

Le déploiement des travailleuses sociales en GMF ouvre un espace favorable à l'intervention par les forces

Maude-Émilie Pépin, T.S., Ph.D. (c.), École de travail social, Université de Sherbrooke
maude-emilie.pepin@usherbrooke.ca

Maxime Guillette, T.S., Ph.D. (c.), École de travail social, Université de Sherbrooke
maxime.guillette@usherbrooke.ca

Louise Belzile, Ph.D., École de travail social, Université de Sherbrooke
louise.belzile@usherbrooke.ca

Yves Couturier, Ph.D., École de travail social, Université de Sherbrooke
yves.couturier@usherbrooke.ca

RÉSUMÉ :

De nombreuses évolutions générales en cours exigent de la part des travailleuses et travailleurs sociaux (TS) un élargissement de leurs pratiques dans le domaine de la santé. Le gouvernement du Québec a, dans cette perspective, organisé en 2016 un important redéploiement de près de 400 TS en groupe de médecine de famille (GMF) et publié en 2019 un guide de pratique à leur intention. Prenant appui sur des entretiens compréhensifs et des observations directes, cet article a pour but d'explorer les pratiques des travailleuses et travailleurs sociaux œuvrant dans les GMF et de saisir dans quelle mesure ils mobilisent les forces des usagers dans ce nouveau contexte de pratique. Les résultats présentés dans cet article permettront aussi de réfléchir au rôle des TS en GMF sous l'angle de leur insertion dans des organisations de soins primaires présentant une dimension interprofessionnelle accrue, ainsi que de mieux comprendre ce qui favorise l'intervention par les forces des usagers.

19

MOTS-CLÉS :

Groupe de médecine de famille, travail social, collaboration interprofessionnelle, organisation des services, usagers, soins primaires, intervention par les forces

INTRODUCTION

De nombreuses évolutions générales en cours exigent de la part des travailleuses sociales¹ (TS) un élargissement de leurs pratiques vers le domaine de la santé (Emilsson, 2009; Smith et Barnes, 2013), comme le démontre par exemple l'émergence dans le monde anglo-saxon des *medical social workers* (Cowles et Lefcowitz, 1995). Il a été démontré que cet élargissement peut s'avérer positif à plusieurs égards. Du côté des usagers, il permet de mieux prendre en compte le caractère global de leurs besoins (Cronqvist et Sundh, 2013; Wong, Wong et Chang, 2015). Chez les TS, il favorise le développement professionnel, notamment du côté des approches interprofessionnelles (Gould, Berkowitz et Bronstein, 2015). Pour le système de santé et de services sociaux, il aide à renforcer

1 Étant donné la vaste proportion de femmes dans notre échantillon, nous employons ici la forme « travailleuse sociale » de façon inclusive.

les services de proximité et à faciliter l'accès à une TS, ce qui permet d'offrir un service en temps opportun et d'agir en amont sur les besoins courants dès le premier contact des usagers avec le système.

Nous présenterons d'abord le contexte dans lequel s'est déroulé le transfert des TS dans les groupes de médecine de famille (GMF) et évoquerons le potentiel de cette mesure pour renforcer les soins primaires et les continuums de soins. Ensuite, nous explorerons la mesure dans laquelle les usagers sont mobilisés par les TS en GMF et montrerons que ce nouveau contexte organisationnel offre un espace qui se prête mieux à l'intervention par les forces que leur contexte passé, soit au sein des Centres intégrés de santé et de services sociaux (CISSS) ou des Centres intégrés universitaires de santé et de services sociaux (CIUSSS).

Pour les usagers, ce nouveau contexte semble permettre une meilleure prise en compte de la complexité de leurs besoins biopsychosociaux (Couturier et Belzile, 2020). Si, *de facto*, une majorité de TS collaborent avec le domaine de la santé, jusqu'à tout récemment très peu d'entre elles œuvraient directement dans les soins primaires médicaux, qui prennent la forme au Québec des GMF. Pourtant, de nombreux pays, comme le Royaume-Uni ou l'Australie, favorisent la présence des TS en soins primaires médicaux depuis plusieurs années (Brandling et House, 2009).

Prenant appui sur des initiatives locales ainsi que sur quelques innovations favorables à l'insertion des TS dans les soins primaires (tel le plan Alzheimer)², le gouvernement du Québec a organisé en 2016 un important déploiement de près de 400 TS en GMF (MSSS, 2016). En 2019, un guide de pratique à leur intention a été publié (MSSS, 2019). L'objectif de départ de ce déploiement était d'améliorer la continuité des soins et services et d'agir sur les besoins courants en amont de la mobilisation de ressources plus lourdes en CI(U)SSS. Bien que nous reconnaissons l'existence d'un débat sur l'effet de ces transferts sur les CLSC, notre étude ne portait pas directement sur cet aspect. S'il est utile de porter un regard critique sur la manière dont ce déploiement a été effectué, nous sommes d'avis qu'il peut y avoir un avantage intrinsèque, d'un point de vue clinique ou sur le plan des politiques publiques, à l'élargissement du champ d'action du travail social vers les GMF, là où s'exprime une partie importante de la demande relative aux besoins de la population. Les GMF, en effet, sont considérés comme l'une des portes d'entrée du système de santé et de services sociaux.

Cet article a pour objectif de décrire la contribution spécifique des TS œuvrant dans les GMF et de saisir dans quelle mesure ils mobilisent les forces des usagers dans ce nouveau contexte de pratique. Les résultats découlent de l'analyse thématique des données issues d'observations directes non participantes (n=70 jours) et d'entrevues de type semi-directif réalisées dans 16 GMF en 2019 auprès de 16 TS et de 6 de leurs partenaires interprofessionnels.

1. Le travail social en GMF

1.1 Contexte de l'étude

La discipline du travail social est depuis toujours ancrée dans le domaine des sciences sociales (Hamilton, 1951). Au fil du temps, toutefois, les moteurs d'une évolution vers l'univers de la santé ont été nombreux : 1) la diffusion accélérée de modèles conceptuels interprofessionnels, comme le modèle de gestion des maladies chroniques (*chronic care model*) (Coleman, Austin,

2 Stratégie ministérielle favorisant une prise en charge globale des personnes vivant avec un trouble neurocognitif majeur en soins primaires (MSSS, 2014).

Brach et al., 2009); 2) la priorité accordée, en matière de politiques publiques, aux situations cliniques biopsychosociales complexes (Goodman, Drennan, Sheibl et al., 2011); 3) les approches communautaires, populationnelles et de soins primaires posant la nécessité d'une intervention accordant une plus grande place aux soins à domicile, inscrite dans la communauté et déployée en mode ambulatoire (Allen, Ottman et Roberts, 2013); 4) les modes d'organisation des services favorisant l'intégration (Goldhar, Daub et Sridharan, 2015) et 5) le développement des pratiques de coordination des services relevant généralement des TS (Duner et Wolmesjo, 2015; Hofmarcher, Oxley et Rusticelli, 2007).

Certains estiment même que ces transformations contribuent à une reconnaissance nouvelle pour les TS, de plus en plus appelées à jouer un rôle central dans la modernisation des systèmes sociosanitaires (Golden, 2011). Cela participe à une volonté internationale de mieux intégrer la santé et la dimension sociale (Beveridge, Burkett, Owens-Nash et al., 2017). Ces évolutions sont si rapides que les formations universitaires en travail social peinent à s'ajuster aux besoins nouveaux, y compris au Québec (Rousseau-Tremblay et Couturier, 2012), accentuant ainsi l'écart entre la formation initiale des TS et les compétences professionnelles requises dans ces nouveaux contextes de pratique.

Cette évolution du travail social est propulsée par l'émergence de la première ligne (ou soins primaires, ou services de proximité) dans les priorités publiques. En raison de la transition épidémiologique relative aux maladies chroniques que connaît le Québec (Roy, Litvak, Paccaud et al., 2012), les services de première ligne deviennent les lieux privilégiés de prise en charge des besoins des personnes présentant des conditions de santé chroniques, soit le plus grand nombre d'usagers des systèmes de santé et de services sociaux (Canadian Foundation for Healthcare Improvement, 2018). De plus, la première ligne est la plus adéquate des ressources pour les situations aigües, mais ne requérant pas de services spécialisés. Pour ces raisons, elle fait l'objet, depuis au moins 20 ans, d'un très grand nombre d'innovations, à propos desquelles les attentes en matière de changement de pratiques sont élevées, y compris pour les TS.

21

L'arrivée des TS en GMF apparaît comme une mesure emblématique de la volonté ministérielle de moderniser les services de proximité et de mieux intégrer l'intervention sociale et la santé. Le nouveau programme-cadre des GMF (MSSS, 2016) fournit à ces organisations des outils supplémentaires pour se constituer en une première ligne capable d'intervenir globalement sur la santé de la population en général, et notamment sur celle des personnes présentant des problèmes chroniques. Ce programme s'appuie sur le postulat selon lequel une intervention généralisée de travail social en GMF permet d'agir en amont de la détérioration des aspects psychosociaux de la santé des usagers. Cette capacité accrue devrait en principe permettre d'étendre les continuums de services en facilitant la coordination des interventions entre les GMF et les CI(U)SSS, notamment grâce aux collaborations interprofessionnelles intra et extra GMF, limitées par un mode de rétribution des médecins qui ne facilite pas ce type de collaboration. En principe, l'augmentation de la capacité d'intervention psychosociale dans ce contexte favorisera aussi l'intervention holistique et centrée sur les forces des personnes, les TS proposant une modalité d'intervention accordant plus de temps à l'intervention que leurs collègues médecins ou infirmières, dont l'horaire de travail est souvent plus strictement réglé.

1.2 Cadre conceptuel et méthodologie de recherche

Le modèle d'intervention par les forces est une philosophie de pratique qui mise sur une intervention visant à aider la personne à se fixer des buts favorisant son rétablissement, en fonction de ses forces et priorités (Latimer et Rabouin, 2011). Prenant le contre-pied des approches centrées sur

la maladie ou la déficience, les principes clés énumérés par Charles A. Rapp et Richard Gosha dans leur ouvrage *The strengths model: a recovery-oriented approach to mental health services* (2012) mettent de l'avant ces forces comme matériaux premiers de l'intervention. Considérant que l'environnement de la personne est l'endroit où il faut aller puiser pour trouver les ressources nécessaires à son rétablissement, cette approche estime que la relation de confiance entre la personne et son intervenant est essentielle (Rapp et Gosha, 2012). L'approche par les forces amène donc la personne à être l'actrice principale du processus d'aide dont elle bénéficie, ce qui permet une forme concrète d'autonomisation (Rapp et Gosha, 2012). Lorsqu'il est question d'appliquer une approche par les forces, les TS en GMF ont à leur disposition plusieurs outils et méthodes permettant d'offrir du soutien à la personne. Partant du principe que toute personne a le pouvoir de reprendre sa vie en main, l'approche par les forces permet de débiter l'intervention là où la personne usagère en a le plus besoin. Ainsi, l'accent est mis sur les forces présentes autour de la personne, telles que la famille et la communauté, plutôt que sur ses éléments de fragilité (Rapp et Gosha, 2012). Enfin, l'approche par les forces tiendra davantage compte des obstacles rencontrés par la personne en les remettant dans leur contexte pour mieux comprendre sa réalité (Rapp et Gosha, 2012).

Le modèle conceptuel actuel des GMF est basé sur les principes du « Centre de médecine de famille », ou *medical home* (Collège des médecins de famille du Canada, 2019). Le *medical home* reconnaît aussi l'importance des forces du patient dans le projet d'intervention qui le concerne. Un autre des piliers de ce modèle est la collaboration interprofessionnelle. Une telle collaboration permet au patient d'obtenir, dans un lieu de proximité unique, l'ensemble des soins de santé et des services sociaux requis par son état de santé. Grâce à l'intégration de TS, les équipes cliniques en GMF deviennent mieux outillées pour offrir à leurs patients des soins de santé et des services sociaux de qualité, complets et intégrés aux autres services du réseau. Ce modèle promeut également l'approche dite du patient partenaire qui, d'une certaine façon, partage plusieurs valeurs avec l'intervention fondée sur les forces.

La recherche décrite dans le présent article s'est déroulée en GMF, dans le contexte récent de l'assignation des TS en provenance des CI(U)SSS. Le devis de recherche comprenait trois collectes de données qualitatives distinctes, soit une analyse documentaire (Poupart, Deslauriers, Groulx et al., 1997) (n=54), des observations directes non participantes (Arborio et Fournier, 2005) (70 jours) et des entretiens compréhensifs de la pratique (Blanchet et Gotman, 1992), réalisés en 2019 auprès de 16 TS dans 16 GMF différents et de 6 partenaires cliniques, y compris de chefs en GMF ou de chefs de programme des services psychosociaux généraux.

Lors du recrutement, les TS ont été sélectionnées par leur chef de service du CI(U)SSS selon deux critères d'inclusion : détenir un baccalauréat en travail social et travailler depuis au moins six mois dans un GMF (afin d'avoir intégré au moins minimalement la culture du milieu de pratique).

Les entretiens ont été enregistrés, anonymisés, puis retranscrits. Pour les observations directes, un journal de bord a été rempli par les observatrices pendant et à la suite de chaque séance d'observation. L'analyse thématique a été effectuée selon les étapes du processus inductif qualitatif (Paillé et Muchielli, 2008). Chaque document, entretien et observation ont été analysés à l'aide du logiciel N'Vivo 10 à partir d'une matrice catégorielle croisant les catégories analytiques *concepts, schèmes de pratique et procédures*, selon qu'elles soient prescrites dans les textes ou actées dans les pratiques observées ou déclarées. Les neuf dimensions du référentiel canadien de compétences à la collaboration interprofessionnelle (CPIS, 2010) ont également servi de structure initiale de codage. Cela nous a permis de documenter l'écart entre les compétences attendues et mobilisées, et ainsi de déterminer les savoirs pratiques spécifiques et communs à l'ensemble des participants.

1.3 Présentation des résultats

Le premier résultat fort que nous avons obtenu est remarquable à plusieurs égards, dans un contexte où l'ensemble du système de santé et de services sociaux subit de fortes pressions depuis des décennies. Les usagers n'en reviennent pas d'avoir accès à une TS dans les 24 ou 48 heures; les médecins sont surpris de pouvoir référer un patient vers une TS dans les 24-48 heures, et de ne plus avoir affaire au CI(U)SSS qui, de leur point de vue, comporte une bureaucratie lourde et inefficace. Les TS, pour leur part, expriment un grand bonheur de s'émanciper en partie de l'inertie des grands établissements. Soulignons que dans le contexte actuel, de telles démonstrations de satisfaction sont plus que rares dans les études sur les services de santé et les services sociaux.

« On a à travailler ensemble et à se supporter. J'ai adopté le modèle médical, qui est qu'on ne perd pas de temps dans les rencontres. On fait une synthèse, rapidement, etc. J'aime ça! Je trouve ça stimulant. C'est une façon où je peux exprimer aussi mon engagement par rapport aux gens que je rencontre puis à mes collègues. Le fait d'être disponible aussi. Je pense que les gens apprécient quand on est disponible, quand on est investi... Je pense qu'on est des modèles. J'ai appris à connaître le monde médical. Tu sais, où est-ce que, go, ça roule! » (TS 13)

« Ici, les médecins et tout le monde me font confiance. Je sens en tout cas qu'ils me font confiance à 100 % par rapport à mon rôle, mes interventions, mes approches, ma façon de travailler. Il n'y a personne qui me dit quoi faire ou ne pas faire. [...] Au début, j'entendais beaucoup de gens me dire : "Ah, tu vas voir, les médecins...! Ils vont nous prescrire des services. Ils vont nous obliger, ils vont nous mettre de la pression, etc." Tu sais, tout ce discours-là qui était donc épouvantable, moi ici, je ne le vis pas. Ce n'est pas du tout comme ça... » (TS 12)

« Je pense que les médecins apprécient beaucoup notre travail! Je pense qu'ils sont contents qu'on soit là pour faire tout ce volet. Quand ça touche la santé mentale ou le domaine émotif, ils sont bien contents de référer à la TS. Ils sont bien contents que la TS soit dans la place, parce qu'ils nous connaissent. [...] Les médecins, on les a à côté de nous. Alors, c'est plus facile d'entrer en contact avec eux. Quand j'étais au CLSC, on avait toujours peur de déranger les médecins. Alors on n'osait pas les appeler. Je pense que je ne suis pas toute seule comme ça. Maintenant, j'ai des médecins ici qui me disent : "On n'est jamais au courant de rien, le CLSC ne nous informe pas!" Alors oui, cette collaboration-là avec les médecins est vraiment intéressante! » (TS 9)

L'éloignement du CI(U)SSS et la grande autonomie au travail des TS en GMF, tant qu'elles respectent le code de priorités médicales (P1, P2, et ainsi de suite), ouvre un espace de liberté professionnelle qui permet à plusieurs des TS observées de mieux utiliser l'approche par les forces. Cette possibilité est facilitée par le fait que les personnes qui sont référées aux TS en GMF vivent en général des situations qui ont subi une moins grande détérioration que celles qui accèdent aux services des CI(U)SSS, le plus souvent après des mois d'attentes. Les TS en GMF semblent donc travailler davantage en amont de la crise psychosociale, avant que la lourdeur clinique s'installe durablement. Cela apparaît comme étant une condition favorable à l'intervention à partir des forces des usagers. Mais au-delà de cette satisfaction apparente de travailler en GMF, un certain nombre d'enjeux persistent, dont celui de la coordination de leur travail avec celui des CI(U)SSS et de l'intervention auprès des clientèles présentant des besoins complexes.

1.3.1 Accueil des TS en GMF

Pour les TS, la transition en GMF a souvent suscité au départ de nombreux défis quotidiens, tels que le départ involontaire pour certaines de leur ancien milieu de travail. L'accueil reçu à leur arrivée dans le GMF a souvent été déficient, parfois marqué par une profonde incompréhension à l'égard de leur rôle, à laquelle se sont ajoutés une gestion difficile des espaces de travail, l'isolement professionnel (les TS étant souvent arrivées de façon désordonnée), les lacunes déplorées par les TS dans le guide de pratique concernant leur contribution ainsi que l'adaptation nécessaire à une offre de services de type soins courants. Certaines TS de notre échantillon, somme toute assez rares, ont pris une posture d'opposition à l'encontre de la médicalisation, posture évidemment intenable même à court terme dans ce contexte.

Nous avons donc interrogé les TS sur les raisons les ayant menées à travailler en GMF, de même que sur la manière dont s'est déroulée la transition avec leur ancien milieu de travail. En ce qui concerne les expériences antérieures des TS constituant notre échantillon, la majorité d'entre elles étaient issues des services sociaux généraux tels que l'accueil psycho-social, Info-social ou les services de crise. Selon nos observations, les TS n'ayant pas bénéficié de ces expériences de travail antérieures ont eu davantage de difficultés à s'adapter au cadre du GMF. Cela s'explique entre autres par une certaine similarité dans la prise en charge attendue de la clientèle des services sociaux généraux. En effet, les TS possédant une expérience plus fortement axée vers une clientèle très spécifique (ex. protection de la jeunesse, soutien à domicile, déficience intellectuelle, etc.) disent être beaucoup moins outillées pour remplir leur mandat en GMF qui, *de facto*, concerne des clientèles variées reçues par les services courants. Ces TS ont dû suivre davantage de formations et ont eu besoin d'un plus grand soutien que les TS déjà familiarisées avec la pratique en services courants. La qualité de ce soutien était d'ailleurs très variable d'un site à l'autre, selon les CI(U)SSS. Rappelons que les collectes d'information se sont déroulées dans la seconde année de l'implantation à grande échelle du travail social en GMF. Pourtant, les liens fonctionnels entre les TS en GMF et leurs superviseurs en CI(U)SSS était encore en définition dans bon nombre de situations.

Cette imprécision des liens GMF-CI(U)SSS est exacerbée par le fait que les GMF sont des milieux façonnés par l'approche personnelle de chacun des médecins; leur fonctionnement varie donc en fonction des médecins qui les gèrent. En effet, bien que financés publiquement, la grande majorité des GMF sont en quelque sorte de petites entreprises privées ou semi-privées gérées par un ou plusieurs médecins responsables. Ces médecins ont la capacité d'influencer la manière dont le GMF fonctionne à l'interne, quoi qu'il advienne de la gestion dite matricielle – gestion clinique médicale et gestion administrative – des CI(U)SSS qui encadre en principe ces TS ou de l'accroissement des normes ministérielles les concernant. La gestion clinique médicale semble la plus importante des deux, ce qui introduit une importante dose de variation quant aux rôles attendus de la TS.

« Nos travailleurs sociaux doivent être autonomes. Comme ils sont plus isolés, ça devient un peu comme des travailleurs autonomes dans un milieu privé, parce que les GMF sont privés. Donc, on leur demande d'être présents dans un milieu privé, géré par des médecins. Il y a des GMF intra muraux où ce n'est pas privé, mais, la majeure partie, c'est quand même des GMF privés. Les travailleurs sociaux en GMF doivent travailler avec des médecins qui gèrent une entreprise privée, en plus d'être disponibles pour faire du suivi alors qu'ils n'ont pas accès à toutes sortes de ressources. Donc l'autonomie, pour moi, c'est fondamental. »
(Chef de TS en GMF)

1.3.2 Enjeux et défis liés à la transition en GMF

À la lumière de nos observations, nous nous sommes intéressés aux représentations des principes et valeurs rattachés au contexte de GMF pour les TS. Nous leur avons demandé de décrire les déterminants principaux de leur transition (ex. : l'ancien milieu de travail, l'arrivée en GMF, les stratégies d'intégration). Nous avons également discuté avec elles des composantes cliniques ou organisationnelles qui influent sur la compatibilité de leur pratique avec les attentes du milieu, de même que les adaptations requises pour renforcer cette compatibilité. Les obstacles rencontrés, les adaptations faites ou à faire et les stratégies qui en découlent sont des exemples des sujets qui ont été abordés.

Toutes les TS s'entendent pour dire que les valeurs et principes relatifs à l'exercice du travail social restent les mêmes en contexte de GMF, y compris l'utilisation de l'approche centrée sur les forces. Toutefois, la majorité d'entre elles ont été très peu guidées à leur arrivée quant aux adaptations nécessaires pour comprendre la culture du GMF et s'y ajuster. Il faut noter que le guide d'accueil des TS en GMF produit par le MSSS a été (mal) diffusé environ deux ans après leur arrivée.

En outre, plusieurs TS n'ont pas eu droit à un coordonnateur du CI(U)SSS pour une journée d'orientation à leur arrivée. Plusieurs responsables de GMF n'étaient pas préparés ou, dans certains cas, n'avaient même pas été informés de l'arrivée de la TS. Seulement deux TS de notre échantillon ont eu la chance de bénéficier d'une réunion d'équipe intra-GMF leur permettant de se présenter et de s'intégrer. Dans ce contexte, toutes les TS ont dû investir beaucoup d'efforts pour présenter aux médecins leur domaine de pratique. Une fois l'étendue de ce domaine comprise par les médecins, les demandes de services ont afflué. En général, dès que le médecin observe un besoin psychosocial, quel qu'il soit, il fait une référence interne à la TS en inscrivant un code de priorité. Le médecin s'attend à une prise en charge quasi immédiate, mais n'exprime pas d'attente quant aux stratégies d'intervention utilisées. Il a pour attente que la TS saura cibler les meilleures pistes d'intervention. Pour ce faire, elle a accès au dossier médical électronique (DMÉ) du GMF. Il peut y avoir, dans certains milieux, une culture de collaboration plus directe (réunions d'équipe, discussions, etc.), mais, dans la majorité des cas, les liens avec les autres membres de l'équipe se font surtout via le DMÉ. Une collaboration réussie se manifeste selon le médecin par la vitesse de prise en charge et le respect de ses codes de priorité; la TS, pour sa part, tire avantage de l'autonomie professionnelle qu'on lui attribue dans sa réponse à ces priorités. Ce sentiment d'autonomie est renforcé par l'éloignement normatif du CI(U)SSS dans la pratique quotidienne des TS en GMF.

Selon le guide du MSSS, il est attendu que les TS effectuent de trois à quatre rencontres par jour (MSSS, 2019), ce qui semble être une charge de travail moins lourde qu'en CI(U)SSS, surtout que la clientèle référée aux TS des GMF présente souvent des problèmes moins complexes sur le plan psychosocial. D'ailleurs, il arrive fréquemment que les personnes ne se présentent pas à leur rendez-vous. La cible visée n'est donc pas toujours atteinte en raison de cet absentéisme (nommé « *no show* » dans le milieu), mais aussi en raison de la relative méconnaissance du rôle des TS de la part des autres professionnels du GMF. Certaines TS attribuent ces absences au fait que leurs rendez-vous ne sont pas confirmés par les adjointes administratives quelques jours avant la date prévue, comme c'est le cas pour la plupart des médecins. Les patients ont donc plus de chance d'oublier. De plus, les besoins de l'utilisateur ne sont pas toujours clairement établis. Il arrive par exemple que le patient accepte de rencontrer la TS au moment où cela lui est proposé par le médecin, par peur de le décevoir, mais change d'idée par la suite. D'autres patients voient leur situation s'améliorer, ce qui réduit la nécessité d'une rencontre avec la TS. Ils annulent alors tout simplement leur rendez-vous ou ne s'y présentent pas. Comme la TS n'est pas tenue de relancer les patients, plusieurs d'entre elles affirment ne pas faire de suivi à moins qu'un code de priorité élevé figure dans la requête du médecin (ex. : idées suicidaires ou violence conjugale). Étant donné que la personne est inscrite au

GMF et attirée à un médecin, elle pourra refaire directement une demande de service auprès de la TS si nécessaire. En moyenne, c'est au moins 25 % des personnes prévues à l'horaire des TS qui ne se présentent pas. Lorsqu'on prend en compte tous ces facteurs, la majorité des TS affirment voir tout au plus deux ou trois patients par jour. Le manque d'assiduité des patients à l'égard de leur engagement auprès de la TS, en fait, est tributaire du fait que ce sont les médecins qui déterminent le besoin, et non le patient. Cet aspect soulève donc également un questionnement envers l'évaluation des besoins psychosociaux effectuée par les médecins en GMF.

1.3.3 L'ouverture créée pour l'intervention par les forces

Quatre conditions favorisent une intervention par les forces pour les TS en GMF :

1. L'éloignement du système normatif du CI(U)SSS du quotidien des TS en GMF.
2. La tâche actuellement moins lourde qu'en CI(U)SSS.
3. Le peu de préoccupation des médecins quant au contenu de l'intervention disciplinaire des TS en GMF.
4. Des besoins des usagers le plus souvent détectés avant une phase aigüe ou une dégradation de la situation.

Actuellement, les interventions effectuées par les TS en GMF sont de l'ordre des services psychosociaux généraux auprès de personnes qui ne sont pas suivies en CI(U)SSS.

« Les problématiques qu'on voit sont assez variées. C'est du 0-100 ans, mais on ne fait pas de suivi avec les enfants. À ce moment-là, je vais référer vers les CLSC ou vers des psychologues pour enfants. Moi, je vais plus faire du coaching parental. La majorité des suivis qu'on fait sont surtout individuels. La très grande majorité sont des troubles anxieux, dépressions, épuisements professionnels, trouble d'adaptation, etc. C'est vraiment ça la majeure... On a toutes sortes de cas, mais dès que c'est plus spécifique, on va référer vers les CLSC. Par exemple, un trouble anxieux chronicisé, je ne le prendrai pas en suivi. Parfois, on ne le sait pas au départ alors on va commencer le suivi, mais quand on s'en rend compte, on va référer tout de suite. À l'occasion, je peux faire un suivi de couple, mais je ne fais pas de psychothérapie. » (TS 6)

Dans les faits, les personnes reçues sont souvent en crise d'adaptation (crise au travail, divorce, tensions familiales) ou présentent des problèmes de santé mentale ne requérant pas d'intervention spécialisée. Dans certains cas, l'intervention de la TS en GMF se fait en attendant un accès à des services spécialisés – psychiatre, psychologue, accès au soutien à l'autonomie des personnes âgées (SAPA), etc. Cela suppose essentiellement des suivis à court terme de 10 à 12 rencontres ou des interventions en situation de crise, toutes effectuées au bureau, donc jamais à domicile.

Dans le contexte de la TS en GMF, l'intervention par les forces mise sur la recommandation d'un grand nombre d'activités aux usagers pour prolonger à la maison l'effet de l'intervention. Cette logique de petits devoirs à accomplir est facilitée par une capacité des TS d'effectuer une intervention à court terme avec des rencontres rapprochées, en raison de la charge de travail qui n'est pas trop lourde en GMF.

« Le suivi en GMF, c'est un service général. C'est de 1 à 12 rencontres d'à peu près 45 à 50 minutes ou une heure maximum. Les rencontres sont généralement aux deux à trois semaines, mais dans certains cas, ça peut être aux semaines pour les gens qui ont des idées suicidaires, par exemple. Il y a du travail à faire entre les rencontres, mais c'est assez flexible quand même au niveau de la fréquence des rencontres. Il y a souvent des cas ponctuels. Ils vont venir à une rencontre ou deux, puis après ça, ils repartent. À un moment donné, ils rappellent. » (TS 12)

Nous avons observé chez les TS en GMF une très forte autonomie au travail, mobilisant une grande variété de stratégies, se rapprochant parfois même d'une intervention inspirée de la psychologie populaire (livres très connus du grand public, pot à pensées positives, etc.). Cela découle du peu de présence du système normatif du CI(U)SSS dans l'espace clinique du GMF et de l'isolement des professionnels. Les TS peuvent alors s'appuyer sur une panoplie de stratégies et profiter de l'ouverture ainsi créée pour prendre davantage appui sur les forces de l'usager. Celui-ci détermine ses priorités, sa cadence de transformation, au regard de conditions de vie qu'il peut mobiliser dans l'espace d'intervention : la date du divorce qui arrive, le retour au travail prévu, une visite médicale, etc.

En fait, l'intervention par les forces n'est rien d'autre que la (re)création d'un espace permettant à l'usager d'énoncer ses priorités, ses valeurs et ses modalités de transformation. Il va sans dire que tous les milieux de pratique en travail social permettent cette modulation des priorités et modalités, mais l'usager a ici une plus grande latitude en raison des conditions de travail³ des TS en GMF.

L'ouverture envers l'intervention par les forces, qui est facilitée par les conditions de travail que nous venons d'esquisser, offre sans conteste aux usagers l'occasion d'exprimer leurs préférences. Elle permet aussi aux TS de mobiliser des stratégies d'interventions moins dirigées par les impératifs de l'institution CI(U)SSS. Cela est favorable à l'approche par les forces, mais il y a un prix à payer, soit l'affaiblissement de la capacité professionnelle que procure justement le fait d'intervenir dans et par une institution forte comme celle d'un CI(U)SSS, qui possède d'importantes ressources organisationnelles. En GMF, plusieurs TS n'ont comme solution que la référence vers un CI(U)SSS, où la rapidité de la prise en charge peut laisser à désirer.

« Si je les oriente vers une autre ressource, je m'occupe de faire la référence au CLSC. Si c'est vers des organismes communautaires, habituellement, je leur donne les ressources, mais c'est à eux de faire les démarches dans la mesure du possible. S'ils sont capables. S'ils ne sont pas capables, je peux les accompagner un peu au-delà de... » (TS 7)

27

De plus, le plaisir de l'autonomie professionnelle, pour plusieurs TS en GMF, s'accompagne du déplaisir de l'isolement professionnel découlant d'une pratique collaborative qui n'était que faiblement implantée au moment de l'observation. De même, la logique d'inscription des usagers au GMF – plutôt qu'une approche populationnelle territorialisée en CI(U)SSS – rend très souvent impossible une intervention familiale, lorsque les membres d'une même famille sont inscrits dans différents GMF (s'ils ont la chance d'y être inscrits). La recherche de ressources peut aussi s'avérer ardue pour la même raison, soit la base même de l'offre de services, territoriale pour l'un, selon l'inscription pour l'autre. Ainsi, un travailleur peut choisir un GMF proche de son lieu de travail, qui ne correspond pas nécessairement à son territoire de vie. Cela complique le travail des TS, car les personnes inscrites au GMF proviennent de plusieurs territoires associés à un CI(U)SSS, qui offrent chacun un panier de services différent. Cette contradiction conceptuelle entravera durablement la possibilité de constituer des continuums de services cohérents. Enfin, le travail social en GMF s'est institué comme une pratique strictement individuelle (sauf exception) et sans capacité à agir dans les contextes domiciliaires, les visites à domicile y étant interdites.

CONCLUSION

À l'heure actuelle, la réalité de la pratique des TS en GMF est encore en train d'être définie, ce qui fait en sorte que nous avons pu observer une ouverture à des formes d'intervention individuelle

3 On peut penser que ces conditions vont se resserrer avec le temps, puisqu'une part de nos constats découle du fait que la pratique n'était pas complètement routinisée lors de nos observations et que les CI(U)SSS et le MSSS travaillent à mieux définir cette pratique.

en phase avec l'intervention fondée sur les forces. Reste à savoir si cette ouverture est temporaire, découlant de la faible maîtrise normative du transfert, ou permanente en raison de la nature de l'organisation que représente le GMF. Le renforcement des liens avec les CI(U)SSS, l'émergence d'une culture de la collaboration intra-GMF et avec les partenaires de la communauté ainsi que la routinisation des pratiques avec les médecins et les infirmières vont peut-être, dans les prochaines années, révéler le potentiel des pratiques de travail social en GMF. D'autres études s'imposent pour acquérir une meilleure compréhension de l'évolution du contexte. Les formations professionnelles devront s'adapter aux particularités des GMF, la contribution du travail social dans ces milieux étant de plus en plus reconnue, tant à l'échelle nationale qu'internationale.

ABSTRACT:

Many current developments require social workers to expand their practices in the health sector. In light of this, in 2016, the government of Quebec organized a major redeployment of nearly 400 social workers in family medicine groups (FMG) and, in 2019, published a practice guide for them. Based on comprehensive interviews and direct observations, this article aims to explore the practices of social workers working in FMGs and to understand the extent to which they mobilize the strengths of users in this new practice environment. The results presented in this article also allows us to reflect on the role of social workers in FMGs from the perspective of their integration into primary care organizations that have grown more inter-professional and to better understand how this promotes a strength-based approach.

KEYWORDS:

Family medicine group, social work, inter-professional collaboration, organization of services, users, primary care, strength-based approach

RÉFÉRENCES

- Allen, J., Ottman, G. et G. Roberts (2013). « Multi-professional communication for older people in transitional care: a review of the literature », *International journal of older people*, vol. 8, n° 4, 254-269.
- Arborio, A. et P. Fournier (2005). *L'observation directe*, Paris : Armand Colin.
- Beveridge, J., Burkett, M., Owens-Nash, G., Quick, H. et A. Whittingham (2017). « Health and social care integration. National Audit Office ». En ligne : <https://www.nao.org.uk/report/health-and-social-care-integration>.
- Blanchet, A. et A. Gotman (1992). *L'enquête et ses méthodes : l'entretien*, Paris : Nathan.
- Brandling, J et W. House (2009). « Social prescribing in general practice: adding meaning to medicine », *British Journal of General Practice*, vol. 59, n° 563, 454-456.
- Canadian Foundation for Healthcare Improvement (2018). « Rapport annuel 2018-2019 ». En ligne : https://www.cfhi-fcass.ca/docs/default-source/about-us/corporate-reports/2018-2019-annual-report-e.pdf?sfvrsn=1bba3313_4.
- Coleman, K., Austin, B. T., Brach, C. et E. H. Wagner (2009). « Evidence on the chronic care model in the new millennium », *Health affairs*, vol. 28, n° 1, 75-85.
- Collège des médecins de famille du Canada (2019). « Une nouvelle vision pour le Canada : pratique de médecine familiale – le Centre de médecine de famille ». En ligne : https://patientsmedicalhome.ca/files/uploads/PMH_VISION2019_FRE_WEB_3.pdf.
- Consortium pancanadien pour l'interprofessionnalisme en santé (2010). « Référentiel national de compétences en matière d'interprofessionnalisme ». En ligne : https://www.rcpi.ulaval.ca/fileadmin/media/Coffre_a_outils/CIHC_IPCompetencies-FrR_Sep710.pdf.
- Cowles, Lois Anne et M. J. Lefcowitz (1995). Interdisciplinary expectations of the medical social worker in the hospital setting: Part 2, *Health and Social Work*, vol. 20, n° 4, 279.

- Couturier Y. et L. Belzile (2020). *Santé et travail social*, Québec : Presses de l'Université de Montréal.
- Cronqvist, A. et K. Sundh (2013). « On collaboration between nurses and social workers in the service of older people at home: A critical literature review », *International practice development journal*, vol. 3, n° 2, 1-19.
- Duner, A. et M. Wolmesjo (2015). « Interprofessional collaboration in Swedish health and social care from a care manager's perspective », *European Journal of Social Work*, vol. 18, n° 3, 254-369.
- Emilsson, U. (2009). « Health care, social care or both? Qualitative explorative study of different focuses in long-term-care of older people in France, Portugal and Sweden », *European Journal of Social Work*, vol. 12, n° 4, 419-434.
- Golden, R. (2011). « Coordination, integration and collaboration: A clear path for social work in health care reform », *Health & Social work*, vol. 36, n° 3, 227-229.
- Goldhar, J., Daub, S. et S. Sridharan (2015). « One client, one team: Health care integration for older adults with complex care needs: How Small Steps Can Lead to Transformation », *Journal of integrated care*, vol. 15, n° 8, 152-154.
- Goodman, C., Drennan, V., Sheibl, F., Shah, D., Manthorpe, J., Gage, H. et S. Iliffe (2011). « Models of interprofessional working for older adult living at home: a survey and a review of the local strategies of English health and social care statutory organisations », *BMC health services research*, vol. 11, n° 1, 337-347.
- Gould, P., Lee, Y., Berkowitz, S. et L. Bronstein (2015). « Impact of a collaborative interprofessional learning experience upon medical and social work students in geriatric health care », *Journal of interprofessional care*, vol. 19, n° 4, 372-373.
- Hamilton, G. (1951). *Theory and Practice of Social Casework*, New York : Columbia University Press.
- Hofmarcher, M., Oxley, H. et E. Rusticelli (2007). « Improved Health System Performance Through Better Care Coordination ». En ligne : <http://www.oecd.org/els/health-systems/39791610.pdf>.
- Latimer, E. et D. Rabouin (2011). « Soutien d'intensité variable (SIV) et rétablissement : que nous apprennent les études expérimentales et quasi expérimentales? », *Santé mentale au Québec*, vol. 36, n° 1, 13-34.
- MSSS (2019). « Guide pratique à l'intention des travailleurs sociaux issus d'un établissement du réseau de la santé et des services sociaux et qui travaillent dans un groupe de médecine de famille ou un groupe de médecine de famille universitaire ». En ligne : <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2019/19-924-12W.pdf>.
- MSSS (2016). « Cadre de gestion des groupes de médecine de famille universitaires (GMF-U) ». En ligne : <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2019/19-920-01W.pdf>.
- Paillé, P. et A. Mucchielli (2008). *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales*, Paris : Armand Colin.
- Poupart, J., Deslauriers, J. P., Groulx, L.-H., Laperrière, A., Mayer, R. et A. P. Pirès (1997). *La recherche qualitative : enjeux épistémologiques et méthodologiques*, Boucherville : Gaétan Morin.
- Rapp, C. A. et R. J. Goscha (2012). *The strengths model: A recovery-oriented approach to mental health services*, New York : Oxford University Press.
- Rousseau-Tremblay, É. et Y. Couturier (2012). « Adéquation des formations universitaires en travail social aux défis que pose le vieillissement au Québec », *Revue canadienne de service social*, vol. 29, n° 2, 169-186.
- Roy, D. A., Litvak, E. et F. Paccaud (2012). *Des réseaux responsables de leur population : moderniser la gestion et la gouvernance en santé*, Montréal : École Polytechnique.
- Smith, N. et M. Barnes (2013). « New jobs old roles: working for prevention in a whole-system model of health and social care for older people », *Health and social care in the community*, vol. 21, n° 1, 79-87.
- Wong, K., Wong, F. et K. Chang (2015). « Health-social partnership intervention programme for community-dwelling older adults: a research protocol for a randomized controlled trial », *Journal of advanced nursing*, vol. 71, n° 11, 2673-2685.