



Synthèse du Sommet santé-social

Ensemble pour améliorer les soins et services des personnes ayant des besoins complexes



Québec – Le 21 octobre 2016

Synthèse du Sommet santé-social

Le 21 octobre dernier à Québec s'est tenu le Sommet «**Ensemble pour améliorer les soins et les services des personnes ayant des besoins complexes**». Ce sont près de 160 intervenants et décideurs en provenance des milieux de la santé, des services sociaux, universitaires, communautaires, ainsi que des patients partenaires, tous soucieux d'apporter des améliorations aux services offerts aux personnes en grand besoin de services de première ligne.

Un des buts de réunir des acteurs-clés dans le contexte du projet de démonstration de l'Unité de soutien à la stratégie de recherche axée sur le patient, mené en partenariat avec l'équipe du projet V1SAGES, est d'animer le réseau clinique autour de la problématique des personnes ayant des besoins complexes. Ainsi, nous voulons susciter et faciliter l'émergence de modèles de collaboration professionnelle et communautaire et stimuler l'engagement de ces acteurs pour enrichir et développer la recherche axée sur le patient (RAP), la promouvoir, et ce, tout en informant, en formant et en outillant les milieux.

Ce Sommet a également été une occasion privilégiée de réunir des acteurs de changement pour réfléchir et pour émettre des recommandations afin d'améliorer la collaboration et les pratiques interprofessionnelles et la concertation avec les organismes communautaires.

Les échanges ont été constructifs et instructifs et les constats qui en découlent témoignent de notre volonté de concertation.

Sachez que les suites du Sommet feront aussi l'objet d'un rapport élaboré, mais bien que non exhaustive, nous vous présentons d'ores et déjà cette synthèse dans le but de vous partager des constats et des pistes d'observation.

Profil des participants en provenance de 13 régions du Québec

Gestionnaires	52
Décideurs	15
Recherche	23
Pharmaciens	13
Médecins	9
Infirmiers et infirmières praticiennes spécialisées (IPS)	18
Patients partenaires	11
Travailleurs sociaux	10
Représentants organismes communautaires	6
Autres professionnels	3
Total* des participants	160
*Ce total exclut les membres de l'Unité de soutien SRAP du Québec	

Le Contexte / Les Objectifs

Ce Sommet s'est déroulé alors que la première ligne de soins de santé et services sociaux vit une transformation majeure qui met les Groupes de médecine de famille (GMF) au cœur de l'offre de services. Elle amène une expansion de l'équipe interprofessionnelle en GMF et appelle à l'établissement de collaborations plus efficaces non seulement entre les professionnels des GMF, mais entre les

organisations du réseau (GMF, CISSS/CIUSSS, hôpitaux, organismes communautaires), elles-mêmes en transformation. La volonté affirmée par les décideurs politiques est de favoriser l'intégration des interventions issues des disciplines psychosociales et du milieu communautaire et celles issues des disciplines traditionnellement appelées « de la santé ».

Les personnes présentant des besoins complexes de santé sont des clientèles particulièrement vulnérables et celles les plus susceptibles de bénéficier de ces transformations. L'objectif du Sommet, qui résulte d'une étroite collaboration avec les chercheurs du projet V1SAGES dirigé par les professeurs Catherine Hudon et Maud-Christine Chouinard et l'Unité de soutien SRAP du Québec, était de capitaliser sur les leçons apprises jusqu'à maintenant pour améliorer la capacité d'intervention auprès de ces personnes et de leurs proches et informer ainsi les intervenants au cœur de ces transformations et les chercheurs de l'Unité dont le projet de démonstration porte sur cette question.

Les constats et les observations

Des intervenants, des gestionnaires, des usagers et des décideurs engagés

Le premier constat de cette journée, qui s'est imposé d'emblée et a donné le ton aux échanges, est celui de la volonté et de l'engagement de toutes les parties en présence de se mobiliser vers l'objectif commun d'améliorer l'expérience de soins et de services des personnes présentant des

besoins complexes et de leurs proches. Cet engagement transcende les difficultés et les bouleversements occasionnés par les transformations en cours.

Les personnes aux besoins de santé complexes : une population qui n'est pas homogène et qui passe souvent sous le radar

S'il est un message qui est ressorti c'est qu'il faut aller au-delà du stéréotype de la personne âgée fragile souffrant de plusieurs maladies chroniques. Il y a presque autant de profils de la complexité des besoins que de personnes. Cette population recoupe tous les groupes d'âges et tous les statuts sociaux. Elle passe aussi souvent sous le radar tant au niveau du GMF que du CISSS/CIUSSS et ce n'est qu'après la survenue d'un événement critique que les personnes sont reconnues. La nécessité d'améliorer notre capacité de repérage de cette population est une priorité.

Personne ayant des besoins complexes : une courte définition pour une meilleure compréhension

Personne ayant de grands besoins de services de santé et de services sociaux en raison d'une ou plusieurs maladies chroniques pouvant interagir avec des difficultés de nature psychologique ou sociale ayant un impact sur les déterminants sociaux de la santé.

L'expérience des usagers: la personne experte de sa complexité

Tous les patients partenaires présents ont rappelé cette évidence : ce sont eux qui gèrent au quotidien leur plan de traitement. En ce sens, ils sont les vrais experts de leur

situation. Leur voix n'est pas toujours entendue. Pour eux, il n'y a pas de première et deuxième lignes, mais bien une trajectoire de services qui doit s'intégrer à une trajectoire de vie. Malheureusement ce ne sont pas des « lignes » qu'ils rencontrent, mais des fossés difficiles à franchir, et ce, même entre organisations de première ligne. Bien qu'ils apprécient la contribution de chaque professionnel faisant partie de leur équipe de soins, l'interdisciplinarité signifie souvent qu'ils doivent répéter continuellement leur histoire et que, parfois aussi, ils reçoivent des informations contradictoires. Ceci peut se comprendre si les professionnels ne sont pas vus dans la même organisation, mais c'est plus difficile à vivre quand cela se produit dans son GMF ou son CLSC* (*Centre local de services communautaires désormais intégrés dans les CISSS/CIUSSS).

Définir la collaboration professionnelle à partir des besoins des personnes

L'arrivée de nouveaux professionnels en GMF pose des défis, mais crée aussi des opportunités. En effet, la proximité facilite le développement de la collaboration. Le chevauchement des compétences professionnelles est un enjeu réel. Il pose un défi pour l'intervention et la communication. Un conférencier en témoignait : «C'est là qu'on se répète, qu'on se contredit, qu'on perd de l'efficacité». Le but n'est pas de toujours être en interdisciplinarité, mais d'adopter la pratique de collaboration la plus efficace pour la situation du patient. La clé est de définir la collaboration et de s'en donner les moyens avec les personnes concernées au premier chef, les usagers et leurs proches, en assurant ce qui est primordial : la continuité dans l'information et la complémentarité des

rôles. Le succès de la collaboration passera dès lors par la clarification des rôles à partir de situations concrètes.

Un ingrédient essentiel : l'accompagnement et le soutien organisationnel

La contribution des décideurs est essentielle pour soutenir le développement des pratiques et éviter les dédoublements de services. En effet, comme l'a dit un conférencier, le succès de l'intégration des soins et des services pour les personnes présentant des besoins complexes de santé «dépend de la capacité des individus à structurer une action collective». Le défi est d'autant plus grand que les individus viennent d'horizons professionnels aux traditions disciplinaires différentes. On doit passer de «ma pratique» à «notre pratique». Il faut accompagner les équipes dans cette transition qui doit prendre le temps nécessaire. L'accompagnement doit être «sur mesure» : adapté à la collaboration interprofessionnelle et interorganisationnelle. Les décideurs et gestionnaires doivent plus que jamais faire preuve de bienveillance.

Deux logiques à concilier

Les mandats des GMF, desservant une population inscrite, et ceux des CISSS/CIUSSS, répondant aux besoins d'une population sur un territoire défini, procèdent de deux logiques différentes. La migration et le partage des ressources entre le réseau des CISSS/CIUSSS et les GMF créent une tension qui est d'autant plus grande que le chevauchement entre les clientèles du GMF et celle du CISSS/CIUSSS de référence n'est pas parfait. Dans la transition actuelle, qui n'ajoute pas de ressources, l'inadéquation entre ces deux logiques peut créer des conflits d'allégeances pour les intervenants et,

surtout, mettre à risque des clientèles plus vulnérables qui ne sont pas rejointes par les GMF, celles-là mêmes qui présentent des besoins complexes.

Le secteur communautaire : un allié négligé

S'il est une révélation de ce Sommet c'est bien l'étanchéité entre le réseau des GMF et le réseau des organismes communautaires. Une méconnaissance mutuelle. Pourtant, les organismes communautaires sont ceux qui sont au rendez-vous pour accompagner les personnes dans leurs trajectoires de vies. Ils sont plus que « des donneurs de services et des quémandeurs d'argent ». Ils sont les « senseurs » de leur collectivité, et souvent la seule interface entre le réseau de la santé et les clientèles orphelines, oubliées. Un problème majeur nommé : à l'opposé des ressources du réseau, les organismes communautaires ne bénéficient pas d'une voie d'accès pour les urgences des clientèles orphelines qu'ils accompagnent quotidiennement. Des exemples d'initiatives pour rapprocher les organismes communautaires des GMF ont été donnés, mais ils restent trop marginaux.

La recherche : les valeurs de la SRAP alignées avec les défis à relever

La création des deux Instituts universitaires de première ligne en santé et services sociaux (IUPLSSS), du Réseau-1 Québec (Réseau de connaissances en services et soins de santé intégrés de première ligne), du Fonds de recherche du Québec – Santé (FRQS) et de la SRAP créent une force de frappe collective qui peut avoir un impact et soutenir les transformations. Les chercheurs d'établissements, ancrés dans les pratiques, doivent être soutenus, car ces recherches auront des retombées pour les patients et pour soutenir la pratique clinique au niveau

des professionnels et des intervenants terrain.

Des avenues moins explorées

Bien qu'on en ait parlé, deux catégories d'intervenants clés n'étaient présents qu'en petit nombre : les proches aidants et les psychologues. Les psychologues ont clairement indiqué que leur présence est essentielle dans les services de premières lignes pour les usagers ayant des besoins complexes. Si les psychologues ne font pas partie de l'offre de service de la première ligne, est-ce un message que les problèmes de santé mentale sont trop complexes? À quelle complexité veut-on s'adresser ?

Des pistes d'actions

L'après-midi fut consacré à l'exploration de pistes d'actions concrètes, pouvant être reprise par les différents acteurs en présence. Les voici, en rafale.

L'utilisateur : un partenaire

- Promouvoir et préciser le rôle de partenariat des usagers en GMF
- Solliciter la contribution des usagers dans la mise en œuvre de la collaboration interprofessionnelle et la mise en place de processus organisationnels adaptés
- Favoriser et soutenir la présence de pairs aidants ressources dans l'accompagnement de certaines personnes vulnérables

Plusieurs actions en lien avec le secteur communautaire

- Établir des plans d'action avec des décideurs engagés sur la base

d'échéanciers crédibles favorisant la collaboration

- Créer des ponts de collaborations et de partenariats entre les organismes communautaires et les équipes de GMF
- Organiser des mécanismes d'accès déterminés pour les organismes communautaires qui accompagnent, pour les personnes extrêmement vulnérables et les clientèles orphelines en besoin d'intervention urgente

Des modèles professionnels à « inventer »

- Inclure une infirmière dite de famille dans l'équipe GMF et définir son rôle
- Faciliter, entre autres, la «déprescription» en créant un pont entre le pharmacien de GMF et le pharmacien communautaire
- Définir des modèles d'organisation de services qui intègrent le psychologue, soit dans l'équipe de professionnels en GMF, ou s'y associe pour donner accès aux patients à ses services
- Utiliser de façon optimale les ordonnances collectives
- Mettre en place «l'accès adapté» pour tous les professionnels du GMF
- Adapter les modèles d'intervenants pivot et de gestionnaires de cas aux besoins de la clientèle et à la réalité des GMF
- Développer une vision de l'interdisciplinarité pour desservir les usagers ayant des besoins complexes
- Soutenir la transformation de la pratique du service social en GMF vers un rôle plus généraliste

Des organisations engagées

- Assurer un leadership mobilisateur pour animer la gouvernance
- Accompagner les intervenants dans l'adaptation de leurs pratiques professionnelles et les changements organisationnels

- Mettre en place une stratégie de repérage conjointe CISSS/CIUSSS – GMF de la clientèle aux besoins complexes

Contribution des chercheurs et de la recherche axée sur le patient

- Élaborer des outils de repérage des clientèles aux besoins complexes facilitant l'intervention précoce
- Développer des indicateurs de résultats multidimensionnels avec les usagers et leurs proches
- Développer des recherches participatives impliquant des décideurs, des usagers, et les intervenants
- Saisir les opportunités émergent de la création de l'Unité de soutien SRAP du Québec avec les Instituts universitaires de première ligne en santé et services sociaux (IUPLSSS) et le Réseau-1 Québec

Le financement

- Soutenir le travail interprofessionnel en accordant les ressources essentielles à son déploiement
- Financer adéquatement les organismes communautaires pour desservir la clientèle et investir des ressources dans le développement et le maintien de partenariat avec les GMF

En somme

Les membres du comité organisateur du Sommet santé-social sont satisfaits de la participation et du résultat des échanges à l'issue de cette journée. Des idées et des pistes qui alimenteront assurément des stratégies d'action et de recherche axées sur les usagers et leurs proches.

Dre Marie-Dominique Beaulieu
Danielle Bouliane
Maud-Christine Chouinard
Gilles Gauthier
Dre Catherine Hudon
Chantale Larocque
Paul Morin
et Anne-Marie Savoie.

Liste d'acronymes utilisés

RAP	Recherche axée sur le patient
GMF	Groupe de médecine de famille
CIUSSS	Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux
CISSS	Centre intégré de santé et de services sociaux
CLSC	Centre local de services communautaires
SRAP	Stratégie de recherche axée sur le patient
IUPLSSS	Institut universitaire de première ligne en santé et services sociaux
FRQ-S	Fonds de recherche du Québec – Santé

PARTENAIRES PRINCIPAUX

Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC)
Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec
Fonds de Recherche du Québec – Santé

PARTENAIRES UNIVERSITAIRES

Université Laval
Université McGill
Université de Montréal
Université de Sherbrooke

