



L'évaluation des premiers mois d'implantation d'un réseau de services intégrés aux personnes âgées en perte d'autonomie

Johanne Boudreault and Myreille St-Onge

Volume 53, Number 1, 2007

URI: <https://id.erudit.org/iderudit/017985ar>

DOI: <https://doi.org/10.7202/017985ar>

[See table of contents](#)

Publisher(s)

École de service social de l'Université Laval

ISSN

1708-1734 (digital)

[Explore this journal](#)

Cite this article

Boudreault, J. & St-Onge, M. (2007). L'évaluation des premiers mois d'implantation d'un réseau de services intégrés aux personnes âgées en perte d'autonomie. *Service social*, 53(1), 1–23. <https://doi.org/10.7202/017985ar>

Article abstract

We describe in this article the appreciation of case managers of the first months of implementation of a new integrated services network in Quebec City for elderly people. The case management has been mainly assumed by social workers affiliated in CLSCs. The results show that the case managers have met some difficulties in the application of their role and mandate, particularly in terms of organizational and operational barriers related to the implementation of these new integrated services network. These difficulties have not only a direct impact on clinicians and their collaborators, but also on the elderly people receiving their services. The decision makers are now seriously questioned the case management model that they have been initially retained.

L'évaluation des premiers mois d'implantation d'un réseau de services intégrés aux personnes âgées en perte d'autonomie

Johanne BOUDREAULT
M. Serv. Soc., t.s.
CSSS de la Vieille-Capitale

Myreille ST-ONGE
Professeure
École de service social
Université Laval

Nous décrivons dans cet article l'appréciation des gestionnaires de cas des premiers mois d'implantation d'un réseau de services intégrés aux personnes âgées en perte d'autonomie (RSIPÂPA) sur le territoire de Québec-Centre. La gestion de cas a été assumée principalement par des travailleuses sociales œuvrant en CLSC. Les résultats font état d'un certain nombre de difficultés d'ordres organisationnel et opérationnel rencontrées par les gestionnaires de cas dans l'application de leur mandat et l'implantation du RSIPÂPA. Ces difficultés ont un impact direct sur les cliniciennes, sur leurs collaborateurs, ainsi que sur les usagers engagés dans le projet et recevant leurs services. Le modèle de gestion de cas initialement retenu est sérieusement remis en question par ceux et celles qui ont à l'actualiser.

Mots clés : réseau de services intégrés, gestion de cas, personnes âgées.

We describe in this article the appreciation of case managers of the first months of implementation of a new integrated services network in Quebec City for elderly people. The case management has been mainly assumed by social workers affiliated in CLSCs. The results show that the case managers have met some difficulties in the application of their role and mandate, particularly in terms of organizational and operational barriers related to the implementation of these new integrated services network. These difficulties have not only a direct impact on clinicians and their collaborators, but also on the elderly people receiving their services. The decision makers are now seriously questioned the case management model that they have been initially retained.

Key words: integrated network services, case management, elders.

INTRODUCTION

L'organisation actuelle du réseau de la santé et des services sociaux offre une gamme de services complexes et variés à la population des aînés et à leurs proches. Toutefois l'accessibilité, la continuité et la coordination des services font parfois défaut (MSSS, 2001, RRSS-03, 2000). Outre les problèmes vécus par les aînés, les acteurs du réseau observent une confusion dans les rôles des professionnels, une duplication de certaines interventions et une perte du lien avec les usagers (Commission Clair, 2000; RRSS-03, 2000). En octobre 1999, madame Pauline Marois, alors ministre de la Santé et des Services sociaux, invitait les CLSC et les centres hospitaliers à travailler en partenariat pour l'implantation des réseaux de services intégrés pour les personnes âgées. Cette orientation a été réaffirmée dans le rapport de la Commission Clair (2000) et dans les nouvelles orientations ministérielles sur les services offerts aux personnes âgées en perte d'autonomie (MSSS, 2001). Le continuum de services implique des changements dans les manières de faire en matière de services offerts à la population aînée. Le guichet unique, l'outil d'évaluation globale multiclientèle (OÉMC) et l'approche clinique de gestion de cas, sont les principales composantes du nouveau réseau de services intégrés pour les personnes âgées en perte d'autonomie (RISPÂPA). Nous nous attardons dans le présent article à la description de l'une de ces composantes, à savoir, l'approche de gestion de cas. Dotés de fonctions et de rôles particuliers au sein du continuum de services, les gestionnaires de cas deviennent des actrices et des acteurs importants. Dans cette perspective, les relations professionnelles entre les gestionnaires de cas et les intervenants du réseau de la santé et des services sociaux sont à inventer. Globalement, les objectifs de la recherche visent à explorer et décrire la pratique professionnelle telle qu'elle a été appliquée sur le terrain, et à connaître l'appréciation que font les participantes de cette pratique professionnelle, c'est-à-dire telle que vécue et exprimée par ces dernières. En lien avec ces thèmes, un dernier objectif cherche à identifier les principales recommandations qu'ont à formuler les participantes/gestionnaires de cas.

LA PROBLÉMATIQUE DE L'IMPLANTATION DES RÉSEAUX DE SERVICES INTÉGRÉS

L'implantation des réseaux de services intégrés suppose une modification importante de l'offre de services afin de contrer les lacunes d'accessibilité, d'intégration et de concertation entre les établissements et les professionnels responsables de l'offre de services auprès d'une clientèle âgée et vulnérable. Cette offre de services repose d'abord sur des organisations locales et territoriales (MRC ou CLSC). Le guichet unique, l'utilisation commune d'un outil d'évaluation globale et intégrée des besoins et un système de communication efficace et efficient permettant la concertation entre les professionnels, font partie des composantes organisationnelles inhérentes aux réseaux de services intégrés. Il s'agit d'une approche clinique assurant une imputabilité à des intervenants dédiés à la gestion de cas, dont le mandat consiste désormais à assurer la coordination, l'accessibilité et la continuité des services. Enfin, la composante administrative prévoit des mécanismes de concertation (stratégique, tactique et clinique) afin d'assurer une cohésion et une intégration territoriales de la chaîne de services.

L'implantation des réseaux de services intégrés pour les personnes âgées en perte d'autonomie représente un changement de paradigme au sein du réseau de la santé et des services sociaux. L'offre de services auparavant orientée vers les milieux de soins laisse peu à peu sa place à une prestation de services dans la communauté. De même, l'approche centrée sur la maladie fait de plus en plus place à des interventions tenant compte des capacités des personnes âgées et des possibilités qu'offre le milieu de vie dans la communauté.

Dans ses orientations ministérielles en matière de services offerts aux personnes âgées en perte d'autonomie, le ministère de la Santé et des Services sociaux définit les réseaux de services intégrés comme suit : « *[ils] incorporent les soins de santé et les services sociaux offerts aux personnes âgées en perte d'autonomie dans la communauté ou en établissement, qu'ils soient préventifs ou curatifs. Les réseaux de services intégrés reflètent une perspective clinique, organisationnelle et financière, et un mode d'organisation des services plutôt qu'un type de services* » (MSSS, 2001, p. 23). Le cadre de référence de la Régie régionale de la santé et des services sociaux de Québec, désormais dénommée l'Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de la Capitale nationale, que nous désignerons « l'Agence » pour la suite du texte, précise que la finalité des réseaux de services intégrés est « *de favoriser le maintien des personnes âgées dans la communauté en leur offrant des services accessibles, continus et coordonnés. Il s'agit en quelque sorte d'un outil que notre réseau se donne afin que la bonne ressource offre le bon service, à la bonne personne et au bon moment* » (RRSSS-03, 2000, p. 4). La structure organisationnelle des réseaux de services intégrés compte généralement trois paliers de coordination : il s'agit du comité stratégique, du comité tactique et enfin de l'équipe terrain, formée de gestionnaires de cas. Les projets territoriaux sont soutenus par différentes mesures, dont notamment le soutien d'une chargée de projet par l'entremise de l'Agence. En outre, l'Agence a la responsabilité de la consolidation des volets régionaux déjà existants pour la clientèle âgée en perte d'autonomie, dont les services 24/7, de télésurveillance et d'Info-Santé. L'articulation sur le plan organisationnel repose sur l'interdépendance des mécanismes de concertation intersectorielle, interdisciplinaire et interétablissements.

L'APPROCHE DE GESTION DE CAS

C'est d'abord dans le domaine de la psychiatrie que la gestion de cas est apparue au début des années 1970 dans divers pays, dont les États-Unis, le Royaume-Uni, l'Australie et, dans une moindre mesure, le Canada (Davies, 1993 cité dans l'OCDE, 1994). Le concept semble avoir hérité au cours des vingt dernières années de nombreuses définitions, c'est-à-dire qu'il est devenu une expression fourre-tout dans la mesure où chaque programme a modelé la gestion de cas à sa réalité organisationnelle et contextuelle (Gélinas, 1998). La gestion de cas se définit comme « *un processus d'interaction entre un réseau ayant à dispenser des services et des clients ayant à les recevoir de manière efficiente* » (Weils et Karls cités dans Gélinas, 1998, p. 19-20). Gélinas fait remarquer que la « *connotation administrative* » de cette

définition indique que la gestion de cas est d'abord une « *technique de gestion sociale* » visant à résoudre la fragmentation des services par une meilleure coordination (1998, p. 20). Au sens strict, la gestion de cas consiste à mettre en place des mécanismes de coordination, de continuité et d'intégration des services dont l'objectif est d'assurer l'accessibilité aux services et non pas d'offrir un service direct. Au regard du système dans lequel évolue l'utilisateur, la responsabilité des gestionnaires de cas est de s'assurer que soit dispensée une réponse adéquate aux besoins. Dans son application, le modèle de gestion de cas existe sous différentes modalités. Une brève revue de la documentation démontre que différents modèles de gestion de cas existent selon les réalités organisationnelles, culturelles et contextuelles du milieu.

Au regard de la clientèle présentant des troubles mentaux, le **modèle strict de courtage** demeure le plus expérimenté. Ce modèle, particulièrement présent aux États-Unis, compte tenu de l'organisation sociale, politique et économique de ce pays et d'un système de soins gouverné par la loi du marché, consiste à identifier les prestataires de services et à coordonner leurs services (Gélinas, 1998). Dans ce modèle strict de courtage, les gestionnaires de cas transigent avec les établissements et les différents professionnels dans le but d'offrir une réponse adéquate aux besoins identifiés. Le **modèle mixte** de gestion de cas constitue quant à lui une approche présentant un volet de courtage et un volet clinique. Ce volet clinique est lié à la discipline d'appartenance des professionnels dédiés à la gestion de cas. Le modèle mixte est utilisé dans certains projets de continuum de services au Québec, dont notamment le projet de démonstration du Système de services intégrés pour personnes âgées en perte d'autonomie (SIPA) (Lemieux *et al.*, 2001) et le projet des Bois-Francs (Paradis *et al.*, 2001).

La gestion de cas est d'abord un processus d'intervention intégré permettant d'assurer l'identification, avec la personne âgée et son entourage, des besoins spécifiques et des ressources disponibles pour y répondre. Ce processus comprend différentes fonctions faisant généralement consensus et reconnues de manière particulière à la gestion de cas, c'est-à-dire le triage/repérage, l'accueil/information, l'évaluation, le courtage de services, l'élaboration du plan de services, le suivi et la réévaluation (Lemieux *et al.*, 2001; Paradis *et al.*, 2001). La gestion de cas demeure une pratique professionnelle dont le mandat consiste à coordonner les services en mobilisant les partenaires, afin d'assurer une réponse satisfaisante et continue aux besoins des usagers. Outre le rôle central de courtier, les rôles et fonctions des gestionnaires de cas sont diversifiés : évaluation des besoins (collecte des données), médiation, négociation, liaison, référence, défense des droits, conseil, enseignement, élaboration du plan de services (Gélinas, 1998; Paradis *et al.*, 2001).

Une étude effectuée dans sept CLSC de Montréal-Centre (Larivière *et al.*, 2000) démontre que le degré de satisfaction à assumer les rôles et les fonctions liés à la gestion de cas demeure peu élevé chez les professionnels. En lien avec cette insatisfaction, deux facteurs sont invoqués par les professionnels. D'abord, ils demeurent davantage préoccupés par la dimension clinique des interventions; puis, ils verbalisent un sentiment de fardeau et de lourdeur par rapport à leurs nouveaux rôles. En ce sens,

il y aurait un risque sérieux d'épuisement professionnel (Larivière *et al.*, 2000). Les chercheurs ayant fait des études au Québec sur les continuums de services et l'approche de gestion de cas ont formulé certaines recommandations. Ils ont notamment suggéré d'établir des normes pour la charge de travail, qui ne devrait pas dépasser le nombre de quarante à cinquante dossiers par professionnel dédié à la gestion de cas (Béland *et al.*, 2000; Larivière *et al.*, 2000; Paradis *et al.*, 2001). En outre, il y a nécessité d'une formation adéquate, préalable à la date d'entrée en fonction des gestionnaires de cas, et continue, compte tenu de la complexité de la tâche et des résultats attendus de ces professionnels (Paradis *et al.*, 2001). De plus, sont identifiées certaines difficultés en lien avec la légitimité et le pouvoir d'action réelle (autorité reconnue) des gestionnaires de cas auprès de certains partenaires. Cette réalité fait en sorte que les gestionnaires de cas se retrouvent, dans leur pratique, soumis à la bonne volonté de certains partenaires, notamment les centres hospitaliers (Larivière *et al.*, 2000; Paradis *et al.*, 2001). Enfin, Larivière (2001) mentionne qu'un choix structurel plus souple des milieux de travail laissant place au sens de l'initiative demeure un facteur pouvant faciliter l'accomplissement du mandat des gestionnaires de cas.

LES PARTICULARITÉS ORGANISATIONNELLES SUR LE PLAN RÉGIONAL

Les éléments précédemment exposés sont indispensables à la compréhension de l'implantation des réseaux de services intégrés et du déploiement des gestionnaires de cas pour la région de Québec. Nous présenterons donc les principaux éléments structurels et organisationnels liés à l'implantation des continuums de services spécifiques à la région de Québec puis les spécificités du territoire de Québec-Centre. À Québec, on compte quatre instances liées au réseau de services intégrés; il s'agit de la *Table de concertation régionale*, la *Table de coordination territoriale*, l'*équipe de coordination clinique régionale* et le *comité conjoint de suivi*. La composition et les mandats de ces instances ont été clairement définis par la chargée de projet de l'Agence en collaboration avec certains partenaires, dont les coordonnateurs des programmes de Soutien à domicile des CLSC. La particularité régionale concerne le *comité conjoint de suivi*, dont le mandat est de suivre l'évolution de l'implantation des travaux sur les territoires et de procéder aux ajustements requis. À l'époque de l'implantation des RSIPÂPA, la grande région de Québec comptait huit territoires de CLSC¹. Pour l'ensemble de ces territoires, six propositions d'implantation de réseaux de services intégrés ont été déposées à l'Agence le 28 septembre 2001. À cette époque, les CLSC-CHSLD Basse-Ville-Limoilou-Vanier (BVLV) et Haute-Ville-des-Rivières (HVDR) ainsi que les CLSC

1. À la suite du projet de loi n° 25 instituant les Agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux, « *chacun de ces réseaux [...] doit comprendre une instance locale regroupant les établissements, identifiés par l'agence, qui offrent les services d'un [CLSC], d'un centre d'hébergement et de soins de longue durée et [...] ceux d'un centre hospitalier* » (art. 26, p. 10). Pour le territoire de Québec-Centre, cette instance est dénommée le Centre de santé et de services sociaux (CSSS) de la Vieille-Capitale.

Orléans et La Source², ont déposé chacun un projet commun d'implantation de réseaux de services intégrés.

Pour l'ensemble des territoires de la région de Québec, deux modèles de gestion de cas ont été retenus : le **modèle mixte** et le **modèle strict de courtage**. Au moment du démarrage des projets d'implantation des réseaux de services intégrés, tous les CLSC de la région de Québec ont opté pour le modèle mixte de gestion de cas, à l'exception du CLSC de la Jacques-Cartier. Au départ, pour la totalité des territoires, on comptait vingt-neuf gestionnaires de cas; la cohorte s'est élevée à trente et un à l'automne 2003. Pour la totalité des territoires d'implantation, les professionnels dédiés à la gestion de cas étaient des intervenants sociaux (travailleurs sociaux ou, dans une moindre mesure, des techniciens en travail social). Le nombre de dossiers confiés aux gestionnaires de cas a varié entre trente-cinq et soixante-cinq selon le modèle de gestion de cas retenu, mais, aussi et surtout, selon le contexte de travail des équipes psychosociales de ces établissements. L'Agence, en collaboration avec certains partenaires dont les coordonnateurs de programme de Soutien à domicile, a précisé les principales fonctions liées à la gestion de cas. Les gestionnaires de cas bénéficient d'une coordination clinique régionale; cette coordination a le mandat de « *soutenir le processus de déploiement des gestionnaires de cas (évolution ou changement des pratiques, difficultés terrain rencontrées, développement d'outils, etc.). De plus, cette coordination assure le soutien entourant les aspects cliniques et fait le pont avec le comité territorial. L'identification des divers éléments pouvant influencer l'ensemble du processus de mise en place du déploiement des gestionnaires demeure une préoccupation. Cette coordination doit permettre des ajustements à la lumière des réalités terrain, et ce, au fur et à mesure des difficultés rencontrées* » (Bélanger, 2001a, p. 5).

LES PARTICULARITÉS ORGANISATIONNELLES SUR LE PLAN TERRITORIAL

En septembre 2001, les CLSC-CHSLD BVLV et HVDR s'associaient pour une concertation territoriale Québec-Centre. Cette concertation a favorisé l'implantation d'un continuum de services unique pour le territoire de Québec-Centre; le but principal étant de « *faciliter la concertation des établissements de santé, des organismes communautaires et des médecins du territoire de Québec-Centre* » (Bélanger, 2001b, p. 2). Pour le territoire de Québec-Centre, la fonction de gestion de cas a été assumée par des intervenantes sociales³, car on considère que la formation des travailleurs sociaux les habilitait à assurer une coordination efficace des ressources par une concertation des différents acteurs engagés dans ce processus (Bélanger, 2001a, p. 2). Ces cliniciennes ont assumé des activités de courtage et de liaison mais aussi des suivis psychosociaux, puisqu'il s'agissait exclusivement d'intervenantes sociales. Le modèle théorique prévoyait que le suivi psychosocial concernait les situations requérant un **suivi planifié à court terme**. Ainsi, les gestionnaires de cas devaient

2. Ces quatre CLSC font dorénavant partie des instances locales dénommées respectivement CSSS de la Vieille-Capitale et CSSS de Québec-Nord.

3. Il s'agit exclusivement de femmes. Le féminin sera donc utilisé pour le reste du texte lorsque l'on traitera des gestionnaires de cas du territoire Québec-Centre qui ont participé à cette recherche.

assumer le suivi psychosocial pour les seules situations où la problématique pouvait être résolue à l'intérieur de six à huit rencontres au maximum. Pour les situations où un suivi psychosocial à long terme était requis, par exemple, les problématiques d'abus, de violence ou de négligence, un ou une collègue de l'équipe psychosociale devait être mis à contribution. Or, ce modèle n'a pas été actualisé.

Dans les faits, les gestionnaires de cas ont assumé les activités de courtage et les suivis psychosociaux, et ce, sans égard à la durée du suivi psychosocial comme telle (court et long terme). Les collègues des équipes psychosociales n'ont donc jamais été mis à contribution pour assurer un suivi psychosocial à long terme. Le modèle théorisé initialement par les administrateurs n'a donc jamais été actualisé. Les gestionnaires de cas ont appliqué le modèle mixte de gestion de cas, c'est-à-dire les activités de coordination des services et l'ensemble du suivi psychosocial lorsque requis. Aussi, le présent article témoigne-t-il de l'analyse des données relatives à l'appréciation de la pratique professionnelle de ce modèle mixte telle que **vécue** et **exprimée** par les participantes/gestionnaires de cas lors des premiers mois d'implantation du RSIPÂPA.

LA MÉTHODOLOGIE

LE RECRUTEMENT

Dans un premier temps, le projet de recherche a été présenté aux gestionnaires de cas du territoire de Québec-Centre afin de solliciter leur participation. Nous nous sommes assurées d'obtenir au préalable l'autorisation des autorités compétentes des établissements concernés par notre étude. Les participantes ont ainsi bénéficié d'information supplémentaire quant au type d'instruments de collecte de données et aux différentes modalités prévues à l'étude (entrevue de groupe, règles régissant la confidentialité, enregistrement sonore des entrevues de groupe, animation et co-animation, etc.) C'est lors de cette rencontre qu'ont été signés les formulaires d'information et de consentement à participer à cette étude. Les six gestionnaires de cas présentes ont accepté d'y participer, mais cinq d'entre elles ont effectivement participé à la recherche, car une gestionnaire de cas était en congé de maladie lors des deux collectes de données.

LA PROCÉDURE DE LA COLLECTE DE DONNÉES

Deux méthodes de collecte de données ont été utilisées : une entrevue de groupe avec les intervenantes/gestionnaires de cas et un questionnaire à choix de réponse de type Likert, qu'ont eu à remplir les participantes/gestionnaires de cas lors des entrevues de groupe et dont un exemple est fourni au tableau 1. La collecte des données s'est échelonnée sur une période de six mois, soit de juin à novembre 2002, et a été réalisée en deux temps distincts auprès des participantes/gestionnaires de cas, par deux entrevues de groupe d'une durée de trois heures chacune. La première entrevue

de groupe s'est déroulée au mois de juin 2002, soit cinq mois après le début des activités liées à la gestion de cas, et la seconde, neuf mois après le démarrage du réseau de services intégrés. Cet intervalle a permis aux participantes d'expérimenter le modèle de gestion de cas dans le contexte d'implantation du RSIPÂPA. Notons que l'animation et la co-animation des entrevues de groupes ont été assurées par deux personnes extérieures au projet. Toutes les entrevues ont été retranscrites selon le verbatim, et ce matériel a fait l'objet d'une analyse de contenu fermé, c'est-à-dire que les catégories d'analyse étaient prédéterminées (L'Écuyer, 1987).

Construits à partir des objectifs de la recherche, six grands thèmes ont été discutés à l'intérieur des deux entrevues de groupe avec les gestionnaires de cas. Lors de la première entrevue de groupe, trois grands thèmes sont abordés : 1) la compréhension qu'ont les participantes du réseau de services intégrés; 2) le modèle de gestion de cas retenu sur le territoire de Québec-Centre; et 3) la formulation de recommandations en lien avec les thèmes discutés. Trois thèmes sont également discutés lors de la deuxième rencontre : 1) la pratique des gestionnaires de cas à partir d'un cas clinique et d'un questionnaire de type Likert; 2) l'appréciation de la pratique des gestionnaires de cas par l'identification des éléments facilitateurs et des éléments faisant obstacle à cette pratique; et 3) les recommandations des gestionnaires de cas par rapport à un modèle de gestion de cas à retenir sur le territoire de Québec-Centre.

TABLEAU 1
EXTRAIT DU QUESTIONNAIRE REMPLI PAR LES PARTICIPANTES/GESTIONNAIRES DE CAS
LORS DES ENTREVUES DE GROUPE

Indicateurs	Échelle				Commentaires
	Pas du tout en accord	Un peu en accord	Moyennement en accord	Tout à fait en accord	
Thème 1 : Le réseau de services intégrés					
1.3.1 À titre de gestionnaire de cas, il m'est possible d'influencer certaines décisions concernant différentes dimensions liées au réseau de services intégrés. Précisez :					

LES RÉSULTATS

LE PROFIL DES RÉPONDANTES

L'équipe des gestionnaires de cas ayant participé à l'étude est composée exclusivement d'intervenantes sociales, dont quatre travailleuses sociales et une technicienne en travail social. Quatre participantes possèdent une scolarité de baccalauréat en service social; pour deux d'entre elles, s'ajoute une seconde formation de baccalauréat (criminologie et multidisciplinaire); et une troisième détient un certificat en toxicomanie. Enfin, la cinquième participante a un diplôme collégial en travail social. Elles comptent en moyenne près de onze années d'expérience dans leur discipline et de neuf années auprès de la clientèle âgée. Deux gestionnaires de cas travaillent au CLSC-CHSLD BVLV et trois au CLSC-CHSLD HVDR.

LA PREMIÈRE ENTREVUE DE GROUPE

Pour la première entrevue de groupe, dont des extraits sont illustrés au tableau 2, trois grands thèmes ont été discutés pour explorer une série de dimensions en lien avec les objectifs de cette étude.

L'APPRÉCIATION DU PROCESSUS D'IMPLANTATION

Concernant ce premier élément sur le processus d'implantation du réseau de services intégrés, les participantes s'interrogent à la fois sur la vitesse avec laquelle s'est faite l'implantation et sur le manque apparent de préparation à la mise en œuvre de ce réseau : « [...] j'avais l'impression que la charrue avait été mise avant les bœufs [...] » (P5)⁴ À titre d'exemple, les participantes parlent des formations reçues, ces dernières sont perçues pertinentes sur le plan du contenu, mais moins quant au moment choisi pour les offrir, soit au tout début de leur entrée en fonction : « Les formations, c'est intéressant [...], sauf que les séquences, ça a été drôlement planifié » (P5) « Le PSI, c'était peut-être pas le meilleur moment pour l'avoir, parce que l'on n'était pas là au début. » (P4) Par ailleurs, une formation plus approfondie sur la gestion de cas est souhaitée en tout début de mandat : « Il n'y a pas eu assez de formation sur la gestion de cas avant que l'on commence. » (P3)

4. Un code alphanumérique a été attribué à chacun des verbatim des entrevues.

TABLEAU 2
EXTRAITS DES ÉLÉMENTS DE CONTENU DE LA PREMIÈRE ENTREVUE DE GROUPE AVEC LES
GESTIONNAIRES DE CAS

Dimensions	Objectifs	Indicateurs
Thème 1 : Le réseau de services intégrés		
1.1 La compréhension du réseau de services intégrés	Évaluer la compréhension qu'ont les gestionnaires du réseau de services intégrés	1. Quels en sont les principaux objectifs ? 2. Pouvez-vous en nommer les principales instances organisationnelles ?
Thème 2 : Le modèle de gestion par cas retenu sur le territoire de Québec-Centre		
2.1 Le modèle de gestion par cas	Évaluer la compréhension qu'ont les gestionnaires de cas du modèle de gestion de cas retenu sur le territoire de Québec-Centre	1. Comment expliqueriez-vous à un collègue le modèle de gestion de cas retenu sur le territoire de Québec-Centre ?
Thème 3 : Les recommandations/commentaires en lien avec l'un ou l'autre des thèmes discutés		
3.1 Les éléments jugés importants par les gestionnaires de cas n'ayant pas été traités jusqu'ici	Permettre aux gestionnaires de cas de s'exprimer sur différents aspects jugés importants Permettre aux gestionnaires de cas d'émettre des suggestions sur le réseau de services intégrés et le modèle de gestion par cas du territoire de Québec-Centre	1. Y a-t-il des éléments non traités jusqu'ici sur lesquels vous souhaiteriez discuter ? 2. Au regard de l'ensemble des éléments traités jusqu'à maintenant, avez-vous des suggestions ou des commentaires qui, à votre avis, pourraient faciliter votre travail ?

Pour l'ensemble des participantes, le processus d'implantation est perçu comme étant loin des préoccupations, et des usagers, et des intervenants :

Ce qui m'a le plus choquée, c'est que le souci du client a été complètement écarté tout au long du processus. Les clients ont été transférés aux gestionnaires de cas sans qu'ils sachent qu'ils étaient transférés, sans qu'ils sachent dans quoi ils étaient embarqués. Après, on avait le mandat de leur parler et on s'est fait dire quelques fois : « Organisez-vous pour qu'ils acceptent. » Je trouve que l'on a enlevé le côté humain. (P2)

La pression est forte pour inscrire des usagers au RSIPÂPA. Les participantes ont l'impression de devoir « vendre une salade » ou de faire du « marketing ». Elles mentionnent que certains usagers ont connu jusqu'à quatre changements d'intervenantes dans la première année d'implantation du RSIPÂPA : « *Moi, ce que j'ai trouvé de bien ordinaire, c'est que les clients ont été transférés en octobre-novembre [...].* » (P2) « *On a débuté [comme gestionnaire de cas] au mois de janvier [2002] et il n'y avait rien eu pendant ce temps pour les clients.* » (P4)

La planification de l'implantation du réseau de services intégrés est sérieusement remise en question par les participantes lors de cette entrevue de groupe :

Les étapes ont été mal planifiées. Il y a quelqu'un qui n'a pas pensé à ce que pouvait être notre réalité terrain avec tout ce qu'ils nous demandaient. [...], il y a un manque de respect pour la clientèle, mais aussi pour les intervenants; lorsque l'on a été dans les hôpitaux, on a trouvé ça difficile comme gestionnaires de cas, les membres du personnel réagissaient fort [...], les gens n'ont pas été impliqués dans la démarche. Lors de nos visites dans les centres hospitaliers, on constatait que pour beaucoup du personnel [hospitalier], c'était la première fois qu'ils entendaient parler de cela [du RSIPAPA]. (P5)

L'APPRÉCIATION DU FONCTIONNEMENT ORGANISATIONNEL ET ADMINISTRATIF

Les participantes font état des difficultés fonctionnelles et organisationnelles ne facilitant pas leur travail. Sur ce thème, les participantes mentionnent par exemple le volume d'utilisateurs à inscrire au réseau de services intégrés. Les participantes soulèvent aussi les ratés avec la ligne téléphonique. Elles parlent d'un fonctionnement peu efficace et plus ou moins bien adapté à la réalité des personnes âgées en perte d'autonomie ayant une déficience sensorielle notamment. Elles parlent aussi du Guichet unique, qui serait non opérationnel : « *La structure n'était pas en place, le formulaire du Guichet central n'était pas prêt et [on avait des demandes] irréalistes; inscrire les usagers, pas d'ordinateurs, pas de formulaires, mais avoir cent inscriptions pour le 31 mars!* » (P5)

L'APPRÉCIATION DE LA COLLABORATION AVEC LES PARTENAIRES

Les participantes disent qu'elles sont confrontées à l'absence de collaboration avec le personnel hospitalier. Cette absence relative de collaboration ne facilite par leur mandat : « *[...] il n'y a pas eu de sensibilisation dans les hôpitaux avant que l'on commence. Il y a énormément de travail à faire.* » (P3) Des difficultés majeures sont rencontrées avec le personnel des hôpitaux : les participantes parlent notamment du fait qu'elles ne sont pas avisées de l'admission ou de la sortie d'un usager du centre hospitalier. Cette absence de collaboration s'explique, en partie du moins, par le manque d'information fournie au personnel hospitalier sur tout le projet d'implantation des réseaux de services intégrés dans la région de Québec, mais aussi parce que certaines modalités ayant trait à la circulation de l'information des usagers semblent plus ou moins bien adaptées aux réalités organisationnelles : « *Aux urgences, on leur propose de leur faire parvenir la fiche [Info-Santé], ils nous disent qu'ils n'ont pas le temps de la lire!* » (P5)

L'APPRÉCIATION DU MODÈLE DE GESTION DE CAS

En lien avec **le modèle mixte** de gestion de cas, qui n'est pas appliqué au mois de juin 2002, il est difficile pour les participantes de se prononcer : « *On n'est pas pleinement dans notre mandat parce qu'actuellement, notre objectif dans la semaine c'est de faire nos deux inscriptions [...], tellement que l'on a de la misère à faire le reste, ce qui correspondrait plus au vrai travail de courtage et de coordination de services.* » (P2) Cependant un certain consensus ressort chez les participantes concernant le modèle théorisé qui paraît peu réaliste. En effet, des difficultés sont anticipées avec les collègues et avec les usagers; des risques de dédoublement et de confusion sont identifiés :

On se questionnait par rapport au modèle, à l'intervenant privilégié, parce que quand on sera deux intervenants sociaux dans le dossier : un qui est au suivi psychosocial sur une problématique spécifique, et nous, comme gestionnaires de cas; « est-ce qu'on sera l'intervenant privilégié ? » On sera peut-être l'intervenant principal parce qu'il y aura peut-être un arrêt dans le suivi psychosocial un moment donné, mais « est-ce que l'on est l'intervenant privilégié ? » (P4)

Au regard des éléments précités, il ressort que le mécanisme d'implantation du RSIPÂPA est perçu négativement et nuit à la motivation des participantes. Certaines d'entre elles remettent en question leur engagement comme gestionnaires de cas au sein du réseau de services intégrés : « *Au départ on vendait [le RSIPÂPA] avec une certaine flamme en se disant : "Ça va marcher" ; mais là, on a de la misère nous-mêmes à y croire.* » (P2) « *J'ai remis en question ma participation au réseau parce que c'est pas évident d'être des défricheurs [...], à chaque chose que l'on fait, c'est une barrière [...]* » (P4) « *Cela a occasionné beaucoup de frustrations que l'on traîne avec nous depuis le début.* » (P5) Ces éléments ont eu pour effet de freiner le travail terrain et miner la motivation des professionnelles dédiées à la gestion de cas.

LA DEUXIÈME ENTREVUE DE GROUPE

Après neuf mois d'activités liées à la gestion de cas, cette entrevue visait essentiellement à connaître la pratique et l'appréciation de la pratique professionnelle des participantes et à formuler un certain nombre de recommandations (voir le tableau 3 illustrant les thèmes abordés). Quatre gestionnaires de cas ont participé à cette deuxième entrevue.

TABLEAU 3
EXTRAIT DES ÉLÉMENTS DE CONTENU DE LA DEUXIÈME ENTREVUE DE GROUPE
AVEC LES GESTIONNAIRES DE CAS

Thèmes	Objectifs	Indicateurs
1. La pratique professionnelle actuelle des gestionnaires de cas	Connaître la pratique actuelle des gestionnaires	1.1 À partir du cas clinique présenté, décrivez en quoi consiste votre travail. 1.2 Quelles sont les principales fonctions ? 1.3 Quels sont les principaux outils utilisés ?
2. L'appréciation de la pratique professionnelle à titre de gestionnaire de cas	Permettre aux gestionnaires de cas de nommer les facteurs facilitant ou faisant obstacle à leur travail	2.1 Quels sont les principaux facteurs facilitant votre travail ? 2.2 Quels sont les principaux facteurs faisant obstacle à votre travail ?
3. Les recommandations par rapport à la pratique de gestion de cas souhaitée	Permettre aux gestionnaires de cas d'émettre des recommandations concernant la pratique de gestion de cas souhaitée	3.1 En lien avec votre pratique professionnelle, quelles sont les recommandations que vous formuleriez aux décideurs ? <ul style="list-style-type: none"> • Modèle de gestion de cas à retenir (courtage, mixte) ? • Encadrement clinique régional/local ? • Charge de cas idéal • Etc.
4. Les éléments non discutés jusqu'ici et jugés importants par les participantes	Permettre aux gestionnaires de cas d'ajouter des éléments n'ayant pas été discutés ou revenir sur un élément jugé important	4.1 Avez-vous des éléments à ajouter que vous trouvez importants et qui n'auraient pas été discutés jusqu'ici ? 4.2 Y a-t-il des éléments sur lesquels vous souhaiteriez revenir ?

LA PRATIQUE PROFESSIONNELLE DES PARTICIPANTES/GESTIONNAIRES DE CAS

Si l'on compare les éléments recueillis lors de cette entrevue, on remarque certaines similitudes mais aussi des distinctions sur la pratique des participantes. Pour les similitudes, toutes les participantes mentionnent qu'elles travaillent au repérage de la clientèle RSIPÂPA dans plusieurs ou dans tous les dossiers inscrits au réseau de services intégrés. Cette activité a évolué dans le temps et cette démarche de repérage est plus systématique qu'au début. L'engagement des gestionnaires de cas au repérage

de la clientèle RSIPÂPA apparaît souhaitable par les participantes. Le formulaire « Outil d'évaluation multiclientèle » (OÉMC) et celui du Guichet central sont remplis en partie ou en totalité par toutes les participantes lors des premières entrevues avec les usagers. Le formulaire du Guichet central complète et officialise l'inscription des usagers au réseau de services intégrés. Un des formulaires de l'OÉMC est le principal outil utilisé par les participantes pour procéder à l'évaluation biopsychosociale des usagers. Toutefois, il ne semble pas être compris de toutes les participantes que ce formulaire est l'outil servant à faire l'évaluation globale de l'utilisateur et de ses personnes-soutien : « [...] *je ne fais pas une évaluation biopsychosociale en tant que telle, je n'ai pas de formulaire pour faire ça, mais tout en faisant l'OÉMC, ça correspond, à mon avis, à l'évaluation biopsychosociale.* » (P1)

L'APPRÉCIATION DE LA PRATIQUE PROFESSIONNELLE DES PARTICIPANTES

Un certain malaise est exprimé par les participantes tant que le consentement à être inscrit au RSIPÂPA n'est pas obtenu des usagers. Cet inconfort est lié principalement à deux éléments : la préoccupation qu'ont les participantes d'éviter aux usagers un changement d'intervenant s'ils refusent d'être inscrits au réseau, et la pression ressentie par les participantes quant aux objectifs du nombre d'inscriptions à atteindre par semaine. Autrement dit, les participantes ne savent pas trop si elles explorent la situation pour répondre à une demande de services (dimension clinique), ou si c'est pour faire une inscription (dimension administrative) au réseau de services intégrés. Tant que le RSIPÂPA n'est pas présenté et que le consentement n'est pas obtenu, les participantes n'osent pas trop s'avancer dans le processus d'intervention.

Bien qu'au moment de la collecte des données, les participantes n'aient pas d'outil formel pour évaluer le fardeau de la personne-soutien, elles procèdent quand même à cette évaluation. Une participante précise qu'elle utilise l'outil du projet Alternative Répit. Dans ce contexte, les variables retenues par les participantes pour procéder à l'évaluation du fardeau de la personne-soutien paraissent plus ou moins bien définies et plutôt subjectives. Les participantes connaissent les différents services déjà reçus par l'utilisateur ou en cours d'organisation. Les participantes négocient et planifient les services avec l'utilisateur et avec les partenaires. Elles assurent le suivi et les ajustements des services selon l'évolution de la situation de l'utilisateur et de ses proches. Ces dernières activités sont perçues comme des tâches maîtresses de leur rôle de gestionnaire de cas.

Au moment de cette deuxième entrevue, la charge de cas moyenne des participantes est de vingt-huit dossiers et est la même entre les deux temps de la collecte des données. Le nombre varie de vingt et un à trente-trois dossiers selon les participantes. Le temps consacré à faire les inscriptions et les diverses activités, telles que la formation, les visites dans les centres hospitaliers, sont identifiées par les participantes pour expliquer cette situation. La pratique des participantes diffère notamment dans la collaboration avec certains partenaires. Les contacts avec les médecins ne sont pas uniformes et systématiques. Certaines participantes ne contactent pas les médecins

après l'inscription. Les relations semblent difficiles, et cela n'encourage pas les participantes à prendre des initiatives à l'endroit de ces partenaires. Bien que la collaboration semble plus facile avec les pharmaciens, la pratique avec ces derniers n'est pas davantage uniforme et systématique. Certaines participantes préfèrent procéder à la revue des médicaments au domicile avec l'utilisateur. Ces participantes mentionnent que le profil pharmaceutique envoyé par les pharmaciens n'est pas nécessairement à jour ou compréhensible.

Un consensus ressort chez les participantes concernant le processus d'intervention, qui débute par l'assignation ou la réception du dossier. Ensuite, il y a une prise de contact avec la personne référente; puis, une rencontre est convenue avec l'utilisateur et ses proches. Lors de cette rencontre, les participantes présentent à l'utilisateur et à la personne-soutien le réseau de services intégrés et obtiennent le consentement à y être inscrit. Selon les participantes, une à deux rencontres sont nécessaires à cette étape clé permettant l'évaluation de la situation et la formulation de la situation problème. Cette étape peut inclure par exemple l'investigation des troubles cognitifs et le soutien aux aidants. Puis, les participantes procèdent à l'organisation des services et, le cas échéant, à l'élaboration du plan de services individualisé. Les participantes assurent la coordination des services et le suivi, en ajustant les services selon l'évolution de la situation. Une relance est faite sur une base plus ou moins régulière selon les participantes. Des difficultés sont rencontrées relativement à cette relance, en raison notamment de l'objectif du nombre d'inscriptions hebdomadaires d'utilisateurs au RSIPÂPA. Enfin, les participantes mentionnent qu'elles prévoient faire une réévaluation après six mois ou un an selon les situations.

LE NOMBRE DE PLANS DE SERVICES INDIVIDUALISÉS RÉALISÉS

Au total, après neuf mois d'activités liées à la gestion de cas, le nombre de plans de services individualisés est de deux. L'élaboration des plans de services individualisés demeure une tâche à développer au cours des prochains mois. Cette étape est perçue comme un défi chez les participantes et elles expriment la nécessité d'un soutien clinique pour mieux accomplir cette tâche.

LE SUIVI PSYCHOSOCIAL

Des écarts significatifs sont observés dans les propos des participantes concernant le suivi psychosocial. D'abord, le nombre de suivis psychosociaux requis dans la charge de cas des participantes varie de deux ou trois dossiers à la totalité des dossiers. Des écarts sont aussi observés concernant le temps nécessaire aux participantes pour répondre aux besoins de suivi psychosocial dans les dossiers où ce service est requis. À ce chapitre, les résultats indiquent que le pourcentage de temps consacré au suivi psychosocial varie de 10 % à 90 % selon les participantes. Le tableau 4 illustre la perception de chacune des participantes sur ce thème.

TABLEAU 4
LA PERCEPTION, EN POURCENTAGE, DU TEMPS DÉDIÉ AUX ACTIVITÉS DE COURTAGE
ET AU SUIVI PSYCHOSOCIAL

Participant	% de temps consacré aux activités de courtage	% de temps consacré au suivi psychosocial
1	90 %	10 %
2	60 %	40 %
3	30 %	70 %
4	50 %	30 % « 20 % alloués aux réunions »

L'APPRÉCIATION DU MODÈLE DE GESTION DE CAS

Pour toutes les participantes, le modèle de gestion de cas initialement prévu suscite un certain nombre de questions. Des difficultés avec les collègues pour coordonner les services sont appréhendées. Des problèmes pour les usagers à identifier le bon intervenant sont aussi anticipés. Pour ces participantes, le modèle théorique de gestion de cas retenu pour le territoire de Québec-Centre est le modèle qui paraît être le « *moins réaliste* » quant à son application.

Pour les participantes, les administrateurs doivent privilégier un modèle unique de gestion de cas pour l'ensemble du territoire de la région de Québec. Le modèle à privilégier pour toutes ces participantes est le **modèle mixte** de gestion de cas, car le **modèle strict de courtage** leur paraît réducteur et très technique par rapport à leur formation professionnelle. À ce sujet, une participante précise que : « [...] *juste faire de l'organisation de services, je trouverais ma job bien plate, très technique.* » (P1) Une autre mentionne : « *Comment peut-on empêcher une travailleuse sociale de faire du service [social] ? [...] quand je fais du courtage, je trouve que je m'éloigne de ma formation.* » (P5)

LA DISCUSSION DES RÉSULTATS

Cette étude a permis de colliger des informations auprès des professionnelles faisant pour la première fois de la gestion de cas dans le contexte d'implantation du RSIPÂPA dans la région de Québec. Les résultats ont permis de connaître la manière dont les participantes ont vécu le démarrage de ce réseau. Le démarrage a été une source importante de questionnement, de réflexion, de confusion, de débordement, voire de sens à donner à ses interventions. Les propos des participantes indiquent que certaines étapes préalables au démarrage et à la planification de l'implantation du RSIPÂPA auraient eu avantage à être pensées autrement, car le contexte et le rythme d'implantation n'ont pas facilité le travail terrain. Des difficultés administratives et

organisationnelles compliquent le travail au quotidien des participantes. Ces dernières expriment clairement qu'elles ont senti une pression; elles remettent en effet en question le réalisme de certains objectifs à atteindre. Ces éléments influencent négativement la motivation des participantes. D'ailleurs, les participantes de l'un des sites à l'étude ne sont plus en lien avec le mandat lié à la gestion de cas. Mais l'impact le plus important pourrait bien être la perte de la « *flamme* », car les gestionnaires de cas sont en quelque sorte les ambassadrices du réseau de services intégrés; la croyance en ce qu'elles font demeure indissociable au succès du projet.

Les participantes mentionnent que le processus d'implantation est aussi important que les objectifs à atteindre. Elles formulent une préoccupation quant au nombre d'intervenants que les usagers du RSIPÂPA ont rencontrés. Dans le même ordre d'idées, elles affirment l'importance d'engager dans ce processus les professionnels des différents établissements. Selon leurs propos, il aurait été avantageux que les partenaires soient mis à contribution dès le début du projet afin d'assurer une réelle collaboration avec elles. Les relations avec ces collègues paraissent essentielles à l'émergence d'un réel partenariat. Ces considérations rejoignent les commentaires de Lemieux *et al.* (2001, p. 71), selon lesquels : « *les contacts soutenus et constructifs sont le gage d'une relation de confiance pour un partenariat stimulant.* » En outre, un travail énorme reste à faire pour obtenir la collaboration des partenaires cibles, dont les médecins omnipraticiens. En effet, la participation des médecins à travailler en partenariat avec les gestionnaires de cas est à construire. Cette difficulté est rencontrée dans des projets similaires comme celui du SIPA : « *la difficulté la plus importante se situe au chapitre des contacts avec les médecins traitant les usagers. [...]. Les chercheurs, les gestionnaires du projet et toutes les intervenantes sont toujours à la recherche de stratégies pour pallier ces difficultés.* » (Lemieux *et al.*, 2001, p. 72)

Dans les éléments centraux à retenir, mentionnons qu'une harmonisation de la pratique professionnelle des gestionnaires de cas est à construire. Les résultats indiquent des écarts dans le processus d'intervention parmi les participantes. À ce chapitre, notons l'évaluation du fardeau des personnes-soutien⁵ et la période de réévaluation de la situation des usagers. Les modes de collaboration avec certains partenaires sont aussi des dimensions où des écarts de pratique entre les participantes sont mis en lumière. Par ailleurs, la compréhension et l'utilisation de l'OÉMC sont à clarifier auprès de certaines participantes; les résultats indiquent que le but premier de cet outil, c'est-à-dire de faire une évaluation biosychosociale, ne semble pas bien compris.

5. Un comité de travail, présidé par Jean-Pierre Lavoie de la Direction de la santé publique de Montréal-Centre, dont nous avons fait partie, a reçu le mandat d'identifier un outil de dépistage et d'évaluation du fardeau des personnes-soutien pour intégrer éventuellement à l'OÉMC. Le comité a recommandé de tels outils au comité scientifique; ces outils devraient permettre une harmonisation de l'évaluation du fardeau des personnes-soutien.

Au regard du modèle théorique de gestion de cas retenu sur le territoire de Québec-Centre, le partage des tâches, les risques de dédoublement, la perte du lien privilégié avec l'utilisateur, sont au nombre des préoccupations identifiées par les participantes. Elles parlent notamment de possible confusion pour les usagers. Quel intervenant contacter ? Qui sera l'intervenant le mieux positionné pour créer un lien de confiance avec l'utilisateur ? À ce sujet, une participante mentionne : « *Si j'étais un client, probablement que j'appellerais bien plus la personne avec qui j'ai un lien privilégié pour faire mes demandes plutôt que d'appeler le gestionnaire de cas qui coordonne les services* ». (P5)

Ces préoccupations rejoignent les observations de Lemieux et ses collègues (2001) au regard d'un modèle de cogestion appliqué dans la région de Montréal dans le cadre du projet SIPA. Les auteurs précisent que le mode de fonctionnement présente certaines difficultés, dont notamment des « *informations non partagées, [une] duplication du travail et [un] chevauchement des rôles ainsi qu'un temps considérable pour échanger sur différentes situations et prendre des décisions* » (Lemieux et al., 2001, p. 70).

Outre ces difficultés, les participantes anticipent des résistances de la part des collègues désignés pour faire le suivi psychosocial. Aux dires des participantes, ces résistances sont présentes, notamment parce que les travailleurs sociaux des programmes de Soutien à domicile font de moins en moins de suivi psychosocial. Ce commentaire rejoint la réflexion de Matte (2000) sur l'état de la pratique professionnelle des intervenants sociaux et de l'intervention psychosociale proprement dite au sein des équipes psychosociales des programmes de Soutien à domicile des CLSC. L'auteur fait notamment mention que la pratique professionnelle des travailleurs sociaux s'est grandement modifiée aux cours des dernières années. Le contexte de la pratique professionnelle où « *les intervenants sociaux sont contraints de chercher avec les gens des moyens de vivre l'attente [de recevoir les services requis] ou de trouver des solutions de rechange* », la charge de cas des intervenants (entre 55 et 75 dossiers) et les nouveaux mandats confiés aux intervenants sociaux, sont des facteurs identifiés par l'auteur contribuant à faire en sorte que « *ce qu'il nous reste de suivi psychosocial, ce sont les interventions en situation de crise de tous genres mais surtout dans le créneau de la violence, des abus et de l'isolement social* » (Matte 2000, p. 99). Cet auteur ajoute que les intervenants sociaux font des tâches de plus en plus techniques et de contrôle, et le suivi psychosocial est d'autant plus difficile à mettre en évidence que « *les services psychosociaux n'émergent pas comme une priorité, ils sont discrets, peu visibles et les gens ne parlent pas de leur suivi social comme ils parleraient facilement de leurs problèmes de santé physique* » (Matte, 2000, p. 99).

Dans le même sens, Lemieux et al. (2001) précisent qu'il est plus facile de délimiter les interventions quand il s'agit de gestes techniques que lorsqu'il est question de suivis psychosociaux. En outre, ces auteurs s'interrogent, avec des travailleuses sociales ayant fait de la gestion de cas dans le cadre du projet SIPA, sur le devenir des travailleuses et travailleurs sociaux qui font de la gestion de cas. Ces derniers risquent-ils de perdre leur identité professionnelle au profit de celui des gestionnaires de cas ? Comment intégrer à la fois le double rôle de gestionnaire de cas et de travailleur social,

tout en maintenant un équilibre qui laisse suffisamment de place pour le suivi psychosocial ? Ce changement serait sans doute réducteur pour les travailleurs sociaux, car, selon l'OPTSQ, la gestion de cas est une des activités reconnues du travail social. Il y aurait avantage pour les travailleurs sociaux de clarifier et d'établir des balises claires par rapport à leur profession, dont l'un des défis actuels est de mieux faire connaître et reconnaître leurs compétences spécifiques (Lemieux *et al.*, 2001). Il s'agit là d'un enjeu mis en perspective au début des années 90 par Redjeb (1991), qui fait la distinction entre l'acte clinique et le geste technique : « [...] *les lieux fortement organisés dans lesquels il s'exerce [l'acte clinique], comme les organismes du réseau public des services sociaux, l'ont morcelé au point de le réduire à une série de gestes techniques rarement exécutés par la même personne.* » (Redjeb, 1991, p. 105) Cet auteur traite d'une atomisation de l'acte clinique du travail social, qui aurait cédé le pas de plus en plus aux gestes techniques dans les organisations modernes de l'État. Le sens premier du travail social paraît dilué dans une série de gestes techniques ayant de moins en moins à voir avec la profession. La réorganisation du réseau de la santé et des services sociaux offre aux professionnels concernés une occasion de refaire la réflexion et de fournir une représentation claire de la pratique du service social. C'est là un préalable nécessaire au travail en contexte d'interdisciplinarité selon Redjeb (1991).

Au regard des éléments précités, deux ordres de questions se posent aux travailleuses et travailleurs sociaux interpellés pour faire de la gestion de cas. Le premier ordre de questions a trait au concept de suivi psychosocial et le second à l'identité professionnelle dans un contexte de travail en interdisciplinarité. L'apport du travail social peut être considérable s'il permet d'embrasser les multiples dimensions propres à une situation donnée. La spécificité du service social devrait permettre l'analyse et la compréhension de chacune des situations en ce qui concerne les contextes environnementaux, la dynamique de la personne et les interactions entre les différents systèmes. Cette manière d'aborder les situations particulières élargit l'éventail des pistes de solutions pour l'ensemble des disciplines engagées dans le plan de services et rend compte de l'apport spécifique du travail social.

Les participantes souhaitent préserver le volet clinique de leur intervention auprès des usagers dont elles ont à assurer le suivi. À cet égard, elles rejoignent les résultats de l'étude d'Eggert (1991, citée par Hébert, 2003), qui révèle que la prestation directe de services aux personnes est plus efficace que le simple courtage de services. Ces propos font écho aux résultats des études dans le domaine de la santé mentale démontrant que le courtage de services est la seule variable associée de façon négative à la satisfaction des clients dans une approche de suivi communautaire (Rapp, 2004). Cet auteur met l'accent sur l'importance, pour les travailleuses et travailleurs sociaux, d'offrir directement le plus de services possibles aux usagers, sauf, bien entendu, pour la révision de la médication. Le contexte d'implantation dans lequel les gestionnaires de cas ont à appliquer le modèle de gestion de cas ne semble pas favoriser leur adhésion spontanée et immédiate à un modèle qui s'éloignerait de la pratique traditionnelle.

LES RECOMMANDATIONS

Nous formulons quatre recommandations découlant des résultats de cette étude. Premièrement, les intervenantes et intervenants appelés à faire de la gestion de cas dans le cadre des réseaux de services intégrés aux personnes âgées doivent au préalable bénéficier d'une solide formation portant sur les éléments fondamentaux liés à l'approche de gestion de cas. Outre les origines et le contexte ayant donné naissance à cette approche, la formation doit inclure la connaissance des principaux modèles de gestion de cas existants et enfin, prévoir un volet pratique à partir des études de cas cliniques. L'intégration des différents concepts et principes de la gestion de cas doit se faire de manière formative et continue. À cet égard, les rencontres cliniques régionales sont une plate-forme intéressante pour répondre aux besoins en formation continue. Le soutien clinique, les échanges entre pairs et l'harmonisation de la pratique professionnelle par l'étude de cas cliniques, sont des objectifs à atteindre dans le cadre de ces rencontres. Deuxièmement, il paraît souhaitable de retenir un modèle unique de gestion de cas pour le territoire de Québec-Centre, voire pour l'ensemble de la région de Québec. En effet, nous croyons que la région doit offrir un modèle unique, afin de faciliter le travail en partenariat et d'uniformiser la pratique des gestionnaires de cas. Troisièmement, le **modèle mixte** de gestion de cas nous apparaît être le modèle à retenir, comme le souhaitent les participantes à cette étude. À notre avis, il est judicieux et opportun de préserver la motivation et l'enthousiasme des professionnelles ayant à faire de la gestion de cas. Notre quatrième recommandation est en lien avec l'uniformisation de la pratique professionnelle des gestionnaires de cas. Cette recommandation est inspirée du projet SIPA (Lemieux *et al.*, 2001) et concerne les protocoles interdisciplinaires. L'introduction de protocoles interdisciplinaires demeure un moyen judicieux pour favoriser cette harmonisation, car ces protocoles permettent des actions concertées et peuvent être d'un précieux soutien clinique pour les gestionnaires de cas. Ils sont dans ce sens d'excellents outils pour ces professionnels, afin de leur permettre de mieux saisir et, conséquemment, mieux intervenir auprès de la clientèle aux prises avec des problèmes d'ordre gériatrique et psychogériatrique. Enfin, nous aimerions souligner le caractère péjoratif du terme « gestionnaire de cas ». Dans le domaine de la santé mentale, ce terme a été abandonné au profit de celui de « gestionnaire de ressources » par les utilisateurs de services qui rejettent l'idée d'être perçus comme des « cas » à « gérer » (Hutchinson et Farkas, 2004, p. 70).

LES LIMITES DE L'ÉTUDE

La collecte des données s'étant échelonnée sur une période de six mois, il est possible que certains événements pouvant avoir un impact sur la pratique des participantes se soient produits en lien avec l'implantation des réseaux de services intégrés dans la région de Québec. Par exemple, des démarches étaient en cours d'actualisation, c'est-à-dire qu'une trajectoire de communication pour les situations problèmes entre les gestionnaires de cas, leur supérieur immédiat et les différentes instances du continuum de services, a été élaborée en novembre 2002. Un protocole d'entente portant sur la collaboration entre le personnel hospitalier et les gestionnaires de cas a été créé à la

même période, l'encadrement administratif et clinique des gestionnaires de cas a fait l'objet d'une clarification. Enfin, un questionnement important était en cours concernant le concept de suivi psychosocial et la place que devaient occuper les gestionnaires de cas dans les centres hospitaliers. Par ailleurs, le concept de suivi psychosocial semble avoir été compris différemment selon les participantes. Les modèles de gestion de cas, soit le modèle de courtage et le modèle mixte, auraient aussi mérité des définitions plus limpides dès le départ. À la lumière des réponses obtenues, nous croyons que les participantes n'ont pas une signification commune de ces concepts.

CONCLUSION

Le poids démographique que représenteront les aînés et la pression que cette population exercera sur le réseau de la santé et des services sociaux dans les prochaines décennies (Statistique Canada, 1996) forcent les administratrices et administrateurs à revoir l'offre de services. La gamme de services actuellement offerte à cette population n'est pas nécessairement remise en cause; les ratés du réseau ont plutôt trait à l'accessibilité des services, à la concertation entre les dispensateurs de services et à la continuité des soins. Les réseaux de services intégrés pour les personnes âgées en perte d'autonomie semblent une réponse adéquate pour contrer les difficultés identifiées au sein du réseau de la santé et des services sociaux. Plusieurs régions du Québec sont à mettre en place des continuums de services dont le but ultime est « *d'offrir le bon service, au bon moment, par le bon professionnel et par le bon établissement* » (RRSSS-03, 2000).

Malgré les efforts concertés et continus des administrateurs, le démarrage a connu des ratés qui avaient un impact direct sur le travail au quotidien des gestionnaires de cas qui ont participé à cette étude. Des écarts ressortent concernant leur pratique professionnelle. Des modes de collaboration sont à établir, notamment avec les médecins omnipraticiens. Certaines questions sont soulevées par rapport au modèle de gestion de cas à retenir sur le territoire mais aussi sur la spécificité du travail social. À cet égard, nous croyons que les travailleuses et travailleurs sociaux engagés dans la gestion de cas seront rapidement confrontés à des considérations liées à leur discipline professionnelle, et que des efforts devront être consentis afin de mieux faire connaître la spécificité du travail social.

Pour le territoire de Québec-Centre, le modèle mixte de gestion de cas est le modèle appliqué, c'est-à-dire que les intervenantes dédiées à la gestion de cas assurent des activités de courtage et des activités liées à leur discipline professionnelle. Comme il s'agit exclusivement d'intervenantes sociales, ces dernières fournissent une réponse aux besoins psychosociaux des usagers inscrits au continuum de services. Cette étude a été l'occasion de suivre un processus d'implantation d'un réseau de services intégrés et d'évaluer la perception d'artisans et d'artisan·es se situant au cœur de ce projet. Ce que les participantes ont vécu et exprimé fournit un matériel extraordinaire sur la pratique professionnelle et sur certains éléments contextuels du réseau de services intégrés aux personnes âgées en perte d'autonomie sur le territoire de Québec-Centre.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- BÉLAND, F., H. BERGMAN, et P. LABEL (2000). « Système de services intégrés pour personnes âgées en perte d'autonomie. Évaluation de la phase I ». Groupe de recherche, Université McGill et Université de Montréal (GR-SIPA), Montréal, 73 p.
- BÉLANGER, M. (2001a). « Plan de déploiement des gestionnaires de cas ». Document de travail, CLSC-CHSLD Basse-Ville-Limoilou-Vanier, CLSC-CHSLD Haute-Ville-Des-Rivières, 7 p.
- BÉLANGER, M. (2001b). « Implantation du réseau intégré de services — Modalités organisationnelles pour le territoire de Québec-Centre ». CLSC-CHSLD Basse-Ville-Limoilou-Vanier, CLSC-CHSLD Haute-Ville-Des-Rivières, 7 p.
- COMMISSION D'ÉTUDE SUR LES SERVICES DE SANTÉ ET LES SERVICES SOCIAUX (Commission Clair) (2001). *Les solutions émergentes*, Gouvernement du Québec, 409 p.
- DURAND, J.-P., A. TOURIGNY, L. BONIN, M. PARADIS, A. LEMAY, et P. BERGERON (2001). « Évaluation de l'implantation et de l'impact des services intégrés destinés aux personnes âgées en perte d'autonomie : résultats de l'étude des Bois-Francs », *Actes du Colloque PRISMA*, p. 15-49.
- GÉLINAS, D. (1998). « Points de repère pour différencier la gestion de cas du suivi intensif dans le milieu auprès de personnes souffrant de troubles mentaux graves », *Santé mentale au Québec*, vol. 23, n° 2, p. 17-47.
- HÉBERT, R. (2003). « Les réseaux intégrés de services aux personnes âgées : une solution prometteuse aux problèmes de continuité des services », *Actes du Colloque PRISMA*, p. 25-36.
- HUTCHINSON, D., et M.D. FARKAS (2004). « Le suivi communautaire axé sur la réadaptation », dans R. ÉMARD et T. AUBRY (dir.), *Le suivi communautaire en santé mentale. Une invitation à se bâtir une vie*, Les Presses de l'Université d'Ottawa, p. 67-89.
- LARIVIÈRE, C. (2001). « Les réseaux de services intégrés : fondements, définitions et modes d'organisation », *Guide pour soutenir le partenariat*, Montréal, 62 p.
- LARIVIÈRE, C., E. HOCKENSTEIN, et M.-E. MONTEJO (2000). « Impacts du guichet unique en CLSC. Utilisation des services et vécu des intervenants ». Montréal, CLSC René-Cassin, Institut de gériatrie sociale, 31 p.
- L'ÉCUYER, R. (1987). « L'analyse de contenu : notion et étapes », dans J.-P. DESLAURIERS (dir.), *Les méthodes de la recherche qualitative (2e éd.)*, Sainte-Foy, Presses de l'Université du Québec, p. 65-84.
- LEMIEUX, M., J. GRENIER, et B. LE BLANC (2001). « Perspectives et enjeux de la pratique des travailleuses sociales dans le cadre du projet de démonstration SIPA », *Intervention*, vol. 113, p. 66-76.
- MATTE, G. (2000). « Que reste-t-il des suivis psychosociaux dans les services de soutien à domicile », *Intervention*, vol. 111, p. 95-102.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2001). *Orientations ministérielles sur les services offerts aux personnes âgées en perte d'autonomie*, 23 p.
- ORGANISATION DE COOPÉRATION ET DE DÉVELOPPEMENT ÉCONOMIQUE (OCDE) (1994). « Protéger les personnes âgées dépendantes. Nouvelles orientations. Comment améliorer la gestion de cas ? », *Études de politique sociale*, vol. 14, p. 119-155.

- PARADIS, M., L. BONIN, A. TOURIGNY, et P.-J. DURAND (2001). *Réseau de services intégrés aux aînés des Bois-Francs : mécanismes de coordination des services gérontogériatriques*, Rapport de l'évaluation d'implantation et de processus, 164 p.
- RAPP, C. (2004). « Le suivi communautaire : approche axée sur les forces », dans R. ÉMARD et T. AUBRY (dir.), *Le suivi communautaire en santé mentale. Une invitation à se bâtir une vie*, Les Presses de l'Université d'Ottawa, p. 31-65.
- REDJEB, B. (1991). « L'acte clinique et le geste technique dans la reconquête de l'identité professionnelle du travail social », *Revue Service social*, vol. 40, n° 2, p. 105-115.
- RÉGIE RÉGIONALE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE QUÉBEC (RRSSS-03) (2000). *Le réseau intégré de services aux personnes âgées en perte d'autonomie dans la région de Québec. Cadre de référence*, Québec, 45 p.
- STATISTIQUE CANADA (1996). *Recensement du Canada*, Division de la démographie, Conseil consultatif national sur le troisième âge, Ottawa.