

# L'approche centrée sur les résultats : l'exemple des réseaux de services intégrés pour les personnes âgées en perte d'autonomie

par

*Sébastien Carrier*, Ph. D.

Professeur

École de travail social

Université de Sherbrooke

Courriel : [sebastien.carrier@usherbrooke.ca](mailto:sebastien.carrier@usherbrooke.ca)

*Paul Morin*, Ph. D.

Professeur

École de travail social

Université de Sherbrooke

*Suzanne Garon*, Ph. D.

Professeure titulaire

École de travail social

Université de Sherbrooke

Analyse des pratiques professionnelles de soutien à domicile et des outils utilisés dans le cadre des RSIPAP (réseaux de services intégrés pour personnes âgées en perte d'autonomie) dans trois CSSS du Québec. Les résultats de l'impact de ces interventions sur les personnes et leurs proches sont peu analysés.

Analysis of the professional practice and tools used in RSIPAPs in three CSSS in Quebec (integrated services for the elderly in loss of autonomy). The results of the impact of these interventions on individuals and those close to them have not been analysed a lot.

## 1. Introduction

Au Québec, les services sociaux destinés aux personnes âgées en perte d'autonomie ont été soumis depuis déjà plusieurs années à un virage qualité qui a pris plusieurs formes. Pensons au modèle ambulatoire implanté au milieu des années 1990, qui avait pour objectif de suppléer l'hôpital comme principal lieu de

prestation de services par le lieu de résidence de l'utilisateur. Ce modèle répondait notamment à la prépondérance des maladies chroniques, associées au vieillissement de la population, nécessitant des besoins d'aide accrus et de longue durée (Hébert, 2004). Pensons également à la nouvelle gestion publique amorcée depuis le début des années 1990 (Larivière, 2005). Celle-ci introduisait la notion de performance et d'indicateurs quantitatifs pour la mesurer (Salais, 2010) afin de mieux utiliser et contrôler les ressources dans les services sociaux (Larivière, 2005).

C'est dans cette foulée que le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) a engagé, en 2004, la réforme des réseaux locaux de services qui allait changer la nature des interventions réalisées par les travailleurs sociaux et des services qu'ils offrent aux usagers. Cette réforme est entrée en vigueur en 2003 avec la *Loi sur les agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux* et a été accompagnée du *projet clinique* (MSSS, 2004). Toujours en cours, elle vise à améliorer l'accessibilité, la continuité et la qualité des services en misant sur une offre de services intégrés (MSSS, 2003). Cette réforme intégratrice adopte l'approche par programme et l'approche populationnelle, qui visent à mieux répondre aux besoins de la population et des clientèles en misant sur une plus grande standardisation des pratiques (MSSS, 2004).

Dans le secteur spécifique du soutien à domicile des personnes âgées en perte d'autonomie, cette standardisation se réalise dans le cadre de réseaux de services intégrés pour personnes âgées en perte d'autonomie (RSIPAPA). Ceux-ci ont pour objectif d'améliorer l'accès, la continuité et la qualité des services de soutien à domicile offerts aux personnes âgées par la mise en réseau des intervenants provenant de professions et d'établissements différents. Bien sûr, les RSIPAPA peuvent varier d'une région à l'autre dans la composition et dans la définition de leurs dispositifs professionnels et

**Intervention, la revue de l'Ordre des travailleurs sociaux et des thérapeutes conjugaux et familiaux du Québec.**  
Numéro 137 (2012.2) : 47-56.

techniques. Toutefois, dans les trois CSSS à l'étude, nous observons la récurrence de certains dispositifs. Nous en repérons quatre :

1. le guichet unique qui ordonne l'accès aux services du RSIPAPA au moyen de critères standardisés;
2. le plan de services individualisé (PSI) dont l'objectif est de planifier les services impliquant plus d'un établissement;
3. l'évaluation des besoins complexes au moyen d'outils standardisés et systématiques qui sert à déterminer les besoins et les services selon des critères d'évaluation uniformisés;
4. la gestion de cas, qui rend imputable un professionnel en matière de coordination des services pour l'ensemble du réseau de la santé et des services sociaux. Très souvent occupé par un travailleur social, le gestionnaire de cas est le professionnel qui procède à l'évaluation des besoins, à la planification et à la coordination des services de soutien à domicile avec l'ensemble des prestataires de services.

Alors que l'intention des réseaux de services intégrés pour personnes âgées en perte d'autonomie (RSIPAPA) est de centrer les services sur la personne (MSSS, 2004), certains auteurs soutiennent, au contraire, que ce type de dispositif a pour effet de favoriser une forme d'intervention sociale guidée par les services. Cela fait en sorte de mettre l'accent sur l'évaluation du processus d'intervention plutôt que sur les résultats que l'intervention sociale produit dans la vie des personnes (Dickinson, 2008; Miller, 2010; Salais, 2010). En fait, au Québec, les indicateurs actuels ne permettent pas de capter l'atteinte de certains objectifs de l'intervention sociale, comme ceux du rétablissement ou de l'intégration sociale (Institute for Research and Innovation in Social Services ou INSPQ, 2010; Aubé et Saint-Onge, 2007) ou encore de la prévention de l'épuisement des proches aidants, de la maltraitance, etc.

C'est au regard de ces limites que des approches basées sur des indicateurs de résultats<sup>1</sup> dans le domaine de l'intervention sociale auprès des personnes et de leurs proches ont été développées au Royaume-Uni. Étant donné la nature rigide et restreinte de l'offre de services sociaux, la complexification des problèmes sociaux et le resserrement des dépenses publiques exigeant l'élaboration de services plus efficaces, les services sociaux au Royaume-

Uni ont choisi de miser sur la personnalisation des services, à laquelle se rattache l'approche centrée sur les résultats (Ellis, 2009). Au Royaume-Uni, cette approche est soutenue par une volonté politique (Petch, Cook, Miller, 2005) qui s'appuie sur les travaux réalisés par le *Social Policy Research Unit* (SPRU) de l'Université de York (Qureshi et Nicholas, 2004). C'est toutefois en Écosse que cette volonté politique s'est le plus manifestée faisant, depuis 2006, de la mise en œuvre de cette approche l'une des priorités nationales pour les services sociaux (Institute for Research and Innovation in Social Services, 2010).

Cette approche distingue quatre composantes importantes :

1. les intrants, qui sont les ressources pour mener à bien les activités d'un projet;
2. les activités, qui sont les actions, les tâches et les travaux qui permettent de produire les extrants et les résultats pour atteindre les objectifs d'un projet;
3. les extrants, qui sont les produits ou les services qui résultent des activités;
4. les résultats, qui sont les changements, les avantages, les apprentissages ou autres effets qui découlent des activités d'un projet.

Selon cette approche, notre modèle de RSIPAPA serait orienté sur les intrants, les activités et les extrants accordant beaucoup moins d'importance aux résultats.

De plus, l'approche centrée sur les résultats vise à ce que les pratiques d'intervention soient réfléchies et jugées comme un processus coconstruit entre les intervenants, la personne et son réseau afin d'arriver à produire des résultats positifs dans la vie de la personne et de ses proches (Garber, 2011). Selon cette approche, la coconstruction de l'intervention se centre sur la prédétermination des résultats à atteindre et des indicateurs pour en mesurer la progression; cette coconstruction sert donc à planifier et à organiser les ressources (les intrants), les méthodes (le processus) et les activités d'intervention (les extrants) (Ellis, 2009).

Dans cet article, nous proposons d'analyser certains dispositifs professionnels et techniques dans le cadre des RSIPAPA, qui ont pour effet de recentrer le système d'intervention sur les services. Cette analyse est le produit d'un traitement secondaire des données d'une recherche portant sur les pratiques effectives

de coordination des services dans le secteur du soutien à domicile pour les personnes âgées en perte d'autonomie (Carrier, 2011)<sup>2</sup>. Nous voulons ainsi amorcer une première réflexion critique appuyée sur des données de recherche qui mettent en lumière l'usage d'une approche d'intervention guidée par les services au Québec. De plus, nous désirons présenter certains effets que produit cette approche dans les pratiques des travailleurs sociaux et proposer, dans la discussion, l'approche centrée sur les résultats pour réfléchir à la transformation possible des services sociaux de soutien à domicile des personnes âgées en perte d'autonomie au Québec.

## 2. Méthodologie et cadre théorique

Nous avons opté pour une stratégie d'étude de cas unique imbriquée, c'est-à-dire sur l'étude d'un seul cas comprenant des unités d'analyse de niveaux différents (Yin, 2003). Le cas que nous avons étudié pour documenter l'objet « coordination » est celui des pratiques professionnelles de la gestion de cas dans le contexte des réseaux de services intégrés pour personnes âgées en perte d'autonomie (RSIPAPA) au Québec. Nous avons examiné les activités de coordination menées dans les pratiques professionnelles des gestionnaires de cas dans trois centres de santé et de services sociaux (CSSS), un en région urbaine, un en région semi-rurale et un en région méga-urbaine. Ces derniers constituent nos unités d'analyse.

Trois collectes de données ont été réalisées pour cette étude : 1. une analyse documentaire; 2. des entretiens d'explicitation; 3. de l'observation directe. Premièrement, l'analyse documentaire (Cellard, 1997) a consisté en un travail descriptif visant à relever les éléments prescrivant les activités professionnelles de coordination pour chaque CSSS étudié. À cet effet, nous avons ciblé précisément les documents officiels qui prescrivent le travail de coordination et qui ont été produits ou utilisés par chaque CSSS. Ainsi, nous avons analysé différents types de documents, entre autres les cadres de référence des réseaux locaux de services (RLS), les projets cliniques et les divers documents internes définissant et traitant de la coordination. Nous avons produit un travail de reconstruction analytique qui, d'une part, souligne les caractéristiques spécifiques à chacun des territoires de

CSSS et, d'autre part, met en lumière les attributs transversaux de ces derniers donnant lieu à un portrait des éléments qui prescrivent les pratiques professionnelles de coordination des gestionnaires de cas.

Deuxièmement, les entretiens consistent en une technique qui vise à faire expliciter des savoirs tacites ou difficilement dicibles par la verbalisation de l'action passée (Vermersch, 2000). Les entretiens menés dans le cadre de cette étude portaient sur 18 situations cliniques provenant des trois CSSS participants. Ces situations ont été construites autour d'un épisode de soins récent ayant nécessité la prise en charge en gestion de cas de la personne âgée en perte d'autonomie. Pour que les situations cliniques soient retenues dans l'étude, les personnes devaient être âgées de 75 ans ou plus et être admises en gestion de cas depuis au moins six mois. Les chefs de programme de chacun des CSSS ont sollicité 14 gestionnaires de cas pour qu'ils repèrent dans leur charge de cas des situations cliniques répondant à ces critères. Ainsi, les entretiens ont été réalisés auprès des 14 gestionnaires de cas, qui sont intervenus dans au moins un des 18 cas cliniques. Les gestionnaires de cas ont été sélectionnés par le chef de programme du secteur du soutien à domicile pour personnes âgées en perte d'autonomie de chacun des CSSS à l'étude. Tous les gestionnaires de cas qui ont participé à l'étude possédaient une formation universitaire en travailleur social. Les entretiens effectués auprès des gestionnaires de cas visaient à faire décrire à ces derniers les interventions récentes qui avaient été réalisées dans le dossier, principalement sur le thème de la coordination. Les entretiens ont été retranscrits puis codés par la même personne. À terme, nous avons produit une analyse thématique pour réduire les données et ensuite élaborer une synthèse des thèmes figurant dans le corpus (Paillé et Mucchielli, 2003).

Troisièmement, l'observation directe (Kohn et Nègre, 2003) a consisté à suivre pas à pas, de façon continue, six gestionnaires de cas. Ceux-ci devaient présenter les caractéristiques suivantes : 1. assumer une fonction de gestionnaire de cas reconnue par l'établissement, incluant un mandat interétablissement et interdisciplinaire de coordination; 2. avoir une charge de cas dans le secteur des services à

domicile des personnes âgées en perte d'autonomie; 3. posséder une expérience de trois ans et plus à titre de gestionnaire de cas. Les deux premiers critères ont été retenus pour obtenir une certaine homogénéité dans la définition de la fonction de la gestion de cas entre les CSSS à l'étude. Le troisième critère a été choisi pour s'assurer d'observer des gestionnaires de cas déjà bien établis dans leur fonction. Les gestionnaires de cas ont été sollicités par le chercheur principal parmi les 14 que nous avons interviewés. Onze répondaient aux critères. Nous avons retenu sept gestionnaires de cas qui se sont portés volontaires en nous assurant d'en avoir un minimum de deux par CSSS. Il n'y avait aucun lien entre le chercheur et les gestionnaires de cas avant le début des activités de recherche. Nous avons réalisé, d'octobre 2009 à février 2010, un total de 190 heures d'observation. Pour réaliser ce travail, nous avons élaboré une grille d'observation, qui visait à produire un compte rendu décrivant avec précision les situations de coordination (Laperrière, 2003). Le travail d'analyse des données issues de l'observation a été fait à partir des notes d'observation pour effectuer un exercice de réduction et de reconstruction inductive des normes, des règles, des gestes professionnels et des cultures pour reconstruire le sens de l'action (Laperrière, 2003).

### 3. Résultats

Au Québec, l'analyse des pratiques professionnelles de soutien à domicile des personnes âgées en perte d'autonomie ne peut se faire qu'en les appréhendant dans le cadre des RSIPAPA. Or, si les dispositifs des RSIPAPA varient d'une région à l'autre, nous observons des invariants dans les pratiques professionnelles qui façonnent l'intervention sociale et sur lesquels nous centrerons notre analyse. Dans cet article, nous analysons ces invariants au regard de quatre éléments que Miller (2010) utilise pour définir l'approche guidée par les services : 1. les outils d'évaluation normalisée; 2. la maximisation des difficultés de la personne; 3. les besoins reconnus associés à une gamme limitée de services; 4. l'offre de services comme obstacle à la prévention.

#### 3.1 Les critères standardisés comme déterminants de l'accès aux services

##### 3.1.1 Les outils d'évaluation normalisée

L'accès au RSIPAPA donne droit à une gamme de services de soutien à domicile destinés aux personnes âgées en perte d'autonomie dont la situation s'avère vulnérable et complexe. Or, l'accès est régi par des critères préétablis par chaque CSSS. La constitution de ces critères varie d'un CSSS à l'autre et détermine les conditions d'accès aux services. C'est notamment le cas des critères utilisant des scores d'évaluation objectifs basés sur des grilles standardisées, grilles qui sont de plus en plus utilisées dans les RSIPAPA. Nous repérons deux types de grilles standardisées. L'un servant au repérage des personnes en perte d'autonomie qui nécessiteraient les services du RSIPAPA, et l'autre servant à l'évaluation des besoins de la personne en perte d'autonomie qui est admise dans le RSIPAPA.

La première grille, qui est utilisée dans le CSSS de la région urbaine, consiste en une grille de repérage conçue pour repérer les personnes âgées souffrant d'une importante perte d'autonomie. Elle mesure 10 éléments : l'âge, les médicaments consommés, l'atteinte des fonctions mentales, le recours aux services hospitaliers, la diminution de l'autonomie, l'incontinence, les troubles de la mobilité, les pertes sensorielles non compensées, l'insuffisance du réseau et la dangerosité du maintien à domicile. Le résultat de la grille de repérage produit un score sur 18. Un score de 8 sur 18 constitue le seuil selon lequel une personne âgée est jugée présenter une perte d'autonomie importante. La personne doit alors être recommandée aux intervenants du RSIPAPA, qui procéderont par la suite à une évaluation en profondeur de la perte d'autonomie pour déterminer ses besoins en matière de services de soutien à domicile. Dans les pratiques usuelles, la procédure de repérage se révèle signifiante pour les gestionnaires de cas. En effet, la grille est utilisée de manière systématique par l'équipe de l'accueil social avant que celle-ci recommande une personne au RSIPAPA. Le résultat sert de critère formel pour vérifier l'admissibilité au RSIPAPA. Le terme « admissible » est important ici puisque la grille ne détermine pas l'accès au RSIPAPA, mais bien la possibilité d'accéder à d'éventuels services, comme l'indique l'extrait qui suit :

« On reçoit une demande, avec un besoin x. Généralement, quand on reçoit la demande, si c'est un dossier RSIPAPA, la grille de repérage a déjà été faite soit par le coordonnateur, soit par l'accueil. Là, on sait d'emblée qu'il y a une possibilité qu'il y ait une inscription au RSIPAPA. » (Gestionnaire de cas 4)

Toutefois, cet outil de repérage est une étape importante pour la prise en charge de la personne par le RSIPAPA puisque ce dispositif technique vient soutenir fortement le jugement clinique, voir le remplacer à certains moments.

La deuxième grille standardisée servant à l'évaluation des besoins de la personne en perte d'autonomie est l'outil d'évaluation multiclientèle (OEMC), qui est largement diffusé et utilisé dans les CSSS depuis une directive ministérielle datant de 2003. Cette grille concerne donc les trois CSSS à l'étude. Dans l'OEMC, on retrouve le système de mesure de l'autonomie fonctionnelle (SMAF), qui correspond à une grille à cocher dont le score permet de mesurer l'importance de la perte d'autonomie. À partir de ce score, il est possible, au moyen du système de classification des besoins Iso-SMAF, de définir 14 profils appelés profils Iso-SMAF. Le profil 1 correspond à une faible perte d'autonomie tandis qu'un profil de 14 équivaut à une forte perte d'autonomie. Chaque profil regroupe des personnes ayant des caractéristiques similaires (dominantes physiques ou cognitives ou mixtes) qui servent à soutenir la prise de décision des gestionnaires de cas concernant le type de services requis devant faire l'objet d'une demande de services pour la personne âgée en perte d'autonomie. Utilisés dans le CSSS semi-rural, nous avons observé que les profils Iso-SMAF contribuent à définir la trajectoire de la demande de service en différenciant les personnes admissibles au RSIPAPA des personnes non admissibles. Ainsi, dans ce CSSS, les personnes affichant un profil Iso-SMAF de 3 ou moins ne sont pas admises au RSIPAPA, tandis que les personnes présentant un profil Iso-SMAF de 4 ou plus le sont. Le profil est considéré comme un critère objectif prépondérant de l'admissibilité, alors qu'il devrait être seulement un outil d'aide à la décision. Dans l'extrait suivant, nous pouvons observer la forte appropriation de ces profils par les intervenants :

« Il y a vraiment un guichet qui, selon des critères, détermine si ça va en liaison ou en gestion. Après la liaison évaluée, SMAF, OÉMC, PSI, demande de services au besoin. Si ça « smaffe » 4 et plus, ils nous transfèrent cela en gestion [de cas]. » (GC 8)

Le système de profils Iso-SMAF est dans le discours de tous les gestionnaires de cas un objet mobilisé pour justifier, d'une part, l'accès ou non d'une personne en gestion de cas et, d'autre part, la détermination des services qui seront offerts à la personne. Il contribue à construire une représentation objective des critères d'accès aux services dans le cadre du RSIPAPA.

En raison de l'utilisation de grilles standardisées, on constate un certain renoncement au jugement professionnel au profit de grilles d'évaluation des besoins produisant une mesure standardisée des critères qui déterminent l'accès aux services. Cela a pour effet de centrer la tâche des intervenants sur l'organisation de services et d'orienter l'intervention sur la détermination des services correspondant ainsi à l'approche guidée par les services.

### *3.1.2 Maximisation des difficultés de la personne*

Bien entendu, ces évaluations standardisées ne font pas complètement abstraction du jugement professionnel. En effet, un lieu est prévu dans l'acte d'évaluation des besoins pour permettre au gestionnaire de cas de faire valoir son jugement professionnel et de justifier la nécessité de certains services que l'évaluation standardisée ne permet pas de légitimer. Le jugement professionnel exige alors la création d'un lieu de négociation administrativo-professionnel, qui permet d'adapter et de modifier certains critères ou certaines règles d'accès en fonction de la situation clinique concrète. Ce lieu peut être à l'intérieur de l'évaluation standardisée : le gestionnaire de cas doit alors mettre des commentaires justifiant la nécessité d'attribuer à la personne âgée des services non pris en compte a priori par l'évaluation standardisée. Mais ce lieu peut aussi être à l'extérieur de l'évaluation standardisée, comme dans le cadre du comité d'allocation des services qui est l'instance d'attribution des services où le gestionnaire de cas peut émettre son opinion professionnelle. Or, dans les deux cas, pour contourner les critères d'accessibilité stricts, les

gestionnaires de cas doivent majorer les difficultés de la personne pour favoriser leur accès aux services. L'extrait qui suit, issu des données d'observation, illustre une telle situation où la tension entre les besoins des personnes âgées et la capacité du système à fournir des services oblige le gestionnaire de cas à amplifier les difficultés de la personne pour justifier l'octroi de services :

« De nouveaux critères d'attribution des services ont été établis dans le CSSS semi-rural. L'offre de services est réduite à cause de raisons financières. Dans ce contexte, le gestionnaire de cas doit annoncer à monsieur que les services d'aide au bain seront réduits de trois à un par semaine. Toutefois, le gestionnaire de cas va négocier avec le chef de programme pour inscrire monsieur au programme de mesures d'exception. Le gestionnaire de cas justifie la demande par les problèmes d'odeur, qui sont causés par le manque d'hygiène. Les résidents de la résidence d'hébergement privée se plaignent de ces odeurs. La réduction des services d'aide à l'hygiène peut donc compromettre le maintien à domicile et nécessiter un transfert en hébergement public. Les mesures d'exception ont été acceptées. » (GC 8)

Le fait que l'OEMC soit fondé sur la compensation des handicaps joue un grand rôle dans la détermination des critères d'accès et d'attribution des services. Cet outil contribue fortement à amplifier les pertes liées à l'autonomie fonctionnelle pour justifier le recours aux services, faisant en sorte de soutenir une approche guidée par les services.

## 3.2. L'offre de services comme déterminant de la réponse aux besoins

### 3.2.1 *Besoins reconnus associés à une gamme limitée de services*

Si dans les trois CSSS à l'étude les critères d'accès et d'attribution des services sont formatés en fonction des besoins reconnus au moyen d'une grille d'évaluation fondée sur la compensation du handicap, ces mêmes besoins sont, pour l'essentiel, associés à une gamme limitée de services desservis en lot. C'est-à-dire que l'approche actuelle fait en sorte que c'est le producteur de services qui détermine à la fois les besoins de la personne et la réponse à ces besoins en établissant une offre de services préétablie. Dans les trois CSSS participant à

l'étude, ces services se distribuent autour de quatre grandes catégories : 1. les services d'aide à l'hygiène (aide au bain, toilette partielle, etc.); 2. les services de répit aux proches aidants (gardiennage, hébergement temporaire); 3. les services visant à assurer la protection du majeur notamment dans les cas de maltraitance; 4. les services de transfert des personnes âgées vers des ressources d'hébergement permanent.

Alors que l'un des principes prioritaires de la gestion de cas est de faire en sorte que les services soient adaptés aux besoins de la personne, dans les faits, nous observons plutôt que ce sont les réponses aux besoins de la personne qui sont adaptés aux services existants. Par exemple, les CSSS participants offrent des services d'assistance-surveillance, qui consistent ordinairement à payer une personne au moyen du programme chèque emploi-services pour surveiller la personne âgée en perte d'autonomie pendant une période de trois heures par semaine. Ces services ont pour objectif d'offrir du répit au proche aidant afin de prévenir son épuisement. Or, il n'existe aucun indicateur qui permette d'évaluer si ce service améliore la qualité de vie de la personne et de ses proches. Plusieurs proches aidants reconnaissent que cette aide consiste moins en un moment de répit qu'en un temps pour accomplir des tâches à l'extérieur de la maison.

C'est aussi vrai pour d'autres types de services. Par exemple, nos observations nous permettent de constater que l'aide à l'hygiène représente une grande partie de l'offre de services et se retrouve souvent comme étant le seul service offert à la personne âgée en perte d'autonomie. Or, nous pourrions penser que des personnes inscrites au RSIPAPA exigent un plan de services plus complet compte tenu de la complexité de la situation attendue. L'extrait qui suit montre un exemple d'une situation où l'accent est mis sur ce genre de services :

« Cette fille-là est tombée malade, donc madame s'est retrouvée un peu sans service. On est intervenu et on est entré dans le dossier dans ce contexte. On a installé des services dans un premier temps, on a cerné les besoins. Il y avait des besoins beaucoup au niveau de l'aide à l'hygiène. Donc, ça a été le principal. » (GC 6)

Cela ne signifie pas que les intervenants s'en tiennent exclusivement à l'offre de services de l'établissement. Il y a, dans les faits, une multitude de micro-ajustements en contexte. Toutefois, nous observons une forte propension dans le discours et les actions des gestionnaires de cas à privilégier et même à faire valoir l'offre de services de l'établissement. Or, cet état de fait va à l'encontre d'un plan de services coconstruit avec la personne âgée en perte d'autonomie et ses proches comme le recommande l'approche centrée sur les résultats.

### 3.2.2 L'offre de services comme obstacle à la prévention

Les travaux de Miller (2010) ont démontré que la réponse aux besoins, lorsqu'elle est associée à une offre de services prédéterminée devant répondre à des critères d'admissibilité stricts, peut constituer un obstacle à la prévention. En ce sens, les personnes ayant des besoins moins importants peuvent se voir exclues des programmes et devront attendre que leur situation se détériore pour recevoir des services. C'est ce que nous observons dans le cadre des pratiques des gestionnaires de cas. En effet, contrairement à ce qui est attendu, nous avons constaté que les activités de coordination réalisées par les gestionnaires de cas s'avèrent souvent peu intenses et complexes. Dans les trois CSSS à l'étude, les activités se limitent souvent aux services d'aide à l'hygiène dispensés par les auxiliaires de services de santé et de services sociaux (ASSSS).

Les gestionnaires de cas adoptent alors un mode passif de veille par l'entremise d'une grande diversité d'acteurs (professionnels, semi-professionnels et non professionnels) et de dispositifs techniques, qui les informent des événements qui sont susceptibles, par exemple, de compromettre le soutien à domicile d'un usager. Cela justifierait alors une coordination présentant une intensité et une complexité accrues. Ce mode passif de veille met en évidence l'existence d'une carence de prévention qui oblige les gestionnaires de cas à se montrer réactifs plutôt que proactifs. Or, ce caractère réactif prédominant n'était pas attendu d'une telle fonction consacrée à la coordination des services aux personnes dont la perte d'autonomie soulève des enjeux de complexité importants. L'extrait qui suit illustre ce mode passif d'intervention des gestionnaires de cas :

« La charge de cas de 68-80 dossiers est trop importante pour permettre l'intensité. On ne brasse pas le pommier par crainte de faire tomber des pommes. » (GC 9)

Plus encore, la détermination de la priorité des besoins de la personne âgée en perte d'autonomie pour l'attribution des services peut être détournée à la faveur des besoins des établissements. C'est notamment le cas avec les hôpitaux. En effet, 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 le transfert en hébergement permanent, parfois même pour des personnes qui ne sont pas inscrites en gestion de cas. Cela se fait alors au détriment des personnes qui sont à domicile en attente de recevoir des services. La fonction de soutien à domicile se voit détournée vers les besoins de l'hôpital, où la libération rapide des lits de courte durée est encore considérée comme une priorité, ce qui va à l'encontre d'une intervention préventive en matière de soutien à domicile. L'extrait suivant illustre la priorisation des besoins hospitaliers :

« 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. »

## 4. Discussion

Le cadre conceptuel de l'approche centrée sur les résultats développé par Miller (2010) nous permet d'analyser, dans le secteur du soutien à domicile des personnes âgées en perte d'autonomie, la forte tendance des gestionnaires de cas à agir en fonction des services plutôt qu'à se centrer sur les résultats que leurs interventions produisent dans la vie des personnes et de leurs proches. L'implantation des RSIPAPA y joue un rôle prédominant. Premièrement, par la systématisation du mode d'évaluation des besoins centré sur la compensation des incapacités. Cette systématisation oriente fortement le travail des gestionnaires de cas, en l'occurrence les travailleurs sociaux, vers l'organisation de services au détriment de l'intervention psychosociale. Deuxièmement, par la prédétermination d'une offre limitée de services desservis en

lot, sans tenir compte des besoins spécifiques de la personne et de ses proches. Cela vient du fait que les producteurs de services sont ceux qui déterminent, à la fois, l'offre de services et l'accès à ses services (Carrier, 2011; Garon, Veil, Paris et Bigonnesse, 2012; Godbout et Paradise, 1987).

Malgré l'importance des ressources humaines, techniques et financières investies dans le champ des services sociaux, notamment avec la mise en place des RISPAPA, nous en savons très peu sur les résultats de ces interventions sur les personnes et leurs proches. C'est pour le moins paradoxal. Comment peut-on prétendre améliorer les services si l'on ignore ce qu'ils produisent réellement? Nous considérons donc l'approche centrée sur les résultats comme une solution novatrice, du fait qu'elle permettra de repenser la qualité de l'intervention selon une perspective sociale basée sur l'usage d'indicateurs destinés à cette fin dans l'ensemble des services sociaux.

Comme nous l'avons vu, les RSISPAPA ont misé jusqu'à maintenant sur les trois premières composantes, soit les intrants, les activités et les extrants. Ils se sont donc préoccupés surtout du processus d'intervention plutôt que des résultats produits par l'intervention. Pour nous, l'évaluation de la qualité du processus de l'intervention demeure essentielle. Toutefois, il nous apparaît tout aussi important de poursuivre cette démarche qualité au moyen d'une approche complémentaire qui permette d'évaluer les résultats que produit l'intervention dans la vie des personnes et de leur proche.

Si l'approche centrée sur les résultats a été élaborée et implantée depuis une vingtaine d'années au Royaume-Uni, au Québec, nous la considérons comme une approche novatrice et originale pouvant contribuer à la transformation des services sociaux, tant sur le plan de l'organisation des services, de l'intervention sociale, de la formation que de la recherche. En considérant la personne comme coélaboratrice des résultats et des indicateurs, les services sociaux au Québec devront engager des ressources (professionnelles, matérielles et financières) et appliquer des méthodes (d'intervention, d'évaluation, etc.) plus flexibles et inventives (Miller, 2010). Ce virage nécessite donc un changement important de cultures

organisationnelle et professionnelle pour parvenir à mieux adapter le processus d'intervention au contexte de la personne. En effet, l'approche centrée sur les résultats comporte certains aspects qui sont peu valorisés dans le contexte où les données probantes produites dans la recherche quantitative favorisent essentiellement les valeurs de la nouvelle gestion publique. À notre avis, il faut dans ce contexte préconiser le réajustement de l'évaluation et de la planification sur des modèles favorisant la conversation semi-structurée, pour réinvestir les compétences analytiques professionnelles, qui tendent à être évacuées avec les outils d'évaluation systématique produisant des « scores ». Ce virage sous-entend également de modifier la perception de la personne usagère ou cliente pour celle de citoyen ayant des droits et des responsabilités. Ainsi, l'usage de l'approche par les résultats constituerait un changement majeur des pratiques d'intervention sociale destinée aux personnes âgées en perte d'autonomie. En fait, cela signifie de porter un regard critique sur le modèle dominant qui vise la compensation des incapacités. L'évaluation experte qui détermine seule ce qui est préférable pour la personne au moyen d'une offre de services limitée, prédéterminée et pas nécessairement adaptée aux besoins de la personne est à remettre en cause.

Il existe un patrimoine important au Royaume-Uni sur les approches centrées sur les résultats dans le domaine des services sociaux concernant plusieurs champs d'activités. Entre autres, nous pensons aux travaux réalisés par le *Joint Improvement Team* (Cook et Miller, 2012) qui mettent de l'avant l'évaluation des résultats selon les aspects de la qualité de vie, du processus d'intervention et du changement réalisé. Ou encore à ceux de l'*Institute for Research and Innovation in Social Services* qui mettent l'accent sur l'élaboration de guides de pratiques s'appuyant sur l'évaluation des résultats. Ce patrimoine doit être compris et bien maîtrisé pour élaborer un tel modèle adapté au Québec. C'est sur quoi nous travaillons dans le cadre des activités du Centre affilié universitaire du Centre de santé et des services sociaux – Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke.

### Descripteurs :

Personnes âgées dépendantes // Gestion de cas //  
Personnes âgées - Soins à domicile - Québec  
(Province) // Personnes âgées - Politique  
gouvernementale - Québec (Province) // Centre  
de santé et de services sociaux (CSSS) // Pratique  
professionnelle // Services aux personnes âgées  
dépendantes

Older people with disabilities //

Case management // Aged - Home care - Quebec  
(Province) // Aged - Government policy - Quebec  
(Province) // Professional practice // Frail elderly,  
Services for

### Notes

- 1 Le terme résultat est la traduction du terme anglais « outcome ». Nous convenons que cette traduction sur le plan épistémologique peut porter à confusion. Nous cheminons présentement quant au terme à utiliser dans le cadre de travaux financés par le Conseil de recherches en sciences humaines du Canada.
- 2 Cette thèse de doctorat s'est insérée dans le projet de recherche intitulé *Enraciner l'intégration des services aux personnes âgées fragiles dans les pratiques des dirigeants, des gestionnaires, des intervenants, des aînés et de leurs proches aidants*. Ce projet a été dirigé par le professeur Louis Demers de l'École nationale d'administration publique et financé par les Instituts de recherche en santé du Canada.

## Références

- Aubé, D. et Saint-Onge, M. (2007). *Rapport de recherche sur l'étude réalisée au Québec dans le cadre du projet pancanadien. Amélioration continue de la mesure de la qualité dans les soins et les services de première ligne en santé mentale (ACMQ)*. Québec : Institut national de santé publique.
- Carrier, S. (2011). *Coordonner les services autour des personnes âgées en perte d'autonomie, une analyse conventionnaliste*. Thèse de doctorat : Université de Sherbrooke.
- Cellard, A. (1997). L'analyse documentaire, dans J. Poupard, J.-P., Deslauriers, L.-H., Groulx, A., Laperrière, R., Mayer et A.P. Pires (Eds.), *La recherche qualitative. Enjeux épistémologiques et méthodologiques*, 251-271. Montréal : Gaëtan Morin Éditeur.
- Cook, A., et Miller, E. (2012). *Talking Points: Personal outcomes approach: Practical guide*. Edinburgh: Joint Improvement Team.
- Dickinson, H. (2008). *Evaluating Outcomes in Health and Social Care*. Bristol: The Policy Press.
- Ellis, J. (2009). *The case for an outcomes approach*. London: CES publications. [En ligne]. Consulté le 22 décembre 2011 de <http://www.ces-vol.org.uk/downloads/thecaseforanoutcomesfocus-501-509.pdf>
- Garon, S., Beaulieu, M., Veil, A., Paris, M., et Bigonnesse, C. (2012). L'expérience québécoise du programme « Villes-amies des aînés » de l'Organisation mondiale de la santé : savoirs et pratiques tirés de l'implantation dans sept projets-pilotes, dans J.-P. Viriot-Durandal et P.-M. Chapon. *Viellir dans la cité. Liens sociaux, intensité territoriale et construction de l'espace public* (69-88). Paris : La Documentation française.
- Garber, A.M. (2011). How the patient-centered outcomes research institute can best influence real-world health care decision making, *Health Affairs*, 30 (12), 2243-2251
- Godbout, J., et Paradise, O. (1987). *La gestion néo-capitaliste du social*, RIAC 19/59.
- Hébert, R. (2004). Introduction. Intégrer les services pour maintenir l'autonomie des personnes, dans R. Hébert, A. Tourigny et M. Gagnon (Éds). *Intégrer les services pour le maintien de l'autonomie des personnes*, 1-7. (s. l.): Edisem.
- Institute for Research and Innovation in Social Services (2010). *Leading for Outcomes a Guide*. Glasgow: IRISS. [En ligne]. Consulté le 22 décembre 2011 de [http://www.iriss.org.uk/sites/default/files/iriss\\_leading\\_for\\_outcomes\\_a\\_guide\\_final-1.pdf](http://www.iriss.org.uk/sites/default/files/iriss_leading_for_outcomes_a_guide_final-1.pdf).
- Kohn, R.C., et Nègre, P. (2003). *Les voies de l'observation: repères pour les pratiques de recherche en sciences humaines*. Paris: L'Harmattan.
- Laperrière, A. (2003). L'observation directe, dans B. Gauthier (Ed.). *Recherche sociale : de la problématique à la recherche des données*, 269-291. Sainte-Foy : Presses de l'Université du Québec.
- Larivière, C. (2005). Les risques de la nouvelle gestion publique pour l'intervention sociale. *Interaction communautaire*, 70, 13-16.
- Miller, E. (2010). Can the shift from needs-led to outcomes-focused assessment in health and social care deliver on policy priorities? *Research, Policy and Planning*, 28 (2), 115-127.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (2004). *Projet clinique. Cadre de référence pour les réseaux locaux de services de santé et de services sociaux*. Ministère de la Santé et des Services sociaux. Documentation. Publications [En ligne]. Consulté le 22 décembre 2012 de <http://ftp.msss.gouv.qc.ca/publications/acrobat/f/documentation/2004/04-009-05.pdf>.
- Paillé, P., et Mucchielli, A. (2003). *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales*. Paris : Armand Colin.
- Petch, A., Cook, A., et Miller, E. (2005). Focusing on outcomes: their role in partnership policy and practice. *Journal of Integrated Care*, 13 (6), 3-12.
- Qureshi, H., et Nicholas, E. (2004). Make Outcomes your Big idea: Using Outcomes to Refocus social Care Practice and Information. *Journal of Integrated Care*, 12, 13-19.
- Salais, R. (2010). La donnée n'est pas un donné pour une analyse critique de l'évaluation chiffrée de la performance. *Revue française d'administration publique*, 135, 497-515.
- Vermersch, P. (2000). *L'entretien d'explicitation*. Paris : ESF Éditeur.
- Yin, R.K. (2003). *Case Study Research. Design and Methods* (2<sup>nd</sup> ed.). Thousand Oaks: Sage Publications.