

Réseau-1 Québec

Série de webinaires 2020-2021

L'intégration des travailleuses sociales en GMF

Yves Couturier et Maude-Émilie Pépin
14 mai 2021

Réseau-1 Québec

Yves Couturier, *Directeur scientifique*
Maxime Sasseville, *animateur des webinaires du R1Q*

info@reseau1quebec.ca | reseau1quebec.ca

 **@reseau1quebec**



Réseau-1 Québec



Yves Couturier (Ph. D) est professeur à l'Université de Sherbrooke, titulaire de la Chaire de recherche du Canada en pratiques professionnelles d'intégration des services en gérontologie et directeur scientifique du Réseau de connaissances sur les soins primaires. Son champ de recherche premier est celui de l'analyse des pratiques professionnelles dans les métiers de service, notamment sous l'angle des rapports interprofessionnels, des pratiques de coordination et de l'organisation des services de santé et sociaux. Il est notamment chercheur au Centre de recherche sur le vieillissement, du Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux-Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke.



Maude-Émilie Pépin (Université de Sherbrooke) est une travailleuse sociale et une étudiante-chercheuse candidate au Doctorat en Gérontologie sous la direction du Pr Yves Couturier. Son champ de recherche est celui des savoirs professionnels émergents des travailleuses sociales œuvrant en Groupe de médecine de famille sous l'angle de l'intervention auprès des personnes atteintes de troubles neurocognitifs majeurs.



Questions ou commentaires ?

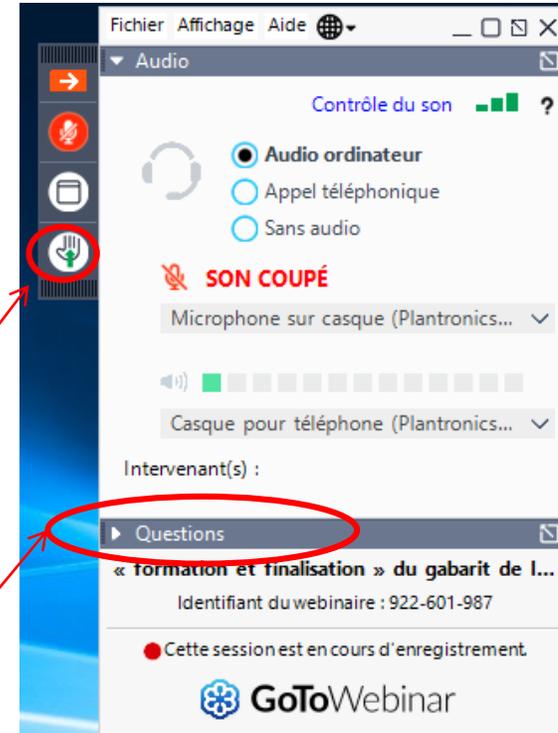
Posez vos questions de deux façons:

1. *Lever la main*:

Nous ouvrirons votre micro et vous inviterons à poser votre question oralement durant la période de questions.

2. *Par écrit* :

Tout au long de la présentation, vous pouvez écrire une question dans la boîte (cliquer sur Questions pour l'ouvrir). Nous répondrons à votre question durant la période de questions.



@reseau1quebec

L'intégration des travailleuses sociales en GMF



- **Yves Couturier, PhD.**
- **Maude-Émilie Pépin, TS, PhD(c.)** Gériologie

Contexte
conceptuel et
social



PRIMARY HEALTH CARE IS...



Priorité aux soins primaires

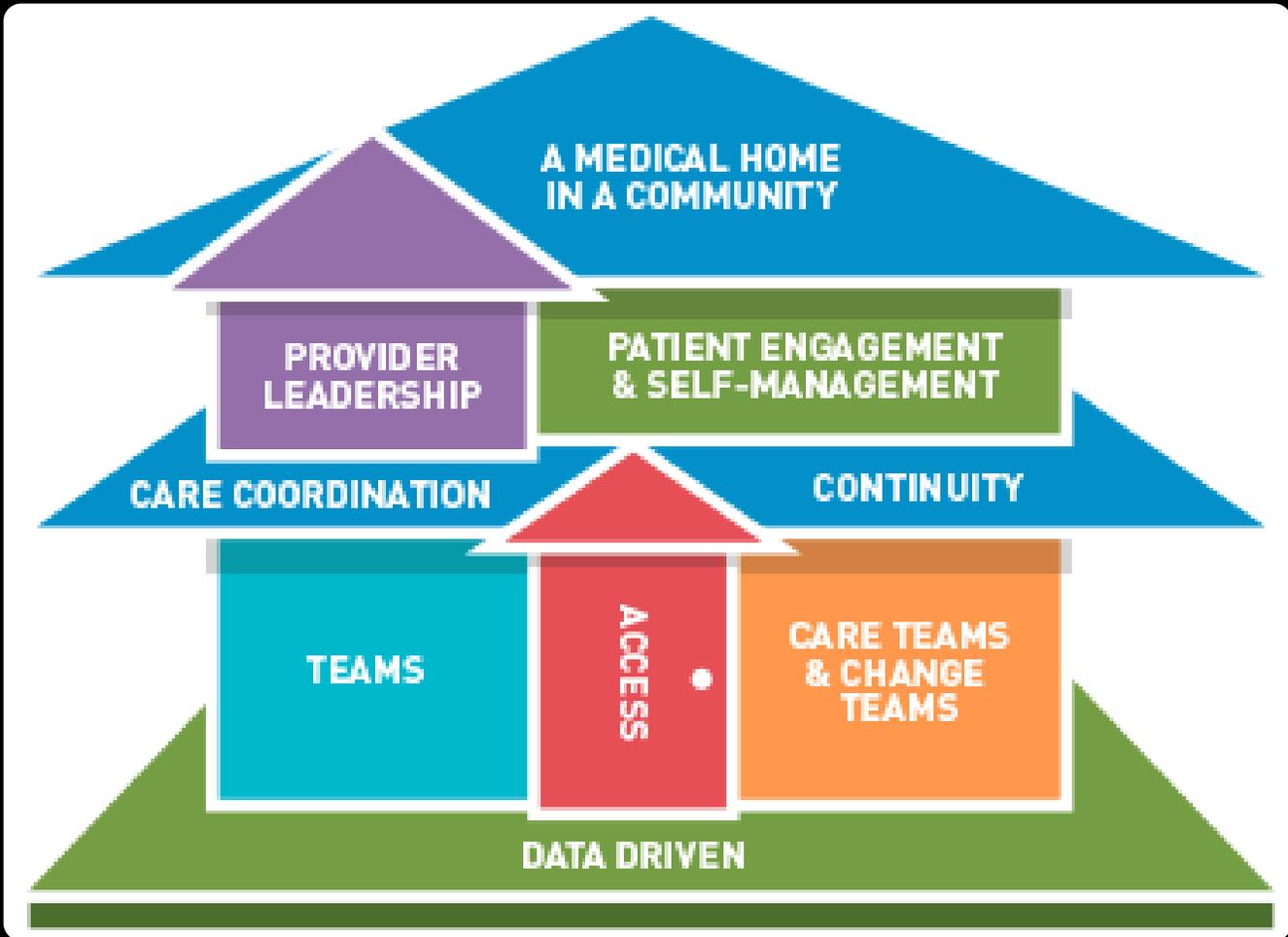
Primary health care can address the vast majority of people's health needs throughout their lives.

Contexte
social





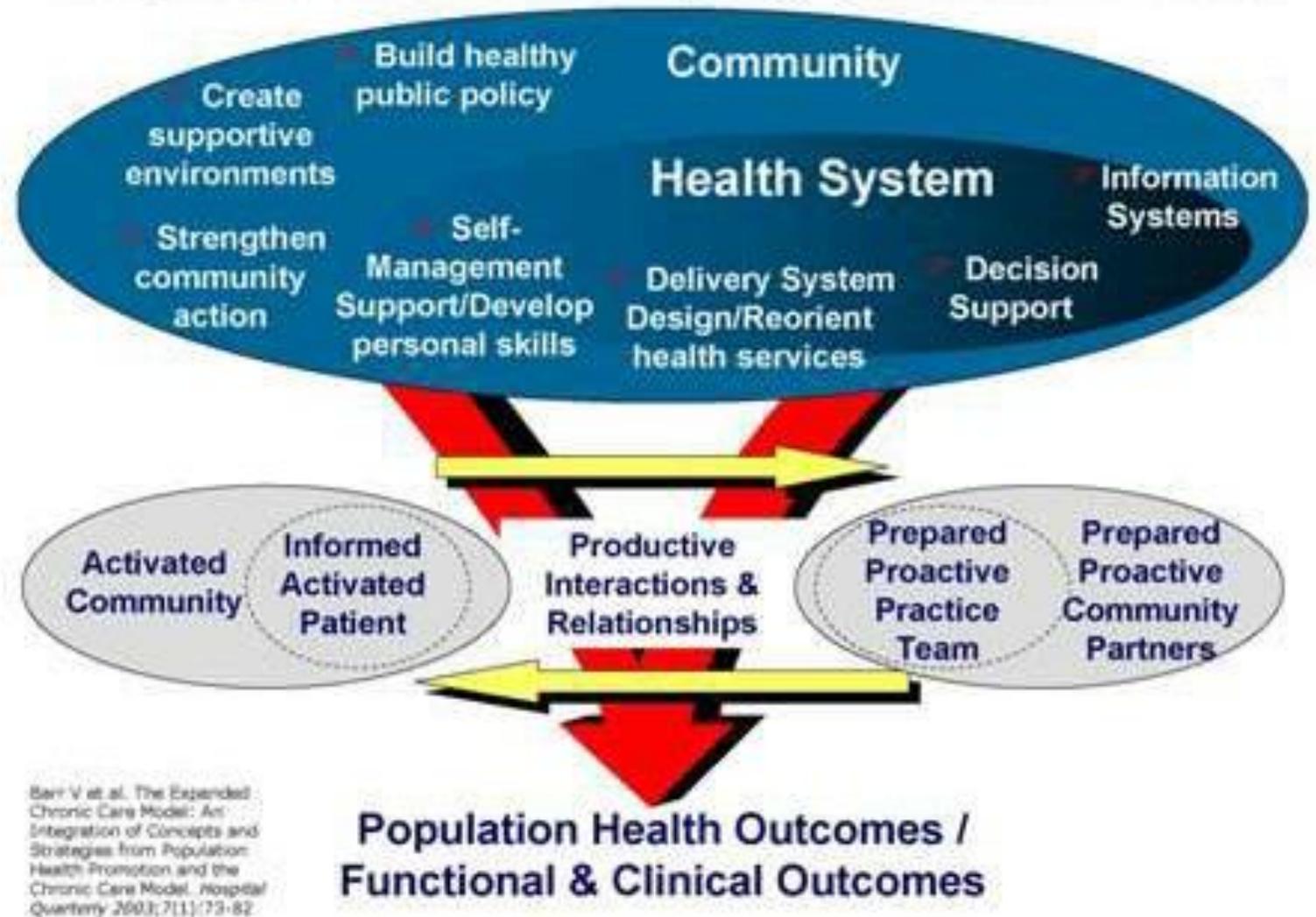
Des trajectoires de soins qui naissent et reviennent en soins primaires



Le Medical home (CMFC)

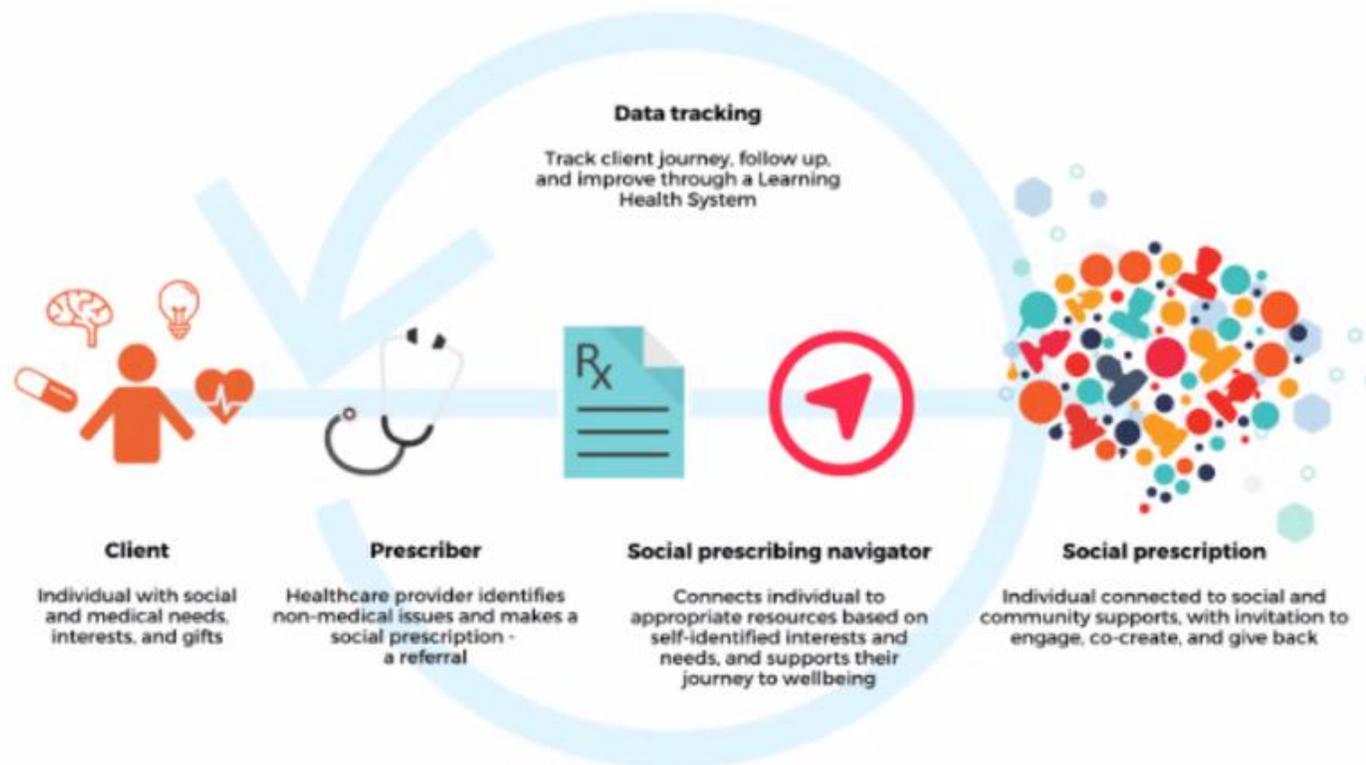
Le Chronic care model

Une
approche
fonctionnelle
intégrée



Le médecin au centre d'une équipe interprofessionnelle

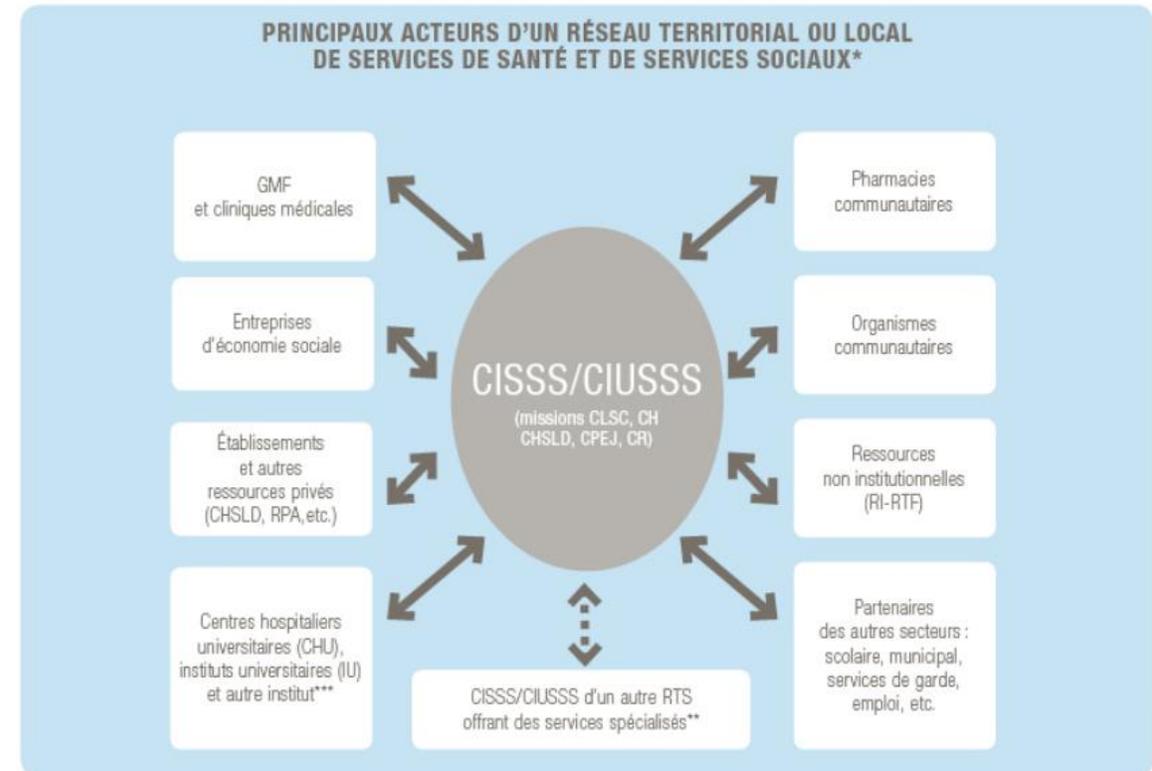
The 5 key components of social prescribing at-a-glance



<https://www.allianceon.org/Social-Prescribing>

Les Centres intégrés de santé et services sociaux

- Intégrés
- Approche territoriale
- Responsabilité populationnelle
- Alors que GMF fondés sur une logique d'inscription, peu intégrés



* Un RTS peut comprendre plusieurs RLS. Ces derniers impliquent, à l'échelle locale, les mêmes catégories de partenaires.

** Le CISSS/CIUSSS doit établir, au besoin, des corridors de services régionaux ou interrégionaux pour compléter son offre de service à la population de son territoire.

*** Ces établissements ne sont pas fusionnés en vertu de la Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales.

[D] Cliquer sur l'image pour agrandir.

* Un RTS peut comprendre plusieurs RLS. Ces derniers impliquent, à l'échelle locale, les mêmes catégories de partenaires.

** Le CISSS/CIUSSS doit établir, au besoin, des corridors de services régionaux ou interrégionaux pour compléter son offre de service à la population de son territoire.

Nouvelles collaborations interprofessionnelles dans les cliniques médicales

- Croissance exponentielle des besoins de la population en services médicaux
 - Les médecins sont une ressource coûteuse
- Collectivisation du travail des médecins (intensification à partir de 2002)
- Arrivée des infirmières publiques
- Arrivée des plusieurs autres professionnels (pharmaciens, ergothérapeutes, etc.)
- Arrivée de 400 travailleuses sociales
 - Gestion matricielle
 - Grande méfiance chez les porte-parole du TS



Objectifs de l'étude

Décrire la contribution spécifique des TS en contexte de GMF auprès de la population en générale et, plus particulièrement auprès des personnes âgées.

Décrire les compétences collaboratives spécifiques aux TS œuvrant en GMF.

Modéliser les stratégies d'accompagnement organisationnel de ce développement professionnel.

Identifier les potentiels de développement professionnel à soutenir.

Méthodologie

15

La collecte de données s'est faite dans 16 GMF

Collecte de données initiale (août 2019 à janvier 2020)

- 16 semaines d'observation
- 16 entretiens semi-dirigés avec des TS
- 6 entretiens semi-dirigés avec des partenaires

Entretiens de suivi (décembre 2020 et janvier 2021)

- 15 entretiens semi-dirigés auprès des TS ayant participé à la collecte de données initiale
- Emphase sur adaptation pandémie



Pratiques professionnelles et apports spécifiques des TS

- Clientèle 0-100 ans de pré-services courants de CISSS, donc très large (priorité du MSSS)
- Priorité aux services courants, mais tels que conçus par les médecins (*Ex. personnes anxieuses, dépressives, atteintes d'un trouble de l'adaptation, compétence parentale, arrêt de travail*)
 - *Peu de personnes vivant avec un trouble neurocognitif majeur, pourtant une clientèle prioritaire*
- Grande variation dans les relations entre TS et médecins
 - La majorité des GMF comptent 1 ou 2 médecins réticents qui ne réfèrent jamais
- Attentes du médecin :
 - Respect du classement des priorités (niveaux d'urgence)
 - Efficacité
 - Pas de surcharge (ex.: réunions)

Résultats Sens de la transition pour les TS

- Plusieurs TS ont choisi le GMF car « plus cool » que les Centres intégrés de santé et de services sociaux, trop bureaucratiques
- Les TS gèrent leur horaire et leurs stratégies d'intervention comme elles l'entendent
- Peu guidées, néanmoins peu de ratées, peu de posture anti-médicale

« C'était vraiment volontaire. L'idée des GMF a piqué ma curiosité, ça s'est fait tranquillement. Quand j'ai entendu qu'ici il y avait du 4/32 impliquant une journée de congé, c'était la liberté! Je me suis dit qu'au pire j'irais seulement pour un an. C'était un projet pilote de toute façon. J'avais comme le beurre puis l'argent du beurre. Alors, je suis venue pendant un an. Puis, c'était clair que je restais! »

Résultats

Développement des compétences

18

- Pas le sentiment d'avoir développé de nouvelles compétences liées à la pratique en GMF, plutôt libération de leur potentiel professionnel
- Apparemment pas de transfert de compétences vers les médecins
 - Pas d'attentes des médecins en ce sens
- Développement de connaissances introductives au domaine médicale
 - Les TS utilisent tous le lexique médical (Ex. patient au lieu d'utilisateur)
 - Plusieurs TS participent à des midis-conférence donnés par des représentants pharmaceutiques
- Développement de stratégies d'intervention adaptées
 - Mais parfois ambiance de pop-thérapie
 - Silence quant à la loi 21 (psychothérapie)

Résultats :

Collaboration interprofessionnelle

19

- Entrée par la référence interne
 - Grande satisfaction des médecins (sauf exception)
- Plusieurs collaborations avec les infirmières, surtout pour le référencement
- Faible lien avec les CI(U)SSS
 - Pas de centration sur la coordination, faible cadrage
- Usage étendu des dossiers médicaux électroniques comme modalité communicationnelle (DMÉ) (intra GMF)
 - Dossier médical du GMF et celui du CISSS ne communiquent pas, donc difficile accès pour les TS à l'historique de services des usagers

Résultats: Organisation du travail

- Les GMF = un milieu très personne-dépendant
 - Très grande variété selon le style du médecin responsable
- Plusieurs TS n'ont pas leur propre bureau
 - Bureau de médecin libre selon le jour et l'horaire ou un local isolé
- Peu de charge de travail (au moment de l'observation)
 - Déterminent eux-mêmes l'ordre de priorité des références qui leurs sont faites (sauf respect P1, P2...)
- Pas de visites à domicile
- Les TS font 3 à 4 rencontres par jour
 - 25% de no show en moyenne
 - Découle beaucoup du fait que ce sont les médecins qui déterminent le besoin et non l'utilisateur
- TS font tous l'évaluation du fonctionnement social, mais à des degrés différents
 - Pas de lignes directrices claires, grande variation des attentes d'un CISSS à l'autre

Conclusion : le paradis perdu retrouvé!

- **Les TS sont toutes heureuses d'être en GMF, car loin des CISSS**
 - **Fort sentiment d'autonomie**
 - « En GMF, j'ai l'impression d'être TS. Là, je fais du vrai psychosocial! Je ne suis pas en train de faire de la mise en place de services. J'ai aimé le CLSC, mais je pense que j'ai été saturée, j'en avais plein mon casque. C'est tellement différent de ce que je fais maintenant. Là, de pouvoir prendre le temps de m'asseoir avec les gens, de les écouter, de travailler des objectifs avec eux et d'avoir le temps de le faire, c'est merveilleux. C'est tellement satisfaisant. »
- **Les médecins sont heureux d'avoir «leur» TS et de moins dépendre des CISSS**
- **Les usagers sont heureux d'avoir accès à une TS dès leur sortie du cabinet médical**



Conclusion : le paradis perdu (vraiment?)

- **Oui pour les TS:**
 - **l'autonomie retrouvée en raison du pragmatisme médical et de l'éloignement de la bureaucratie professionnelle (CISSS)**
- **Non: d'un point de vue de politique publique**
 - **Intervention très précoce sur des usagers pas toujours prioritaires d'un point de vue de politiques publiques**
 - **Intervention sur les clientèles prioritaires faibles**
 - **Peu d'effet de continuité des services vers les CISSS**
- **No show très importants car**
 - **pas de processus rigoureux de priorisation**
 - **Incohérence inscription vs approche populationnelle**



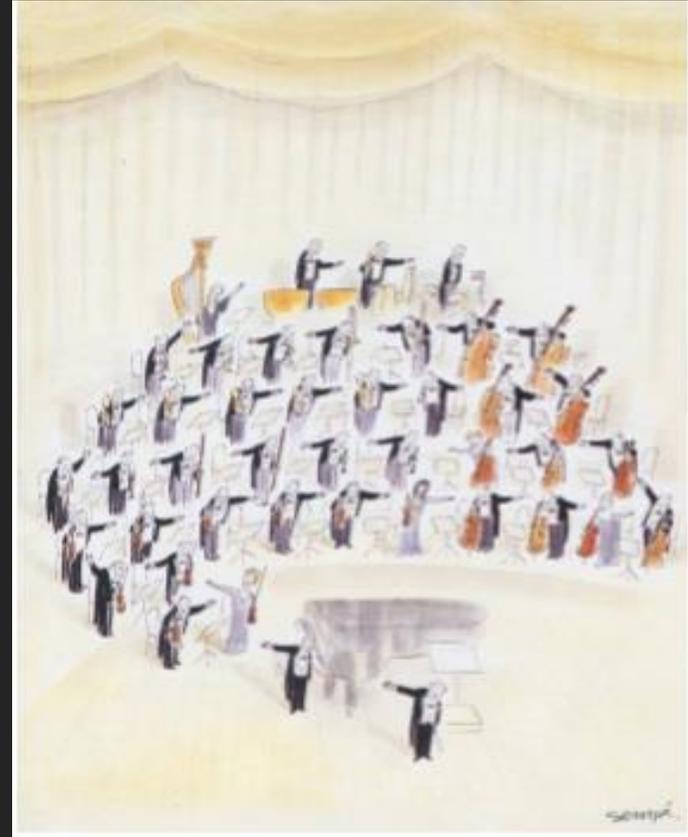
Conclusion

- La gestion matricielle étonnamment peu investie
- Reste à améliorer le rôle des TS pour les clientèles plus lourdes (ex. : TNCM)
- L'incohérence des logiques profondes (inscription vs populationnelle) fait émerger en ce moment plusieurs bidouillages (plage horaire pour clients non inscrits, stratégies de priorisation mixte, etc.)
 - On verra leur efficacité plus tard
- Le référencement : degré zéro de la collaboration interprofessionnelle ou bougie d'allumage d'une révolution médicale?
- Malgré les limites, innovation jeune, fondamentale et prometteuse d'un changement radical dans l'organisation des services de première ligne
- Un pas vers le modèle UK de cliniques où le médecin est le recours ultime

Merci !

- Yves Couturier
- Yves.couturier@usherbrooke.ca

- Maude-Émilie Pépin
- Maude-emilie.pepin@usherbrooke.ca





Questions ou commentaires ?

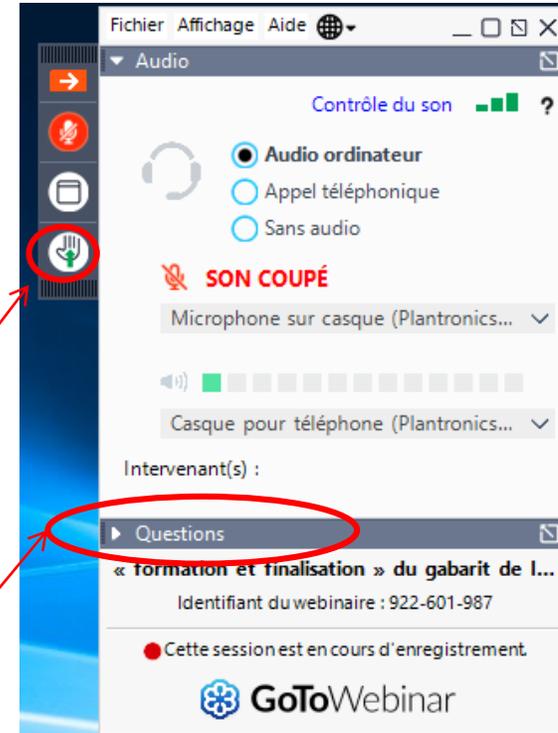
Posez vos questions de deux façons:

1. *Lever la main*:

Nous ouvrirons votre micro et vous inviterons à poser votre question oralement durant la période de questions.

2. *Par écrit* :

Tout au long de la présentation, vous pouvez écrire une question dans la boîte (cliquer sur Questions pour l'ouvrir). Nous répondrons à votre question durant la période de questions.



LA JOURNÉE ANNUELLE 2021 DU

Réseau-1 Québec

Réseau de connaissances sur les soins primaires

18 JUIN 2021

ORGANISÉE CONJOINTEMENT AVEC LE RRAPPL DE L'UNIVERSITÉ DE SHERBROOKE





Réseau-1 Québec

Prochain webinaire :

Programmation 2021-2022 à venir en septembre!

YouTube : webinaires enregistrés et disponibles

Devenez membres : <http://reseau1quebec.ca/membres-et-partenaires/>

Question ou idée de webinaire : webinaires@reseau1quebec.ca

*Merci de compléter le sondage sur le
webinaire d'aujourd'hui !*



@reseau1quebec