoolisme, toxicomanie). On peut observer cette réalité notamment dans les CLSC, dans les services de pédopsychiatrie et dans les Centres jeunesse.
- Les cas frontières, qui se trouvent à la limite de la déficience intellectuelle et de l'intelligence lente, et qui présentent des problèmes de santé mentale et des troubles de comportement parfois fort importants (ex. : mettant en danger la vie de la personne elle-même ou celle de son entourage) se retrouvent dans un vide de service, communément appelé la « zone grise ». Les CRDI ne sont pas en mesure seuls de faire face à ces problématiques, les services de psychiatrie estiment que ces cas relèvent des CRDI, et beaucoup d'énergies (ex. : évaluations, contre expertises) sont déployées pour trouver à qui appartient la responsabilité de donner le service. Les établissements sont trop cloisonnés; alors qu'il faudrait probablement unir nos efforts, dans pareils cas, nous avons tendance à renforcer nos cloisons, car les budgets sont déjà insuffisants pour répondre aux demandes qui relèvent de notre mission.
- Les désinstitutionnalisations massives et rapides, comme celle du Centre hospitalier Louis-H. Lafontaine, accentuent l'incidence des problématiques sociales comme l'itinérance, la toxicomanie, la prostitution et autres, problématiques que l'on peut observer notamment dans certaines rues du centre ville de Montréal.
- L'hétérogénéité de la situation des personnes que l'on retrouve dans certaines catégories d'établissement comme les CHSLD, par exemple, est une réalité parfois difficile à vivre pour les personnes qui y résident, de même que pour le personnel qui y travaille et doit développer diverses expertises. En effet, on retrouve des personnes jeunes, mais en perte d'autonomie, avec des personnes âgées ayant des problèmes de santé mentale ou une déficience intellectuelle et parfois même des problèmes de comportement. Certains jeunes adultes ayant une déficience physique trop importante pour bénéficier des services de maintien à domicile des

CLSC sont orientés en CHSLD, faute de ressources résidentielles alternatives capables de les accueillir.

- Les CLSC ont, comme services de première ligne, à développer autant d'expertises pour faire face à toutes ces réalités en très peu de temps, ce qui constitue une mission presque impossible pour le personnel.

Certaines problématiques requièrent un support à la personne durant toute sa vie: c'est le cas des personnes ayant une déficience intellectuelle, des personnes ayant une déficience physique, des personnes ayant certains problèmes de santé mentale, par exemple. Ajoutée au fait que l'espérance de vie des personnes augmente, cette réalité ne vient pas simplifier le problème des listes d'attente. Les personnes qui ne réussissent pas à obtenir les services qu'elles requièrent s'interrogent avec raison sur l'applicabilité du principe d'universalité des services lorsqu'elles constatent que d'autres en bénéficient depuis longtemps.

Certaines clientèles sont en nombre important, mais sans voix : c'est le cas notamment des personnes âgées en perte d'autonomie, des personnes aux prises avec des problèmes de santé mentale graves, des personnes ayant une déficience intellectuelle et des enfants victimes de maltraitance. Les soucis éthiques sont de plus en plus nombreux.

- 
- Quand peut-on parler d'acharnement thérapeutique ?
 - Quand peut-on se permettre d'utiliser des contentions ?
 - Quand doit-on considérer la personne comme étant inapte à gérer ses biens et ses affaires personnelles ?
 - Quelle importance accorde-t-on à la qualité de vie des personnes ?
 - Qui peut juger de la qualité de vie des personnes ?
 - Comment arrive-t-on à gérer les priorités ?
 - Sur quelles bases peut-on se justifier d'offrir des services à une personne et pas à l'autre ?

De nombreux défis incombent au personnel de nos établissements. Le travail en partenariat et en interdisciplinarité est de plus en plus requis, compte tenu des problématiques actuelles (ex. : doubles diagnostics, multihandicaps, multiproblématiques). À titre d'exemple, pour élaborer ou revoir le plan de services d'un seul usager, il y a lieu de réunir l'usager, sa famille ou le curateur public, les établissements qui leur offrent des services, la Régie de l'assurance maladie, le transport adapté, etc. La volonté de travailler en partenariat et en interdisciplinarité reste à développer, car devant la rareté des ressources, il n'est pas toujours évident de se rendre disponible pour établir des plans de services individualisés. Par ailleurs, il nous faut être vigilants et exercer notre jugement pour ne pas complexifier les situations en développant le réflexe de la réunionite. Le personnel actuel n'est pas forcément bien préparé à relever ces nouveaux défis, parce que sa formation académique

ne l'y a pas préparé et parce que les formations en cours d'emploi ne sont pas toujours accessibles.

Alors même que la technologie apporte des moyens plus rapides de traiter l'information, de poser des diagnostics, etc., on constate dans tous nos établissements un alourdissement bureaucratique important dans les tâches de nos professionnels, lequel contribue à accroître indûment les délais d'attente.

2.2 Constats relatifs à la planification de la main-d'œuvre

Le phénomène du vieillissement est observable non seulement chez les usagers de nos services, mais aussi chez les employés de nos établissements. Plusieurs d'entre eux prendront massivement leur retraite au cours des cinq à dix prochaines années.

L'insuffisance des ressources humaines donne lieu à l'épuisement du personnel et à un accroissement important des coûts inhérents à la santé même de notre personnel. Cela est inquiétant, car d'une part les professions du domaine de la santé et des services sociaux ont perdu de l'attrait pour la relève, étant donné que les conditions de travail (salaires moindres que dans le secteur privé, quarts de travail, etc.) ne sont pas toujours alléchantes, et d'autre part, le temps requis pour préparer la relève nécessite un cycle d'au minimum 7 à 8 ans.

Le corps professoral vieillit également. Plusieurs enseignants partent à la retraite et la relève n'est pas forcément là pour assumer les importants besoins de formation, de telle sorte que malgré le besoin croissant de former de nouveaux professionnels dans le domaine de la santé, nous devons contingencyer les programmes dans ce domaine.

Définitivement, les ressources humaines et financières n'évoluent pas au rythme de la demande. Par exemple, on retrouve de plus en plus de personnes qui ont des problèmes de santé mentale et qui peuvent vivre dans la communauté à la condition d'être suivies en externe par une équipe multidisciplinaire. Les services psychologiques, par exemple, ne sont pas disponibles en nombre suffisant dans les CLSC ou autres services publics au sein de la communauté pour assurer le suivi de ces personnes en externe et la plupart d'entre elles n'ont pas les moyens de payer les frais inhérents à un suivi psychologique en privé. Certaines personnes éprouvent également de la difficulté à trouver un médecin de famille qui soit à l'aise d'assurer leur suivi médical (ex. : lorsqu'elles requièrent une médication psychiatrique importante ou encore lorsqu'elles présentent un handicap ou un problème de comportement). De telles ressources devraient faire partie des groupes de médecine familiale pour assurer la couverture multidisciplinaire capable de répondre aux problématiques multiples au sein de la communauté et d'éviter des hospitalisations indues.

Nous assistons à la consolidation d'un système à deux vitesses, car les personnes en mesure de défrayer le coût des services en privé choisissent cette alternative, alors que les autres doivent attendre, malgré leur état, malgré leurs besoins et malgré elles. Certaines personnes ayant une déficience physique ont accès plus rapidement aux services et à une gamme plus complète de services selon la cause de leurs déficiences et les organismes

payeurs (CSST, SAAQ) concernés. Deux questions nous taraudent. Peut-on encore parler d'universalité des services? Mettons-nous en place des moyens pour que la situation se rétablisse ?

Nous sommes donc loin d'assumer nos responsabilités de promotion de la santé, de prévention de la maladie et de recherche pour nous permettre d'évoluer à un rythme appréciable dans le domaine de la santé et des services sociaux. Nous sommes de plus en plus souvent dans l'obligation de recourir à des agences pour compléter l'offre de service dans la majorité des établissements, ce qui rend les discours de continuité, de cohérence et de qualité des services, dans un tel contexte, très peu crédibles.

« **Rendre le bon service au bon moment, au bon endroit** » semble un vœu pieux.

3 Suggestions quant aux pistes d'amélioration possibles

Les défis à relever au regard du système de santé et de services sociaux nous apparaissent très importants. La population montréalaise augmente, ce qui a forcément un impact sur la demande. Si nous ajoutons à cela le phénomène du vieillissement, nous pouvons comprendre que la population en besoin de services augmente à un rythme effarant, alors que la population active est décroissante. Il va nous falloir innover, apprendre à faire autrement et mieux, autant que possible, avec les ressources dont nous disposons. Ceci étant dit, voyons quelles sont les pistes d'amélioration qui ont retenu notre attention relativement à la promotion de la santé, à l'organisation des services et à la planification de la main-d'œuvre.

3.1 Pistes d'amélioration relatives à la promotion de la santé

- D'abord, il serait à propos de considérer les activités reliées à la promotion de la santé et à la prévention de la maladie non seulement comme un investissement, mais comme une priorité tant pour les établissements, qu'aux plans régional et national. En effet, il devient urgent de conscientiser et de responsabiliser le premier intéressé, soit le consommateur de service, au fait qu'il a une part de responsabilité importante vis-à-vis de sa propre santé. Les habitudes de vie et de consommation des gens sont responsables d'une part importante des coûts reliés à la santé : la malnutrition, l'alcoolisme, le tabagisme, la toxicomanie, le jeu pathologique, la sédentarité en sont des exemples.
- Davantage d'activités de promotion pourraient, à titre d'exemple, être greffées aux cours prénataux offerts aux futurs parents, à l'éducation des enfants en garderie et en milieu scolaire. Une campagne publicitaire dans les médias sur la valeur préventive d'une saine alimentation et sur les bienfaits de l'exercice physique pourrait être renforcée par le MSSS. De telles mesures sont peu coûteuses pour l'État et le retour sur investissement sans doute très important, car elles contribuent à prévenir

l'apparition de maladies liées au mode de vie qui requièrent des soins dont les coûts ne cessent de faire grimper la facture-santé. Les CLSC, dont une partie importante de la mission est justement la promotion et la prévention, décrivent leur incapacité croissante à assumer leurs responsabilités à cet égard, étant obligés de prioriser le trop plein des établissements de deuxième ligne et leur virage vers la première ligne.

- Les organismes communautaires sont un partenaire essentiel et méritent d'être mieux reconnus au plan financier. De même, les aidants naturels dont on dénonce de plus en plus l'épuisement sont des partenaires très impliqués auprès des clientèles les plus vulnérables et, à ce titre, devraient être davantage pris en considération.
- Par ailleurs, la promotion de la santé et la prévention de la maladie ne sont pas uniquement l'affaire du MSSS, bien que ce dernier ait un rôle de premier plan à cet égard. Les ministères de l'Éducation et de l'Environnement doivent également avoir une préoccupation de concourir à la promotion de la santé. Ces ministères ont donc à travailler ensemble et en interdisciplinarité pour développer une cohérence quant aux moyens concrets à mettre en place pour améliorer la santé des Québécois. Les Ordres professionnels, et en particulier celui des médecins, ont une responsabilité à cet égard vis-à-vis de leurs membres et de la population en général.

3.2 Pistes d'amélioration relatives à l'organisation des services

- Il devient important de repenser nos façons de faire, de se recentrer sur les besoins des usagers, car nous avons parfois tendance à vouloir inscrire l'utilisateur dans les structures de programmes dont nous disposons, nous éloignant d'autant de ses réels besoins ou préoccupations. En ce qui a trait au suivi médical des personnes, les groupes de médecine familiale constituent une avenue de solution intéressante. Par ailleurs, en ce qui a trait aux problématiques, autres que médicales, il importe d'établir et de renforcer des services de première ligne pour répondre de façon appropriée aux besoins réels (ex. : ergothérapie, nutrition, orthophonie, services psychosociaux), tout en contribuant à désengorger les services médicaux de première ligne. Il est également à propos de renforcer les services de maintien à domicile pour éviter l'institutionnalisation de personnes âgées ou de personnes ayant une déficience physique. Dans la même foulée, le développement de services de réadaptation en déficience intellectuelle et en déficience physique s'avère nécessaire pour assurer une qualité de vie aux personnes concernées, mais aussi pour réduire la pression que ces personnes se trouvent à exercer sur les services de maintien à domicile ou sur les autres services qui les hébergent en attendant le développement de services appropriés à leur condition.
- Il est souhaitable d'envisager d'autres choix que les fusions, les restructurations et les changements drastiques, qui se font souvent de façon hâtive et au détriment des services à la clientèle. En effet, nous aurions plutôt avantage à favoriser le continuum de services en décloisonnant les frontières entre les divers établissements du réseau et en développant des protocoles de collaboration inter-établissements pour arriver, de

façon encadrée, à plus de polyvalence, plus de mobilité du personnel et plus de souplesse dans nos façons de faire. Certains services ou programmes pourraient être centralisés en fonction des masses critiques. Le personnel doit retrouver un minimum de stabilité dans les structures au sein desquelles il évolue, mais développer plus de souplesse dans ses activités professionnelles. Compte tenu des nouvelles réalités auxquelles nous sommes confrontés (monoparentalité, vieillissement, etc.), les horaires de travail pourraient également être plus flexibles, par exemple permettre les horaires de quatre jours pour le mieux-être du personnel. Certaines fonctions sont à redéfinir au sein des organisations pour répondre aux nouveaux besoins, ce qui nécessitera parfois de faire fi des titres d'emploi au profit des compétences, habiletés et aptitudes à réaliser les tâches inhérentes à la fonction en question. À ces égards, il serait salubre de s'adjoindre les instances syndicales dans les discussions entourant l'organisation des services et la recherche de solutions appropriées pour faire face aux nouvelles réalités du réseau.

- Il serait intéressant de remettre en question les façons d'établir les territoires de services pour faciliter la concertation entre les partenaires. Actuellement, les municipalités ont leurs territoires, les commissions scolaires ont les leurs et les CH en ont d'autres, ce qui ne favorise pas le partenariat, mais invite plutôt au désengagement. La participation des personnes en pouvoir d'influencer leurs organisations sur les tables de concertation serait plus facile à obtenir si les territoires convergeaient. De cette façon, on réduirait probablement le nombre de tables de concertation et on rendrait ces dernières plus efficaces et efficaces.
- Nous souhaiterions voir se développer une vision élargie de la santé, vision qui doit s'inscrire dans un projet de société. Compte tenu de l'important pourcentage du budget provincial alloué à la santé, le gouvernement du Québec serait plus que justifié d'inviter les ministères concernés à s'inscrire dans une vision globale sur la question de la santé, car ils doivent se concerter pour agir en cohérence dans les décisions susceptibles d'avoir des incidences sur la santé des Québécois. De façon plus particulière, le gouvernement devrait dégager une vision d'ensemble sur les besoins futurs en main-d'œuvre dans le secteur de la santé et des services sociaux. Les ministères de la Santé et des Services sociaux et de l'Éducation auraient avantage à se concerter pour faire une planification des besoins en main-d'œuvre qui soit de nature à fournir la réponse appropriée aux besoins futurs en ces matières.
- La Régie régionale de la Santé et des Services sociaux de Montréal a un rôle primordial de chef d'orchestre en ce qui a trait aux actions concrètes à prendre à Montréal pour que s'applique une vision élargie de la santé. En tout premier lieu, la Régie régionale a à faire reconnaître les particularités de Montréal, notamment ses nombreux mandats supra territoriaux, et à relever le défi de récupérer les budgets qui doivent lui être octroyés en toute équité par rapport aux autres régions du Québec qui n'ont pas la même affluence.

3.3 Pistes d'amélioration relatives à la planification de la main-d'œuvre

Les gestionnaires auront avantage à être de plus en plus conscients de la richesse que représente leur personnel. Ils auront à développer et à utiliser de nouvelles façons de gérer les ressources humaines, de manière à reconnaître leur contribution, à être à l'affût de leurs besoins de soutien professionnel et ainsi pouvoir mobiliser leurs forces, maintenir leur motivation au travail et faire la promotion de la santé au travail. L'importance d'avoir des équipes de travail solides et stables pour permettre aux professionnels de se ressourcer et d'être efficaces n'est plus à démontrer. Le savoir-être des meneurs va devenir une qualité essentielle dans la gestion des ressources humaines. Dans cette optique, le personnel cadre bénéficiera grandement de formation en cours d'exercice. La formation continue va devenir également une avenue intéressante pour l'ensemble du personnel. Il serait d'ailleurs plus réaliste de préparer une relève en offrant des formations continues en cours d'emploi que de compter uniquement sur une formation académique tout d'un trait avant d'accéder au marché du travail. Intensifier le recours à nos professionnels senior pour former et superviser les plus jeunes pourrait avoir un effet de rétention fort intéressant lorsque l'attrait pour la retraite se fait sentir. Dégager autant que faire se peut nos professionnels des tâches qui peuvent être confiées à du personnel de soutien, tout en préservant l'expertise, doit compter parmi nos priorités.

4 Sommaire

Les délais pour accéder aux services dans bon nombre d'établissements du réseau de la santé et des services sociaux montréalais constituent un problème sérieux : les salles d'urgence des hôpitaux n'en représentent qu'un seul exemple. Les ressources se font rares et la relève n'est pas préparée. De nouvelles façons de faire s'imposent, et ce, à tous les niveaux.

Nous suggérons donc que :

- La promotion de la santé soit une priorité nationale pour colmater l'hémorragie des coûts croissants à cet égard. Le citoyen doit être responsabilisé par rapport au maintien de sa propre santé.
- Toutes les professions de la santé et des services sociaux soient revalorisées pour en favoriser le recrutement.
- La formation en cours d'emploi soit intensifiée.
- Les programmes de formations soient revus pour insuffler de nouvelles attitudes propices au travail en interdisciplinarité et pour assurer la relève.
- Les gestionnaires développent de nouvelles approches pour gérer le personnel et les problèmes inhérents à la rareté des ressources.
- Nos établissements soient décroisonnés pour mettre à profit nos possibilités respectives, de façon encadrée, dans le respect de nos missions spécifiques et en complémentarité.
- La Régie régionale fasse reconnaître le fait que plusieurs établissements offrent des services à la population de tout le Québec, sans avoir la compensation financière appropriée à ce mandat provincial.
- Les divers ministères concernés par la santé de la population se concertent davantage.
- Soit développée une vision globale de la santé au plan national à laquelle les divers ministères seraient invités à souscrire. La Régie régionale de la Santé et des Services sociaux de Montréal peut concourir au développement d'une telle vision, voire en être l'instigatrice; elle peut agir comme chef d'orchestre auprès des divers acteurs concernés, pour que dans la pratique émane une gestion renouvelée de la santé.

Les membres de la Commission multidisciplinaire régionale de la Régie régionale de la Santé et des Services sociaux de Montréal n'ont pas que des préoccupations à partager, ils ont également plusieurs solutions à proposer pour améliorer la situation en matière de services de santé et de services sociaux au sein de la région de Montréal. L'application des solutions proposées nécessite certes une volonté ferme de la part de chaque personne et de chaque partenaire, pour s'engager dans un processus d'amélioration du système en place, mais ces solutions semblent par ailleurs réalistes tant du point de vue de la gestion des ressources humaines, matérielles que financières.