

# Les pratiques de gestion de cas, en contexte de réseaux de services intégrés pour personnes âgées en perte d'autonomie à domicile au Québec, domicilocentrisme innovant ou hospitalocentrisme renouvelé?

---

SÉBASTIEN CARRIER

Université de Sherbrooke

## Résumé

*Le Québec a, depuis les années 1990, amorcé un virage ambulatoire dans la prestation des services de santé et sociaux. En réponse à certains problèmes de coordination existants entre les acteurs interprofessionnels et interétablissements engendrés par ce modèle ambulatoire, que nous qualifions de domicilocentrique, le ministère de la Santé et des Services sociaux a implanté une vaste réforme d'intégration des services. Celle-ci favorisait l'implantation de dispositifs de coordination, dont celui professionnel de la gestion de cas. Dans cet article, nous analysons comment la gestion de cas, dans le contexte des réseaux de services intégrés pour personnes âgées en perte d'autonomie, participe aux politiques domicilocentriques. Pour faire ceci, nous avons réalisé une étude qualitative et exploratoire utilisant un devis de recherche de type étude de cas unique imbriquée. Pour chacun des trois centres de santé et de services sociaux que nous avons étudiés, nous avons employé trois méthodes de collecte de données : une analyse documentaire, une analyse thématique d'entretiens d'explicitation, et, de l'observation directe des pratiques des gestionnaires de cas. Nous constatons que la coordination avec les hôpitaux demeure au centre des activités des gestionnaires de cas, détournant en partie leur fonction de soutien à domicile vers les besoins des hôpitaux, où la libération rapide des lits de courte durée est encore considérée comme une priorité.*

## Abstract

*Since the 1990s, the government of Quebec has undertaken a shift called virage ambulatoire (ambulatory care) in its delivery of health care and social care services. In response to a number of coordination related problems between interprofessional and interinstitutional actors engendered by the implementation of this ambulatory, or home-centric model, Quebec's Ministry of Health and Social Services decided to implement a major reform pertaining to services integration. This involved the creation of different coordination devices, including the professional device of case management. This article analyses how case management, in the specific context of integrated care networks for frail elderly individuals, contributes to home-centric governmental policies. We conducted a qualitative exploratory study using an embedded case study design. In each of the three Health and Social Services Centres covered by our study, we used three data collection methods: a documentary analysis, face-to-face interviews, and direct observation of case managers practices. We note that coordination with hospitals remains*

*at the center of case managers' activities, diverting in part their function regarding home care towards hospitals' needs, where rapid discharge planning of short-term care beds is still viewed as a priority.*

### **Problématique**

À l'instar d'autres pays, le Québec a misé depuis le milieu des années 1990 sur l'adoption d'un modèle ambulatoire de services de santé et de services sociaux, que nous nommons domicilocentrique. Ce modèle devait favoriser le lieu de résidence de l'utilisateur comme lieu de prestation des services de santé et sociaux (MSSS, 2003), entre autres, pour les personnes âgées en perte d'autonomie. Si ce virage vers les milieux de vie comporte une visée d'humanisation des soins (Hofmarcher, Oxley & Rusticelli, 2007), ce recentrage a aussi des retombées majeures sur l'organisation des services, puisqu'il provoque une multiplication des lieux de pratique et des sources de prestation de services. Celui-ci exige la mise en place de dispositifs permettant la coordination de tous ces services pour assurer leur cohérence et leur qualité (Hébert, 2004). C'est en soutien au modèle domicilocentrique que le concept d'intégration des services connaît un engouement dans le secteur du soutien à domicile aux personnes âgées en perte d'autonomie, notamment par la mise sur pied de plusieurs projets pilotes dans diverses régions du Québec, dont à Montréal (Système de services intégrés pour personnes âgées en perte d'autonomie), dans les Bois-Francs et en Estrie (Programme de recherche sur l'intégration des services pour le maintien de l'autonomie). Cependant, ces projets ne faisaient pas partie de politiques ou d'orientations gouvernementales; ils étaient plutôt le résultat d'initiatives locales ou régionales, dont certaines visaient à influencer les orientations ministérielles.

Depuis, le gouvernement québécois a multiplié les interventions afin de favoriser l'intégration des services de santé et sociaux destinés aux personnes âgées en perte d'autonomie (Demers, 2004). En 2001, le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) a publié un document ayant pour titre *Orientations ministérielles sur les services offerts aux personnes âgées en perte d'autonomie*, dans lequel il « faisait de l'intégration des services la première orientation de la réorganisation des services aux personnes âgées en perte d'autonomie » (Demers, 2004, p. 333). En 2004, le MSSS amorçait une réforme d'intégration du système sociosanitaire québécois qui visait à transformer en profondeur, non seulement des « structures », mais également des modes de pratique. Cette réforme était encadrée par la *Loi sur les agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux*, qui a été adoptée en décembre 2003, et par le *cadre de référence pour les réseaux locaux de services de santé et de services sociaux* qui a été produit par le MSSS en 2004. Les objectifs de ces directives législatives et ministérielles nécessitaient d'importants changements; pensons à l'attribution de la responsabilité populationnelle confiée aux nouveaux établissements désignés centres de santé et de services sociaux (CSSS), à l'élaboration de projets cliniques visant différentes clientèles et à la création de réseaux locaux de services (RSL). Plus spécifique à cet article, cette réforme d'intégration des services misait aussi sur l'implantation de la gestion de cas comme dispositif professionnel de planification, d'évaluation et de coordination interprofessionnelle et inter-établissement dédié au soutien à domicile pour les personnes âgées en perte d'autonomie (MSSS, 2003, 2004).

Dans cet article, nous voulons analyser comment la gestion de cas, dans le contexte des réseaux de services intégrés pour personnes âgées en perte d'autonomie, participe aux politiques domicilocentriques. En plus, nous allons analyser la place de l'hôpital dans les pratiques de gestion de cas comme dispositif professionnel destiné aux services de soutien à domicile.

### Méthodologie

Nous avons réalisé une étude qualitative et exploratoire utilisant un devis de recherche de type étude de cas unique imbriqué, c'est-à-dire l'étude d'un seul cas comprenant des unités d'analyse de niveaux différents (Yin, 2003). Celui que nous étudions est des pratiques professionnelles de la gestion de cas dans le contexte des réseaux de services intégrés pour personnes âgées en perte d'autonomie (RSIPAPA). Notre observatoire est constitué de trois territoires de CSSS dans lesquels il y a un RSIPAPA: un urbain, un semi-rural et un méga urbain. Représentant nos unités d'analyse, ces CSSS ont été sélectionnés sur la base de la nature contrastée des territoires qu'ils occupent, puisque nous savons que l'intégration n'adopte pas la même forme selon les ressources disponibles, qui varient grandement d'un établissement à l'autre (par exemple, la présence de services de troisième ligne).

L'objectif général de cette étude est de comprendre les pratiques effectives de coordination que réalisent les gestionnaires de cas avec les intervenants dans le cadre des RSIPAPA destinés aux personnes âgées en perte d'autonomie qui demeurent à domicile. Ainsi, nous avons documenté et analysé les pratiques de coordination de soutien à domicile des gestionnaires de cas de façon globale, incluant l'ensemble des activités réalisées avec les intervenants (professionnels, non professionnels, proches aidants) et les établissements (privés, communautaires, publics) qui sont en contact avec les gestionnaires de cas. Toutefois, dans cet article, nous mettons en valeur les pratiques de coordination entre les gestionnaires de cas et les centres hospitaliers, puisqu'elles se sont avérées déterminantes dans toutes les analyses que nous avons produites à partir de l'ensemble des données de recherche.

Pour chacun de ces CSSS, nous avons employé trois méthodes de collecte de données. Premièrement, une analyse documentaire (Cellard, 1997) qui ciblait les documents officiels qui prescrivent le travail de coordination et qui ont été produits ou utilisés par chacun des CSSS étudiés. Essentiellement, l'analyse documentaire a consisté en un travail descriptif (Cellard, 1997) visant à relever les éléments prescrivant les activités professionnelles de coordination pour chacune des unités d'analyse (CSSS) de l'étude.

Deuxièmement, nous avons réalisé une analyse thématique (Paillé et Mucchielli, 2003) d'entretiens d'explicitation (Vermersch, 2000) autour de l'objet « coordination » et qui ont été réalisés dans le cadre de la recherche *Enraciner l'intégration des services aux personnes âgées fragiles dans les pratiques des dirigeants, des gestionnaires, des intervenants, des aînés et de leurs proches aidant*.<sup>1</sup> Les entretiens menés dans le cadre de

---

<sup>1</sup> Dans les pages subséquentes, le titre abrégé (*Enraciner*) sera utilisé pour désigner ce projet de recherche. *Enraciner* est inclus dans une programmation de recherche plus générale, l'Équipe de recherche sur la fragilité, qui est financée par les Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC). Ce programme de

cette étude portaient sur 18 situations cliniques provenant des trois CSSS participants. Ces situations ont été construites autour d'un épisode de soin récent ayant nécessité l'admission en gestion de cas d'une personne âgée fragile. Les entretiens ont été réalisés auprès de 14 gestionnaires de cas, qui sont des travailleurs sociaux de formation et qui sont intervenus dans au moins un des 18 cas cliniques, certains gestionnaires de cas ayant présenté plus d'un cas clinique.

Troisièmement, nous avons réalisé de l'observation directe (Patton, 2002) des pratiques des gestionnaires de cas. L'échantillon comprenait six gestionnaires de cas parmi les 14 qui ont été interviewés dans l'étude *Enraciner*. Nous avons procédé à 190 heures d'observation intensive, mais réparties de façon asymétrique entre les CSSS, soit 70 heures d'observation dans le CSSS méga urbain en compagnie d'un gestionnaire de cas, 85 heures d'observation dans la région semi-rurale avec deux gestionnaires de cas et 35 heures d'observation dans la région urbaine auprès de trois gestionnaires de cas. Le travail d'analyse des données issues de l'observation a consisté en un exercice de réduction et de reconstruction inductive du sens de l'action à partir des normes, des règles et des gestes professionnels (Laperrière, 2003).

Pour l'analyse des données, la théorie de la coordination de Chisholm (1989) a été mise à contribution. Cette théorie distingue trois modalités d'interdépendance liées à la conception de la coordination : l'interdépendance naturelle qui s'observe lorsque les organisations sont liées par des forces externes; l'interdépendance volontaire qui résulte de liens libres entre les organisations, eu égard à des bénéfices mutuels anticipés; l'interdépendance artificielle qui est produite à partir de mandats extérieurs aux organisations. À ces trois modalités, nous ajoutons l'interdépendance liée à la solidarité sociotechnique (Dodier, 1995), qui suppose que le seul fait de travailler avec des outils ou des techniques génère l'interdépendance.

Pour la suite de cet article, nous présenterons les résultats par un portrait des pratiques de coordination que réalisent les gestionnaires de cas avec les professionnels des milieux hospitaliers pour chacun des CSSS à l'étude, pour ensuite terminer avec une discussion abondant de façon transversale le sujet des pratiques professionnelles de coordination vis-à-vis les politiques domicilocentriques.

## Résultats

### *CSSS urbain*

Dans le contexte urbain, aucun hôpital n'est fusionné au CSSS. Or, nous observons que la coordination avec les hôpitaux apparaît comme une prérogative du RSIPAPA. Cette priorité est notamment matérialisée dans le Procédurier (Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale Nationale, 2007), qui consiste en un document qui a pour but de décrire de façon exhaustive les composantes du RSIPAPA. Dans ce document, nous retrouvons les protocoles d'entente de collaboration du milieu hospitalier avec les gestionnaires de cas, ainsi que la grille de repérage dont le potentiel d'hospitalisation fait partie des quatre critères servant à déterminer l'admissibilité au RSIPAPA.

Si l'importance de l'hôpital pour le RSIPAPA est explicite dans les écrits et les outils formels, elle est aussi manifeste dans le discours des gestionnaires de cas. En fait,

---

recherche est dirigé par les professeurs François Béland, de l'Université de Montréal, et André Tourigny, de l'Université Laval.

l'équipe du RSIPAPA priorisera une personne dont la fragilité fait en sorte qu'elle représente un potentiel élevé d'hospitalisation de courte durée. Dans l'action clinique, le potentiel d'hospitalisation agit alors comme surdéterminant à l'accès au RSIPAPA en fonction du principe de gestion du risque.

Bien sûr, le risque d'hospitalisation en tant que critère d'accès au RSIPAPA n'est pas en soi une coordination inter-établissement avec les hôpitaux, mais un mécanisme anticipatoire de coordination avec ces mêmes hôpitaux. Ainsi, dès que la personne est inscrite en gestion de cas, l'hospitalisation devient un événement jugé prioritaire par les gestionnaires de cas. Lorsqu'il y a un épisode d'hospitalisation, le gestionnaire de cas adopte un mode de vigilance afin de suivre de près le déroulement de la situation d'hospitalisation en vue d'être prêt à intervenir pour coordonner la sortie de l'utilisateur de l'hôpital, que ce soit pour un retour à domicile ou une relocalisation dans une ressource d'hébergement temporaire ou permanente. L'extrait qui suit illustre l'importance qu'accordent les gestionnaires de cas aux épisodes d'hospitalisation.

Nous, dès qu'un client entre à l'hôpital, tu es au garde-à-vous. Il faut être prêt à intervenir s'il se passe quelque chose. C'est pour cela qu'on en a un peu moins qu'au régulier, des clients. Au régulier, quand le client entre à l'hôpital, ils ne s'en occupent plus, alors ils vont gérer les autres dossiers.

Nous, il faut être encore plus proactif quand le client entre à l'hôpital.  
(Gestionnaire de cas 1)

Toutefois, bien que la coordination avec l'hôpital soit prioritaire pour le RSIPAPA, dans la pratique, les gestionnaires de cas éprouvent certaines difficultés à l'appliquer concrètement. Une difficulté majeure, que nous observons, concerne la légitimité du rôle de coordination des gestionnaires de cas du point de vue du monde hospitalier, alors qu'ils font de la coordination une priorité de leur action. En effet, implantée depuis 2001, la gestion de cas demeure encore peu connue et peu reconnue par les professionnels des hôpitaux. La coordination n'est donc pas complètement systématisée par les dispositifs dédiés pourtant existants sur papier, mais plutôt organisée sur la base d'une interdépendance volontaire (Chisholm, 1989), autour d'activités ordinaires; c'est-à-dire, des activités habituelles et coutumières qui ne sont pas spécifiques à la coordination en contexte de RSIPAPA.

À l'hôpital, à ce moment-là, ce n'est pas toujours évident de s'intégrer dans les équipes; il y en a qui connaissent c'est quoi, la gestion de cas, sinon on est obligés d'expliquer c'est quoi. Quand tu appelles à l'urgence et que tu dis : « Je suis gestionnaire de cas », ils nous demandent ce que l'on fait; donc, des fois, on explique un peu. (Gestionnaire de cas 7)

Dans ce CSSS, c'est en partie cette faible reconnaissance de la gestion de cas par les professionnels des hôpitaux qui fonde la centration des pratiques de coordination vers ceux-ci. En effet, concrètement, l'interdépendance volontaire se traduit dans les pratiques par des interventions proactives de la part des gestionnaires de cas pour vendre et incarner le modèle d'intégration des services aux yeux de leurs partenaires. Lors d'épisodes d'hospitalisation, les gestionnaires de cas vont au-devant de l'intervention avec l'hôpital pour se rendre visibles et justifier leur rôle de coordonnateurs inter-établissement de manière à tenter de se voir reconnaître comme acteurs légitimes et imputables de la coordination inter-établissement par les professionnels de l'hôpital. Ce type d'interdépendance est fondé sur le lien, la coaction et la relation entre les acteurs.

Selon nos observations, les bases relationnelles de l'interdépendance volontaire servent explicitement aux gestionnaires de cas de ce CSSS urbain à justifier, convaincre, négocier ou encore persuader de la pertinence de la mise en œuvre de ces dispositifs de coordination dédiée, notamment auprès des acteurs hospitaliers.

Il n'y a pas seulement l'interdépendance volontaire qui joue ce rôle de diffusion de la gestion de cas dans les pratiques hospitalières, puisque l'interdépendance sociotechnique semble aussi être sollicitée par le RSIPAPA par l'entremise de la demande de services inter-établissements. En fait, la demande de services inter-établissements a été implantée initialement pour systématiser et informatiser les demandes de ces services. Ainsi, dans ce CSSS, dès qu'une personne est hospitalisée, le gestionnaire de cas achemine à l'hôpital un facsimilé de la demande de services inter-établissements qui doit être joint au dossier médical. Cette action simple permet de faire suivre l'information du CSSS vers l'hôpital pour les clientèles admises dans le RSIPAPA, mais, plus fondamentalement, au regard de nos observations, l'usage de la demande de services inter-établissements sert à donner une plus grande visibilité aux gestionnaires de cas dans les pratiques hospitalières. Le fait d'envoyer une demande de services inter-établissements permet aux intervenants de l'hôpital d'être informés qu'un gestionnaire de cas a été assigné à l'usager, comme l'illustre l'extrait suivant.

[La demande de services inter-établissements sert à ce] qu'ils sachent ce qu'il y avait à domicile, qu'ils aient le portrait le plus juste possible avant l'hospitalisation: les personnes-ressources à communiquer, leurs diagnostics principaux, leur médication, les services qu'on fait. En même temps, on met nos coordonnées dedans. Donc, s'ils prennent le temps de le lire, oui, c'est intéressant, mais, s'ils ne le lisent pas, bien, ça ne sert pas à grand-chose. (Gestionnaire de cas 4)

Donc, il apparaît clairement que la volonté des gestionnaires de cas, de se voir reconnaître comme figures professionnelles se consacrant à la coordination entre le CSSS et les hôpitaux, se situe au cœur du projet.

Dans la logique du RSIPAPA, le rôle de coordonnateur inter-établissement du gestionnaire de cas ne devrait pas se limiter aux milieux hospitaliers. Or, les organismes communautaires et les entreprises privées ou coopératives sont dans les faits très peu sollicités par les gestionnaires de cas. La gestion et la coordination de ces services sont plutôt laissées au réseau d'aide informel, sous le principe d'autonomisation des personnes âgées en perte d'autonomie et de leurs proches aidants. En ce sens, le réseau d'aide informel est fortement mobilisé pour coordonner les services qui sont dispensés par les organismes communautaires, les entreprises privées ou coopératives.

Il y a donc une tension entre une coordination générale, qui se montre ouverte à l'ensemble des acteurs, et une coordination fonctionnelle et urgente avec l'hôpital. S'il existe bel et bien un document, en l'occurrence le *Procédurier* (Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale Nationale, 2007), qui prescrit le RSIPAPA, nous constatons que la priorité effective dans la mise en œuvre de la gestion de cas consiste à favoriser une meilleure coordination entre les services hospitaliers et ceux du soutien à domicile. Le RSIPAPA, dont la gestion de cas fait partie, ne se situe pas encore pleinement dans une logique de réseaux locaux de services (RLS), laquelle devrait en principe encourager une collaboration inter-établissement, incluant les organismes communautaires et les entreprises privées et coopératives. Ce constat révèle l'existence

d'une tension entre les principes prescrits des politiques domicilocentriques et les principes qui sont réellement mobilisés dans la pratique, à savoir, une centration forte des services de soutien à domicile vers l'hôpital.

### ***CSSS semi-rural***

Dans le CSSS semi-rural, la coordination avec l'hôpital se fait de manière plus systématique que dans les autres CSSS à l'étude, notamment entre le secteur du soutien à domicile et l'hôpital. Une caractéristique importante, qui pourrait en partie expliquer cette rigueur sur le plan de la coordination avec les hôpitaux, réside dans le fait que l'hôpital est fusionné au CSSS, contrairement aux deux autres CSSS que nous avons étudiés. Toutefois, selon les gestionnaires de cas, qui ont participé à l'étude, ce n'est pas la réforme de 2004 qui a façonné la coordination avec les hôpitaux, mais plutôt la co-élaboration du RSIPAPA depuis 1997.

Par l'intermédiaire de ses dispositifs, le RSIPAPA se présente comme une structure importante de gestion des interdépendances avec les hôpitaux. Le gestionnaire de cas y joue un rôle primordial, car il est reconnu par l'unité de courte durée gériatrique et l'unité de réadaptation fonctionnelle intensive comme l'acteur légitime et imputable quant à la coordination intersectorielle.<sup>2</sup> D'ailleurs, cette imputabilité constitue une caractéristique fondamentale du RSIPAPA. Selon nous, la reconnaissance de cette imputabilité traduit une appropriation par les partenaires sectoriels de la logique de réseau de services intégrés, qui considèrent la gestion de cas non pas comme une fin en soi, mais comme une ressource professionnelle qui se consacre à la coordination des services afin de soutenir le RSIPAPA, incluant les acteurs sectoriels.

La reconnaissance de la gestion de cas comme dispositif du RSIPAPA s'observe dans la pratique, notamment par le fait que les gestionnaires de cas sont invités de façon systématique aux rencontres multidisciplinaires de l'unité de réadaptation fonctionnelle intensive et de l'unité de courte durée gériatrique pour les personnes inscrites en gestion de cas et les personnes non inscrites, mais non ambulatoires. Ainsi, l'horaire de chacun de ces secteurs est transmis aux gestionnaires de cas par le courrier électronique. Le nom de la personne ainsi que celui du gestionnaire de cas attiré au dossier sont inscrits dans le message. Ce courriel constitue un mécanisme sociotechnique, qui a pour effet de créer une condition d'interdépendance artificielle (Chisholm, 1989) de sorte que la diffusion systématique de ce courriel légitime formellement le rôle des gestionnaires de cas en tant que dispositif professionnel de coordination intersectoriel en matière de soutien à domicile. Lors de ces rencontres, le gestionnaire de cas agit à titre de représentant de l'utilisateur et il a le mandat de planifier et de coordonner son retour à domicile ou sa relocalisation. Celui attiré au dossier est tenu d'assister aux rencontres multidisciplinaires et il doit voir à se faire remplacer par un collègue lorsqu'il se retrouve dans l'impossibilité de prendre part à une réunion.

Si elle est à l'unité de courte durée gériatrique, c'est la gériatrie, c'est chez nous. En gériatrie, l'équipe, on la connaît, on travaille avec eux régulièrement. On est demandés sur les équipes multi là-bas à tous les mercredis. On reçoit un e-mail et on sait qui passe, qui de nos clients passe en gériatrie. Ça va relativement bien. Et on sait que si on a un code rouge, c'est, disons, l'ergothérapeute ou la physiothérapeute qui s'entend là-bas

---

<sup>2</sup> Nous utilisons intersectorielle puisque que l'hôpital est fusionné à l'établissement du CSSS.

pour faire le SMAF [système de mesure de l'autonomie fonctionnelle], et nous, on fait l'OEMC [outil d'évaluation multiclientèle] et la demande de services. Et le médecin remplit la CTMSP [classification par types en milieu de soins et services prolongés] médicale. On a chacun nos rôles. (Gestionnaire de cas 8)

Si l'interdépendance entre la gestion de cas et les secteurs de l'unité de réadaptation fonctionnelle intensive et de l'unité de courte durée gériatrique est formalisée par des mécanismes sociotechniques, elle résulte aussi d'une culture coactive qui est fondée sur une interdépendance volontaire (Chisholm, 1989). L'intégration systématique des gestionnaires de cas à l'unité de réadaptation fonctionnelle intensive et de courte durée gériatrique, pour les démarches de retour à domicile ou de relocalisation, fait en sorte que ces derniers participent régulièrement à la vie de ces secteurs. Les gestionnaires de cas sont des visages connus qui font partie intégrante des équipes de l'unité de réadaptation fonctionnelle intensive et de courte durée gériatrique, comme l'illustre l'extrait tiré des notes d'observation qui suit.

Le gestionnaire de cas se rend à l'unité de courte durée gériatrique pour une rencontre avec la gériatre et l'aidante pour faire le suivi de la rencontre multidisciplinaire qui a eu lieu précédemment, ainsi que pour planifier et coordonner le retour à domicile. Lorsque le gestionnaire de cas arrive dans les locaux de l'unité de courte durée gériatrique, les lieux lui sont familiers. Il est accueilli comme un collègue de travail et s'installe à la table de travail des intervenantes sans y être invité. Avant le début de la rencontre, il en profite pour aller visiter Madame à sa chambre sans avoir à demander l'autorisation pour ensuite se présenter à la salle de réunion. Il fait donc partie du système coactif de l'unité de courte durée gériatrique.

Ainsi, lors d'un épisode d'hospitalisation, les gestionnaires de cas ont ni à se rendre visibles, ni à justifier leur rôle comme c'était le cas dans le RSIPAPA urbain. Leur rôle de coordonnateur intersectoriel fait partie de la culture locale. D'ailleurs, la gériatre de l'unité de courte durée gériatrique collabore activement avec les gestionnaires de cas. En effet, lors de nos observations, nous avons constaté que la gériatre s'est montrée disponible et volontaire pour les gestionnaires de cas, reconnaissant concrètement leur rôle de coordonnateur intersectoriel chargé de faire le lien entre l'hôpital et le domicile.

En somme, nous observons dans les pratiques que la sortie de l'hôpital, que ce soit pour un retour à domicile ou une relocalisation de l'utilisateur, représente un moment crucial de la coordination intersectorielle. Tout comme nous avons pu le voir dans le RSIPAPA urbain, la coordination de la sortie de l'hôpital constitue une démarche prioritaire pour la gestion de cas en matière de coordination intersectorielle. Cependant, dans le RSIPAPA semi-rural, la reconnaissance des gestionnaires de cas, à titre de coordonnateurs dédiés par les acteurs sectoriels, est acquise, ce qui facilite un étagement plus efficace des niveaux de coordination. Mais, dans tous les cas, cette reconnaissance est ordonnée aux impératifs hospitaliers, ce qui n'était pas l'intention des concepteurs et promoteurs des réformes d'intégration des services. À cet égard, la réforme de 2004 n'est pas sans effet sur la priorisation des besoins de l'hôpital au chapitre de la gestion des lits de courte durée. En effet, les intervenants disent constater une différence dans la gestion des priorités de l'établissement depuis la fusion. La direction du soutien à domicile et la direction de l'hôpital ne sont plus indépendantes, de sorte que la priorisation des tâches

est déterminée en fonction des besoins provenant de tous les secteurs de l'établissement, ce qui met l'accent sur l'utilisation de l'hôpital, alors même que la réforme se voulait domicilocentriste. C'est ce que démontre l'extrait qui suit.

Avant la fusion, on pouvait gérer nos priorités. La madame qui était isolée dans le fond d'un rang était notre priorité. Maintenant, c'est l'hôpital, notre priorité. (Gestionnaire de cas 15)

Dans ce RSIPAPA semi-urbain, le gestionnaire de cas n'est pas un coordonnateur imputable en ce qui concerne la coordination inter-établissement impliquant les organismes communautaires et les entreprises privées et coopératives. Comme dans le RSIPAPA urbain, la personne âgée en perte d'autonomie et son proche aidant demeurent les principaux coordonnateurs des services inter-établissements. Le gestionnaire de cas se cantonne à un rôle d'informateur et de soutien dans cette coordination inter-établissement et il se consacre plutôt à la coordination des services publics du réseau de la santé et des services sociaux. Il agit donc surtout en deuxième ligne, quand il y a un défaut de coordination ordinaire entre le proche aidant ou l'utilisateur et ces ressources, ou encore, lorsque la situation de soutien à domicile se précarise; pensons à l'épuisement du proche aidant, qui est susceptible de conduire éventuellement à son hospitalisation.

Cela révèle les contours du territoire de coordination de la gestion de cas, plus restreints qu'en principe. Ce point de vue démontrerait le caractère surdéterminant des besoins hospitaliers, en matière de gestion des lits de courte durée, sur tous les autres besoins.

### ***CSSS méga urbain***

Dans le CSSS méga urbain, aucun hôpital n'a été fusionné. Ceci vient caractériser le contexte de coordination inter-établissement, car, dans le territoire en cause, la logique d'établissement en silo avec les hôpitaux est encore effective, et ce, malgré l'implantation des réseaux locaux de services par le MSSS en 2004. En fait, à ce jour, le réseau local de services a peu d'effet sur l'intégration des services entre le CSSS et les hôpitaux et, par le fait même, sur la reconnaissance d'un dispositif professionnel imputable en ce qui a trait à la coordination inter-établissement, comme celui de la gestion de cas. Peu d'indices laissent présumer de l'existence d'une quelconque concertation entre l'hôpital et le CSSS concernant un dispositif professionnel dédié à la coordination inter-établissement, alors que la concertation s'avère pourtant essentielle à l'instauration d'un tel dispositif. La gestion de cas demeure plutôt une affaire interne au CSSS et peu connue des hôpitaux, et ce, sur les plans tant de la terminologie que de sa fonction proprement dite.

Les gens se réfèrent à nous comme pivot; on est le pivot, de sorte que l'hôpital, quand ils nous appellent, bien, ils vont s'adresser au pivot. [...] Pour eux autres, je ne pense pas qu'il y ait vraiment de différence [avec la gestion de cas]. [...] Je ne pense pas que la gestion de cas est implantée, dans le sens que c'est plus à l'interne. (Gestionnaire de cas 12)

Ceci n'empêche pas qu'il puisse y avoir une certaine forme de coordination entre les hôpitaux et le CSSS. Cependant, cette coordination est structurée non pas dans le cadre d'un RSIPAPA, mais plutôt dans une logique d'ordonnement des priorités établies en fonction des besoins de l'hôpital dans la gestion de ses lits de courte durée. Si nous avons dit pour les deux premiers CSSS que l'intégration des services a permis une certaine prise de pouvoir de l'hôpital sur les services à domicile, cela s'est produit dans un contexte

d'inter-influences qui aura aussi transformé l'hôpital, ce qui n'est pas le cas ici. Ainsi, il n'existe aucun dispositif professionnel et sociotechnique qui systématise la coordination entre les hôpitaux et le CSSS, comme un mécanisme informant les intervenants du soutien à domicile du CSSS que leurs clients sont hospitalisés. La gestion des interdépendances se fonde plutôt sur un mode volontaire de part et d'autre, à partir des besoins perçus par les intervenants concernant la coordination des services. Celle-ci, avec les intervenants de l'hôpital, est organisée autour de dispositifs dits ordinaires.

En fait, le gestionnaire de cas est le seul professionnel détenant formellement un mandat inter-établissement grâce à sa fonction, sans toutefois que ce mandat soit réellement reconnu par d'autres acteurs que ceux du CSSS. Les professionnels de l'hôpital considèrent le gestionnaire de cas plutôt comme un intervenant pivot régulier du CSSS du secteur du soutien à domicile pour personnes âgées en perte d'autonomie, sans lui attribuer une fonction spécifique quant à la responsabilité d'assurer la coordination inter-établissement.

Malgré le fait que l'hospitalisation constitue un événement majeur, qui peut précariser le soutien à domicile, elle ne nécessite pas toujours une coordination de forte intensité qui, par exemple, contraint les intervenants de l'hôpital et du soutien à domicile à organiser le retour à domicile dans le cadre d'une rencontre multidisciplinaire formelle. Pour le gestionnaire de cas, la nécessité d'intervenir ou pas, lors d'un épisode d'hospitalisation, va dépendre de critères fondés sur son jugement clinique, notamment de la nature de l'hospitalisation et de la possibilité que cette dernière puisse compromettre le soutien à domicile.

Pour nous autres, c'est un critère important parce que, si la famille est là, on a plus un rôle de pivot : on coordonne les services, on s'assure que les services sont donnés, compte tenu des besoins de la personne et des capacités du CLSC [centre local de services communautaires], mais on se réfère à ce moment-là aux aidants, aux gens autour qui sont ni plus ni moins des aidants, pour prendre en charge le problème. Nous, on n'a pas à être tout le temps là, puis l'hôpital n'a pas à se référer à nous pour tout.  
(GC12)

Toutefois, ceci n'empêche pas que les activités professionnelles des gestionnaires de cas, destinées aux services de soutien à domicile, soient détournées vers les besoins de l'hôpital dans la gestion de ses lits de courte durée. Désirant libérer leurs lits de court séjour, certains hôpitaux ont mis en œuvre deux programmes de désengorgement en concertation avec le CSSS. En premier lieu, le programme de relocalisation sollicite le secteur du soutien à domicile pour personnes âgées en perte d'autonomie du CSSS lorsque le retour à domicile d'une personne âgée est compromis et qu'elle doit être relocalisée dans une ressource publique d'hébergement. C'est alors que l'intervenant pivot ou le gestionnaire de cas reçoit, comme on le dit dans le jargon du métier, un programme de relocalisation; à partir de ce moment, l'intervenant a 72 heures pour relocaliser la personne. Cela intensifie brutalement les activités de coordination du gestionnaire de cas.

C'est un nouveau programme qui a été implanté l'année passée, par lequel les clients, nos clients qui sont hospitalisés et qui pour x raisons (problèmes de santé, fractures, déficits cognitifs accrus) ne peuvent pas revenir à domicile. À ce moment-là, les démarches d'hébergement doivent

être faites par le travailleur social du CLSC [centre local de services communautaires], chose qui était faite auparavant par le travailleur social ou la travailleuse sociale de l'hôpital. À ce moment-là, aussitôt que le patient est déclaré médicalement stable, on a 72 heures pour donner le congé. Ça veut dire pour moi de rencontrer l'équipe, le client et la famille pour préparer le transfert dans un lit d'évaluation, un lit d'évaluation qu'on va retrouver ici dans deux centres d'accueil de notre territoire. Donc, aussitôt que le patient est transféré dans un lit d'évaluation, moi, je dois faire une évaluation d'hébergement à l'intérieur de deux semaines, évaluation que je dois présenter à l'agence de développement. Et, à ce moment-là, une orientation transitoire est donnée, en attente d'une orientation permanente. (Gestionnaire de cas 13)

En second lieu, le programme de désengorgement en est un de convalescence. Il consiste en une intensification des services à domicile pour une période maximale de trois mois afin de permettre aux personnes concernées de vivre leur convalescence à la maison, et ce, avec l'objectif premier de désengorger les lits d'hôpitaux. Ce programme s'adresse à trois types de clientèles : les personnes retournant à domicile, les personnes en attente d'hébergement et les personnes en soins palliatifs. Il permet de libérer des lits ayant une vocation de courte durée. Quand la personne obtient son congé, l'intervenant de l'hôpital fait parvenir une demande de programme de désengorgement au centre local de services communautaires (CLSC) et l'intervenant pivot ou le gestionnaire de cas dispose de 72 heures pour organiser le retour à domicile.

Dans le programme de désengorgement, la personne revient à domicile selon trois profils : profil palliatif, profil convalescence, profil hébergement. Si la personne peut revenir à domicile et peut encore vivre à domicile pour un certain temps seulement en attente d'un hébergement, l'hôpital va accorder un budget au CLSC [centre local de services communautaires] pour intensifier les services à domicile pour une courte période, la condition étant que le client et la famille doivent accepter un hébergement transitoire rapide. Mais on peut offrir des services intensifs pour une courte période de deux ou trois mois maximum. (Gestionnaire de cas 13)

Les deux programmes de désengorgement ont pour effet de structurer et de systématiser la gestion des interdépendances entre le CSSS et l'hôpital, en tenant compte des besoins de l'hôpital en matière de gestion des lits à vocation de courte durée. Bien sûr, ces programmes comportent certainement des effets positifs, du point de vue de l'hôpital, puisqu'ils permettent à cette institution de remplir adéquatement sa mission consistant à prodiguer des soins de courte durée. Toutefois, ces programmes créent une interdépendance artificielle univoque, obligeant le CSSS à prioriser les besoins de l'hôpital dans la gestion de leurs lits. Cette situation institue la mise en priorité de l'hôpital sur les interventions usuelles en soutien à domicile, ce qui va formellement et explicitement à l'encontre des principes préconisés par la réforme instaurée en 2004. Ces programmes répondent donc à un compromis voulant, d'une part, satisfaire l'intérêt général en libérant des lits de soins de courte durée au moyen de programmes qui régissent les priorités entre les établissements et, d'autre part, ordonner les rapports entre

les établissements pour prioriser les besoins de l'hôpital en matière de gestion des lits à vocation de courte durée.

### **Discussion et conclusion**

L'hospitalocentrisme comme déterminant dominant dans le réseau de la santé et des services sociaux n'est pas unique au Québec. Effectivement, les hôpitaux ont acquis durant le 20<sup>e</sup> siècle un rôle central dans la plupart des systèmes de santé dans le monde (Pongsupap, 2007), ce qui cause aujourd'hui une grande source d'inefficacité (World Health Organization (WHO), 2008). Cette inefficacité s'explique notamment par le vieillissement de la population, qui entraîne une prépondérance des maladies chroniques nécessitant des services continus et de longue durée, alors que le modèle hospitalocentrique a été mis en place à une époque où l'on mourait plus jeune de maladies infectieuses ou d'accidents (Hébert, 2004).

Depuis les années 1980, la majorité des pays de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE), dont le Canada fait partie, ont tenté de diminuer le poids de l'hospitalocentrisme en valorisant le modèle des services de soins de santé primaires, qui vise la promotion de la santé et la prévention de la maladie, plutôt que le modèle curatif de l'hôpital (WHO, 2008). Toutefois, il y existe encore une forte tendance dans l'ensemble de ces mêmes pays à utiliser des soins de deuxième et de troisième ligne dispensés par les hôpitaux (WHO, 2008). Le Canada n'échappe pas à cette tendance puisque le modèle des services de soins de santé primaires y a été implanté de façon sporadique et variable contribuant à maintenir une forte pression sur les ressources hospitalières dans les systèmes de santé, qui sont de juridiction provinciale (Baumann, Valaitis & Kaba, 2009).

Nos résultats de recherche viennent appuyer cette tendance mondiale qui a été observée par l'Organisation mondiale de la Santé (OMS). En effet, le cas des RISAPAPA au Québec fait partie des moyens engagés pour substituer le modèle hospitalocentrique par un modèle domicilicentrique en engageant des dispositifs de coordination pour soutenir les personnes âgées en perte d'autonomie à domicile pour prévenir l'usage de l'hôpital pour les personnes dont la situation ne le requiert pas. Toutefois, après l'analyse des résultats nous constatons que la coordination avec les hôpitaux demeure au centre des activités des gestionnaires de cas, que ce soit pour planifier le retour à domicile ou pour la relocalisation de la personne âgée en perte d'autonomie. La coordination avec l'hôpital demeure donc une priorité pour tous les CSSS que nous avons étudiés, que ce soit un effet de l'intégration des services comme dans les CSSS semi-rural et urbain ou un effet de programmation comme dans le CSSS méga urbain. Dans le RSIPAPA semi-rural, le gestionnaire de cas est invité de façon systématique aux rencontres multidisciplinaires de l'unité de réadaptation fonctionnelle intensive et de l'unité de courte durée gériatrique, en tant qu'acteur professionnel qui se consacre à la coordination du retour à domicile ou de la relocalisation des usagers. Dans le RSIPAPA urbain, le gestionnaire de cas demeure en veille pour saisir les occasions de collaboration quand ses clients sont hospitalisés, afin d'obtenir la reconnaissance de l'imputabilité quant à la coordination du retour à domicile ou de la relocalisation. Dans le RSIPAPA méga urbain, ce sont des programmes qui obligent le CSSS, par l'intermédiaire des intervenants pivots ou des gestionnaires de cas,

à coordonner la sortie de l'hôpital d'un usager ou d'une usagère, que ce soit pour une relocalisation ou pour un retour à domicile.

Alors que la gestion de cas, dans le cadre RSIPAPA, représente un dispositif professionnel visant spécifiquement la coordination des services à domicile (Hébert, 2004), il n'en demeure pas moins que, dans les pratiques, les activités de coordination des gestionnaires de cas sont fortement déterminées par les besoins de l'hôpital en matière de gestion de lits de courte durée. Dans les faits, la gestion de cas est souvent utilisée comme une ressource servant à libérer des lits à vocation de courte durée, en coordonnant la relocalisation en hébergement permanent, parfois même, pour des personnes qui ne sont pas inscrites en gestion de cas, comme c'est le cas dans le CSSS semi-rural et le CSSS méga urbain.

En somme, la fonction domicilicentrique est détournée vers des besoins hospitalocentriques, où la libération rapide des lits de courte durée est encore considérée comme une priorité. Donc, l'intégration des services a contribué à recentrer les priorités de la gestion de cas vers les besoins des hôpitaux en matière de gestion des lits de courte durée, ce qui va nettement à l'encontre des principes fondamentaux des RSIPAPA, principes qui s'inscrivent dans une perspective domicilicentrique (Hébert, 2004).

Cela traduit une forme nouvelle d'hospitalocentrisme, qui induit un effet structurant sur la temporalité réelle de déploiement de la gestion de cas. La coordination avec les hôpitaux se voit même intensifiée par le projet intégrationniste, qui s'est trop vite réduit à la seule fusion des établissements, l'intérêt de l'hôpital devenant par le fait même l'intérêt de tous. Bien entendu, nous convenons que l'hôpital répond à des besoins légitimes pour les personnes âgées, dont des besoins de retour au domicile, et nous reconnaissons que l'hôpital est plus ouvert au domicile qu'auparavant. Cependant, les ressources de gestion de cas sont davantage tendues vers l'hôpital que ce qui avait été prévu dans les modèles ambulatoires de services qui ont fondé les RSIPAPA.

Cette recherche exploratoire vient donc corroborer une forte tendance dans les pays de l'OCDE à continuer d'utiliser des ressources hospitalières coûteuses et inefficaces, malgré les efforts déployés pour faire valoir d'autres modèles. Si le problème de l'hospitalocentrisme est un problème reconnu par l'OMS, il demeure que les solutions qui ont été développées jusqu'à maintenant ne parviennent pas à y remédier, du moins totalement. L'hospitalocentrisme demeure un sujet d'actualité important pour la recherche. Il faut documenter davantage ce sujet en croisant des résultats produits dans d'autres secteurs de pratique (ex. santé mentale, enfance, jeunesse, famille) et dans d'autres provinces, pour dégager une tendance plus générale aux niveaux national et international, afin de répondre à une question qui demeure entière, comment remédier à la domination de l'hospitalocentrisme dans nos systèmes de santé? Si aucune solution simple ne peut répondre à cette question complexe, à notre avis, une partie de la solution demeure dans l'élaboration et l'implantation de modèles de santé primaire, qui visent des pratiques de prévention de la maladie et de promotion de la santé pour remplacer les modèles curatifs. Toutefois, l'implantation de tels modèles implique de véritables changements dans les politiques sociales québécoises et canadiennes pour arriver à se donner les moyens de nos ambitions. Ceci signifie qu'il faut investir dans des politiques sociales, qui permettront de modifier les cultures organisationnelles et disciplinaires pour favoriser des pratiques plus proactives, qui sont adaptées aux problèmes de santé et sociaux que connaît notre population vieillissante.

## Références

- Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale Nationale. (2007). *RSIPAPA. Procédurier*. Québec.
- Baumann, A., Valaitis, R. & Kaba, A. (2009). *Primary Health Care and Nursing Education in the 21st Century : A Discussion Paper*. A Report the Ontario Ministry of Health and Long-Term Care. Series Number 16.
- Cellard, A. (1997). L'analyse documentaire. Dans J. Poupart, J.-P. Deslauriers, L.-H. Groulx, A. Laperrière, R. Mayer, & A.P. Pires (Eds.), *La recherche qualitative. Enjeux épistémologiques et méthodologiques* (pp. 251-271). Montréal : Gaëtan Morin Éditeur.
- Chisholm, D. (1989). *Coordination without Hierarchy: Informal Structures in Multiorganizational Systems*. Berkeley: University of California Press.
- Demers, L. (2004). Une approche sociopolitique de l'intégration des services aux aînés en perte d'autonomie. Dans R. Hébert, A. Tourigny & M. Gagnon (Éds), *Intégrer les services pour le maintien de l'autonomie des personnes* (pp. 321-335). St-Hyacinthe : Edisem.
- Dodier, N. (1995). *Les hommes et les machines*. Paris : Métailié.
- Hébert, R. (2004). Introduction. Intégrer les services pour maintenir l'autonomie des personnes. Dans R. Hébert, A. Tourigny & M. Gagnon (Éds), *Intégrer les services pour le maintien de l'autonomie des personnes* (pp. 1-7). St-Hyacinthe : Edisem.
- Hofmarcher, M. M., Oxley, H. & Rusticelli, E. (2007). *Improved Health System Performance through Better Care Coordination* (Working Paper No. 30). Paris: OEDC.
- Laperrière, A. (2003). L'observation directe. Dans B. Gauthier (Éds), *Recherche sociale : de la problématique à la recherche des données* (pp. 269-291). Sainte-Foy : Presses de l'Université du Québec.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). (2003). *Chez soi : le premier choix. La Politique de soutien à domicile*. Québec. Dans Ministère de la Santé et des Services sociaux. Documentation. *Publications* [En ligne]. Consulté le 14 octobre 2008.  
<http://ftp.msss.gouv.qc.ca/publications/acrobat/f/documentation/2002/0270401.pdf>
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). (2004). *Projet clinique. Cadre de référence pour les réseaux locaux de services de santé et de services sociaux*. Québec. Dans Ministère de la Santé et des Services sociaux. Documentation. *Publications* [En ligne]. Consulté le 14 octobre 2008.  
<http://ftp.msss.gouv.qc.ca/publications/acrobat/f/documentation/2004/04-009-05.pdf>
- Paillé, P. & Mucchielli, A. (2003). *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales*. Paris : Armand Colin.
- Patton, M. Q. (2002). *Qualitative Research and Evaluation Methods* (3e éd.). Thousand Oaks: Sage Publication.
- Pongsupap, Y. (2007). *Introducing a human dimension to Thai health care : the case for family practice*. Brussels : Vrije Universiteit Brusell Press.
- Vermersch, P. (2000). *L'entretien d'explicitation*. Paris : ESF Éditeur.

Yin, R. K. (2003). *Case Study Research. Design and Methods* (2<sup>e</sup> éd.). Thousand Oaks: Sage Publications.

World Health Organization. (2008). *The World Health Report: Primary Health Care. Now more ever*. Genève: World Health Organization [En ligne]. Consulté le 25 mai 2012. [http://www.who.int/whr/2008/whr08\\_en.pdf](http://www.who.int/whr/2008/whr08_en.pdf)