

UNIVERSITÉ DE SHERBROOKE

**Analyse des pratiques de tenue de dossiers cliniques des gestionnaires de cas sous
l'angle de la continuité comme attribut essentiel de la qualité des services**

Par

Louise Belzile

Mémoire présenté en vue de l'obtention du diplôme de
MAÎTRISE ÈS ARTS (M.A.) en Gérontologie

Département de gérontologie
Faculté de médecine et des sciences de la santé
Novembre 2010

I-2473



Library and Archives
Canada

Published Heritage
Branch

395 Wellington Street
Ottawa ON K1A 0N4
Canada

Bibliothèque et
Archives Canada

Direction du
Patrimoine de l'édition

395, rue Wellington
Ottawa ON K1A 0N4
Canada

Your file *Votre référence*
ISBN: 978-0-494-79769-3
Our file *Notre référence*
ISBN: 978-0-494-79769-3

NOTICE:

The author has granted a non-exclusive license allowing Library and Archives Canada to reproduce, publish, archive, preserve, conserve, communicate to the public by telecommunication or on the Internet, loan, distribute and sell theses worldwide, for commercial or non-commercial purposes, in microform, paper, electronic and/or any other formats.

The author retains copyright ownership and moral rights in this thesis. Neither the thesis nor substantial extracts from it may be printed or otherwise reproduced without the author's permission.

AVIS:

L'auteur a accordé une licence non exclusive permettant à la Bibliothèque et Archives Canada de reproduire, publier, archiver, sauvegarder, conserver, transmettre au public par télécommunication ou par l'Internet, prêter, distribuer et vendre des thèses partout dans le monde, à des fins commerciales ou autres, sur support microforme, papier, électronique et/ou autres formats.

L'auteur conserve la propriété du droit d'auteur et des droits moraux qui protègent cette thèse. Ni la thèse ni des extraits substantiels de celle-ci ne doivent être imprimés ou autrement reproduits sans son autorisation.

In compliance with the Canadian Privacy Act some supporting forms may have been removed from this thesis.

While these forms may be included in the document page count, their removal does not represent any loss of content from the thesis.

Conformément à la loi canadienne sur la protection de la vie privée, quelques formulaires secondaires ont été enlevés de cette thèse.

Bien que ces formulaires aient inclus dans la pagination, il n'y aura aucun contenu manquant.


Canada

Composition du Jury

Analyse des pratiques de tenue de dossiers cliniques des gestionnaires de cas sous l'angle de la continuité comme attribut essentiel de la qualité des services

Par

Louise Belzile

Ce mémoire a été évalué par un jury composé des personnes suivantes :

Mme Annick Lenoir, Ph.D., Directrice de recherche
Département de service social, Faculté des lettres et sciences humaines

Mme Lucie Bonin, M.D., conseillère interne
Médecin conseil à la Direction de la santé publique de la Mauricie et du Centre du Québec et à l'Institut de santé publique du Québec.

Mme Céline Bureau, M.Sc.Inf., conseillère externe
Directrice du projet clinique, de la santé publique et du développement des communautés au CSSS-IUGS

À mon ami
Julien

REMERCIEMENTS

Plusieurs personnes ont permis la réalisation de ce projet. Ce mémoire est l'aboutissement concret d'un retour aux études après 25 années consacrées à ma famille et au travail dans les milieux scolaire, communautaire et de services sociaux et de santé.

Je tiens à remercier, avant tout, mon ami Julien Quinty sans qui je n'aurais pas cru possible ce passionnant projet. Son soutien en amont et durant ma scolarité de maîtrise a été constant, appréciable et combien aujourd'hui apprécié.

Viennent ensuite, mes collègues étudiants de la première heure, Émilie Rousseau-Tremblay, Stéphanie Tremblay-Lavoie et Amélie Dubé qui ont été patientes et aidantes avec mes tourmentes technologiques et statistiques. Puis, les autres collègues du bureau d'à côté, Dominique Gagnon, Sébastien Carrier, Francis Etheridge, Joanie Lacasse-Bédard qui sont allés de mille et un conseils pratiques et surtout, qui m'ont permis de faire partie de cette belle équipe d'étudiants en gérontologie.

Je ne saurais passer sous silence les équipes de recherche et de travail qu'il m'a été donné de côtoyer durant ces deux ans. J'ai tant appris avec chacun et chacune sur le monde de la recherche. Vous m'avez fait confiance et vous avez su me faire me sentir utile à l'avancée de vos projets. La poursuite de mon cheminement au doctorat s'est présentée comme l'avenue que je ne pouvais qu'emprunter, à votre suite. Merci à Ghyslaine Lalande, Suzanne Philips-Nootens, Marcel Arcand, Marie Beaulieu, Hélène Payette, Dominique Somme et Yves Couturier.

Non, je n'ai pas oublié de souligner la contribution d'une équipe incroyable, l'équipe *Enraciner*. Chacun des membres de cette équipe a fait une différence pour mon projet et pour moi-même personnellement. L'humilité d'André Tourigny et la pertinence

de ses propos m'ont démontrée la grandeur de cet homme et de ce chercheur; l'étendue et la précision du vocabulaire de Louis Demers m'ont permis de prendre la « mesure incommensurable » de ce chercheur à la fois enjoué et rigoureux; la générosité et le sens pratique de Lucie Bonin (qui a de plus accepté de m'encadrer en cours de rédaction), m'ont fait apprécier l'intelligence et l'abnégation de ces hommes et de ces femmes qui consacrent leur vie à l'amélioration du quotidien de leurs congénères; et enfin, Yves Couturier dont l'esprit confiant, curieux et créatif nous a propulsé, nombre d'entre nous, dans des carrières de chercheurs en devenant en se préoccupant constamment de notre vision du monde et de notre capacité à être heureux avec nos choix personnels et professionnels. Devrais-je aussi préciser ici que, très concrètement, sans le projet de cette équipe, le présent mémoire n'existerait pas, puisque j'ai analysé les données recueillies pour l'étude *Enraciner*.

Madame Annick Lenoir a elle aussi contribué à parfaire mes connaissances en faisant preuve de patience et de générosité à mon égard, notamment en acceptant de me diriger en solo, en cours de route. Ses judicieux conseils m'ont permis d'avancer, notamment au plan méthodologique. Avec elle, j'ai eu le privilège de rencontrer une femme et une chercheuse de grande qualité. Je remercie aussi Madame Céline Bureau, membre du jury, qui a généreusement accepté d'accorder de son temps précieux pour l'évaluation de ce mémoire.

Je suis aussi redevable à mes anciennes collègues avec lesquelles j'ai gardé contact et qui m'ont beaucoup encouragée à poursuivre ma voie dans ce nouveau chemin de vie qui ne cesse de me surprendre agréablement.

RÉSUMÉ

La qualité des services est considérée de plus en plus comme un paramètre essentiel de la conception des services sociosanitaires (MSSS, 2005). Selon les divers modèles théoriques de la qualité des services (Donabedian, 1980; Kröger, 2007; OMS, 2004), la continuité des services en constitue une composante importante, surtout pour une organisation des services qui se veut de plus en plus intégrée.

La continuité est abordée ici en s'appuyant sur la définition tridimensionnelle qu'en donnent Reid, Haggerty & McKendry, (2003). Elle est relationnelle, ce qui implique l'existence de rapports significatifs entre professionnels et usagers. Elle est informationnelle, ce qui suppose de rendre accessibles aux professionnels les informations requises pour l'exercice de leurs fonctions. Enfin, il faut ajouter la dimension d'approche, laquelle renvoie à la cohérence des diverses actions accomplies pour le bien-être et au bénéfice de l'utilisateur.

Le dossier clinique se présente comme une fenêtre par laquelle les trois objets que sont la qualité des services, l'intégration des services et la continuité des services peuvent se révéler et s'articuler. Pourtant, peu de recherches ont analysé le dossier clinique spécifiquement sous cet angle, privilégiant plutôt les études portant sur sa conformité à certaines normes (audits) ou l'utilisation des dossiers cliniques dans une optique de triangulation des données. La présente étude aborde le dossier clinique en tant qu'observatoire de la continuité. Cette position s'explique par les contextes social et scientifique actuels, qui considèrent la continuité comme une dimension transversale de la qualité (Kröger et al. 2007) et la voient comme à la fois une condition et un effet de l'intégration des services. Notre étude vise à repérer et à catégoriser des indices de

continuité des services tels qu'on les retrouve dans des dossiers cliniques d'usagers inscrits en gestion de cas, et ce, dans le but de contribuer à l'accroissement de la qualité dans les services dispensés aux personnes âgées. En identifiant les façons dont les professionnels inscrivent des traces de continuité dans les dossiers cliniques des usagers et en dégagant les composantes de la continuité qui sont présentes dans les rédactions, la pertinence de l'usage des dossiers cliniques dans l'analyse de la continuité est précisée et quelques pistes méthodologiques d'analyse de la continuité des services peuvent être esquissées.

Nous avons procédé à l'analyse de 16 dossiers cliniques de personnes âgées de 75 ans et plus, qui vivent dans deux territoires où existent des réseaux intégrés de services et qui sont inscrites en gestion de cas depuis au moins six mois. L'information contenue dans les dossiers cliniques des usagers a été extraite à l'aide d'outils conçus à cette fin spécialement pour notre étude.

L'approche qualitative que nous mettons à contribution opère un double mouvement analytique de déduction et d'induction des formes de continuité que l'on retrouve dans les dossiers cliniques. Précisons que cette étude s'inscrit dans le cadre d'une plus grande recherche portant sur la fragilité (*IRSC team on frailty*) que dirigent François Béland et André Tourigny.

Nos résultats indiquent que les dossiers cliniques se révèlent un excellent observatoire de la continuité, bien que ce soit avec une pertinence variable selon la dimension retenue. Ainsi, le principal obstacle à la continuité informationnelle réside dans la difficulté à maintenir à jour les documents standardisés (OÉMC et PIAS, notamment). De même, la continuité relationnelle a pu être appréhendée en termes de permanence de la présence des intervenants dans le dossier clinique de l'utilisateur, même si

la qualité de la relation entre le professionnel et l'utilisateur n'y est pas explicite. Enfin, s'agissant de la continuité d'approche, la fragmentation du dossier clinique et l'absence de description des processus de prise de décision clinique rendent son évaluation plus problématique.

Une bonne partie du caractère incomplet du dossier clinique pourrait être facilement comblée, ce qui aurait pour effet de placer les pratiques de rédaction utilisées par les professionnels en phase avec les changements qui surviennent dans la conception de la qualité et dans l'organisation des services.

Mots-Clés : dossier clinique, intégration des services, continuité des services, qualité des services.

ABSTRACT

The quality of services is more and more often viewed as a parameter which plays a crucial role in the conception of socio-sanitary services. According to the diverse theoretical models that seek to define the concept of quality of care (Donabedian, 1980; Kröger, 2007; OMS, 2004), continuity of services represents an important dimension of the quality of care, specifically for a services organization that sees itself as a structure that is more and more integrated.

Our point of view on continuity is based essentially on the tridimensional definition of continuity given by Reid, Haggerty & McKendry, (2002). Firstly, relational continuity implies the existence of significant relationships that take place between professionals and services users. Secondly, informational continuity supposes that the professionals involved have access to the information they need in order to accomplish

their tasks. Thirdly, management continuity refers to the coherence between the various actions that are undertaken by diverse professionals for the benefit and well-being of services users.

The clinical record can be likened to a window through which three objects, the quality of services, the integration of services, and the continuity of services, can appear and form a structure. However, very few researches tried to understand the clinical record in that specific perspective, preferring to focus their attention on the study of audits and on utilization of clinical records in a perspective of data triangulation

Our study considers the clinical record as an observatory of the continuity. The adoption of this specific point of view is best explained by the existing social context and scientific context, which consider the continuity as a cross-sectional dimension of the quality as well as both a cause and an effect of the services integration. Our study aims to identify and categorize the continuity indicators that appear in the clinical records of the services users that were admitted in case management, with the objective of increasing the quality of services provided to the elderly population. In identifying the different ways by which some professionals leave their marks of continuity in the clinical records and recognizing the elements that define continuity and that those professionals take into account when writing their observation notes, the relevance of using clinical records in order to understand the concept of continuity of services is duly confirmed, and some methodological tracks to enhance the study of the continuity of services can be made.

We analysed the clinical records of 16 older people aged 75 and more who are living in a territory where there is an integrated services network and who were admitted in case management since at least six months. Data that were contained in the users'

clinical records were extracted using instruments that were specialty created for our study. With its double analytic process of deduction and induction, the qualitative approach we utilize seeks to understand the dimensions of the continuity that are present in the clinical records. Our study is part of a bigger research on frailty, namely the CIHR Team in Frailty and Aging, which is led by François Béland and André Tourigny.

Our results show that the clinical records represent a very good observatory of continuity, but with more or less relevance depending of the dimension of the continuity that is involved. Thus, the most important obstacle to informational continuity lies in the fact that it is difficult to keep the standardized documents up to date. Similarly, the relational continuity was evaluated taking into account the permanency of the professionals' presence in the clinical records, but the quality of the relationship between professionals and users is not explicit. Finally, concerning the management continuity, the fragmentation which characterizes the clinical record and the absence of description of the decision-making process render the estimation of management continuity much more hazardous.

A good part of the sketchy nature of the clinical record could easily be taken care of and completed, which would have the effect of putting the professionals' recording habits in phase with the changes that take place in the conception of the quality and in the services organization.

Key words: Clinical record, services integration, continuity of services, quality of services.

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION	14
CHAPITRE I: PROBLÉMATIQUE	16
1.1 LE CONTEXTE SOCIAL DE L'ÉTUDE	16
1.1.1 Vieillessement général de la population	16
1.1.2 Nécessité d'apporter une nouvelle réponse aux personnes âgées en perte d'autonomie	17
1.2 LE CONTEXTE SCIENTIFIQUE DE L'ÉTUDE	19
1.3 LES OBJETS	22
1.3.1 La qualité des services.....	22
1.3.1.1 Historique du concept	25
1.3.1.2 Définition actuelle du concept	28
1.3.1.3 Évaluation de la qualité des services	30
1.3.2 L'intégration des services.....	31
1.3.3 La continuité des services.....	36
1.3.4 Le dossier clinique.....	38
1.3.5 Articulation des objets et pertinence sociale	41
1.4 QUESTION DE RECHERCHE	46
1.5 OBJECTIFS DE L'ÉTUDE	47
1.6 ÉTAT DES CONNAISSANCES.....	48
1.6.1 Recension des écrits	48
1.6.1.1 Le DC et ses enjeux éthiques et juridiques.....	49
1.6.1.2 Le DC et ses dispositifs technologiques.....	51
1.6.1.3 Le DC et ses référentiels formels et pragmatiques.....	54
1.6.1.4 Le DC comme moyen pour observer la qualité.....	56
1.6.1.5 Le DC comme moyen pour réaliser la continuité.....	62
1.6.2 Constats	63
1.7 LE CADRE CONCEPTUEL	65
1.7.1 Le concept de qualité.....	65
1.7.2 Le concept de la didactique des savoirs professionnels	71
1.7.3 Le concept de continuité.....	76
CHAPITRE II : MÉTHODE DE RECHERCHE	83
2.1 STRATÉGIE D'ACQUISITION.....	83
2.1.1 Finalité.....	83

	12
2.1.2 Objectif de connaissance	83
2.1.3 Dispositif de recherche	85
2.2 STRATÉGIE D'OBSERVATION	87
2.2.1 Population à l'étude	87
2.2.2 Échantillonnage	88
2.2.3 Procédure de recrutement	89
2.2.4 Méthode d'observation	90
2.2.5 Instrument de collecte de données	91
2.2.6 Déroulement de la collecte	94
2.3 STRATÉGIE D'ANALYSE	95
2.3.1 Nature du traitement des données	96
2.3.2 Méthode d'analyse	98
2.3.2.1 La pré-analyse	101
2.3.2.2 Exploitation du matériel	106
2.3.2.3 Le traitement des résultats	107
2.4 OBSTACLES MÉTHODOLOGIQUES	108
2.5 CRITERES DE VALIDITÉ DES ANALYSES	109
2.6 CONSIDÉRATIONS ÉTHIQUES	112
CHAPITRE III : RÉSULTATS	113
3.1 PRÉSENTATION DES RÉSULTATS	113
3.1.1 Description des participants et de leur contexte	113
3.1.2 Extraction des données	117
3.1.3 Données de l'exploration	121
3.1.4 Liens entre les résultats et les objectifs spécifiques	134
CHAPITRE IV : ANALYSE TRANSVERSALE ET DISCUSSION	147
4.1 ANALYSE SOUS L'ANGLE DE LA CONTINUITÉ	147
4.2 ANALYSE SOUS L'ANGLE DE LA DIDACTIQUE DES SAVOIRS PROFESSIONNELS	151
4.3 PORTÉE ET LIMITES DE L'ÉTUDE	161
4.4 PISTES DE RECHERCHE ET RECOMMANDATIONS POUR LA PRATIQUE	163
CONCLUSION	166
RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES	168

LISTE DES ANNEXES

Annexe 1	
Formulaire sociodémographique	176
Annexe 2	
Tableau de collecte des données	178
Annexe 3	
Bande temporelle	179

LISTE DES FIGURES

Figure 1 : Imbrication des objets	22
Figure 2 : Équation de la production de masse.....	26
Figure 3 : La spirale de l’audit clinique.....	59
Figure 4 : Théorie des systèmes	66
Figure 5 : Roue de Deming	70
Figure 6 : Types de continuité	78
Figure 7 : Les mesures de la continuité	79
Figure 8 : Finalité de la recherche et objectifs opératoires.....	84
Figure 9 : Diagramme d’analyse	101
Figure 10 : Critères de scientificité.....	109

INTRODUCTION

Dans leur pratique clinique, les professionnels de la santé et des services sociaux consacrent une part importante de leur travail à la rédaction de documents de toutes sortes, dont les dossiers cliniques des usagers. Les ordres professionnels et les organisations encadrent cette activité clinique au moyen de référentiels disciplinaires et administratifs. Les dossiers sont aussi en usage à d'autres fins que celle, incontournable, de l'obligation légale de conserver une mémoire des interventions réalisées. Par exemple, ils peuvent servir à évaluer la qualité de la pratique, notamment la concordance des décisions prises par les professionnels avec une série de référentiels administratifs, juridiques ou scientifiques, pensons aux guides de pratiques fondées sur les résultats probants de la recherche, mieux connus sous l'appellation *Evidence-based practice*. Les dossiers cliniques sont aussi fréquemment utilisés comme matériau privilégié de collecte de données pour ce qu'on appelle les audits de qualité (de Villermay, 1982; Donabedian, 1988; Lajoie, 2003; Maitland, 1998; Shakib, 2003). En recherche, ils peuvent servir aussi à trianguler les données avec d'autres sources telles que des entrevues ou des notes d'observations *in situ*. Les dossiers cliniques apparaissent donc, de prime abord, comme des sources intéressantes d'information, mais ils sont cependant souvent sous-utilisés, probablement en raison du traitement analytique fastidieux qu'ils imposent. Nous y reviendrons.

La présente étude aborde le dossier clinique en tant qu'observatoire de la continuité. Cet angle particulier est justifié par les contextes social et scientifique qui considèrent la continuité comme une dimension transversale des modèles actuels de la qualité (Kröger, Tourigny, Morin, Côté, Kergoat, Lebel, et al., 2007) et comme une

condition et un effet de l'intégration des services. En principe, quel que soit le modèle adopté, l'intégration des services devrait apporter une meilleure efficacité dans la dispensation des services résultant par exemple des mesures de contrôle des coûts plus efficaces et la diminution des duplications. Surtout, elle devrait favoriser une meilleure qualité des services en raison du fait qu'elle rend l'offre de services plus cohérente sur le plan clinique (Kodner, 2008; Magtymova, 2007). Le dossier clinique se présente donc comme une fenêtre par laquelle les objets de la qualité, de l'intégration des services et de la continuité peuvent se révéler; c'est le pari qui est ici fait.

Cette étude vise donc à mieux comprendre la façon dont les gestionnaires de cas laissent des traces de continuité des services au travers des écrits qu'ils produisent et qui sont consignés dans le dossier clinique de l'utilisateur. Afin de mieux cerner les dimensions de la continuité nous présenterons les contextes social et scientifique qui justifient la pertinence de cette étude. Nous compléterons la problématique en présentant nos matériaux conceptuels, la question de recherche et les objectifs généraux et spécifiques. L'état des connaissances fera l'objet du deuxième chapitre. Nous nous attarderons ensuite aux stratégies de collecte et d'analyse des données. Les résultats obtenus seront présentés de manière à qualifier l'atteinte de chacun des objectifs puis ils seront discutés à la lumière des assises théoriques et conceptuelles et des recherches antérieures.

CHAPITRE I : PROBLÉMATIQUE

1.1 LE CONTEXTE SOCIAL DE L'ÉTUDE

1.1.1 Vieillessement général de la population

Selon des projections de Statistique Canada (2005), la proportion des personnes âgées de 65 ans et plus dans la population canadienne doublera entre 2005 et 2036, passant de 13,2 % à 24,5 %. Au Québec, le phénomène évolue encore plus rapidement qu'ailleurs dans le monde (Ministère de la santé et des services sociaux [MSSS], 2001). En effet, on estime que, d'ici 2031, la population québécoise âgée de 65 ans et plus atteindra de 24% à 29% de la population totale (Kergoat & Légaré, 2007). Mais vivre plus longtemps ne rime pas nécessairement avec vivre en bonne santé. Selon les données de l'Institut de la Statistique du Québec, l'âge avancé se caractérise par le niveau des incapacités. Dans son plan d'action 2005-2010, *Un défi de solidarité : les services aux aînés en perte d'autonomie*, le MSSS soulignait qu'en un court laps de temps, soit de 2005 à 2010, le nombre de personnes âgées en perte d'autonomie au Québec passerait de 200 000 à un peu plus de 230 000 (MSSS, 2005). Considérant cette tendance démographique et l'augmentation de la prévalence de la fragilité qui en découle, la demande envers le système de santé et de services sociaux deviendra toujours plus importante (Statistique Canada, 2005). Le vieillissement de la population représente donc un enjeu important pour les systèmes de santé et de services sociaux des pays développés, dont font partie le Canada et le Québec.

1.1.2 Nécessité d'apporter une nouvelle réponse aux besoins des personnes âgées en perte d'autonomie

Les problèmes de santé et sociaux reliés aux maladies chroniques telles que le diabète, les maladies cardio-vasculaires, les maladies respiratoires, l'arthrite et les différentes formes de démence, notamment la maladie d'Alzheimer, appellent des réponses particulières aux besoins nombreux et persistants qui interagissent entre eux. Les personnes atteintes d'une ou de plusieurs de ces maladies sont fragilisées dans toutes les sphères de leur vie (bio-psycho-social), et ce, à des moments qui varient en intensité, en nombre et en séquence dans le temps. Les problèmes vécus par les personnes âgées et leurs proches sont, en ce sens, de plus en plus complexes et requièrent de ce fait des interventions de plus en plus diversifiées et davantage concertées. Or, force est de constater que le modèle traditionnel hospitalo-centrique s'avère incapable de faire face à ce contexte en mouvance continue et, par conséquent, il doit progressivement faire place à un autre modèle de services de nature domicilo-centrique (Hébert, 2008). Il semble que les soins ambulatoires de première ligne et les services à domicile soient les milieux tout désignés pour actualiser ce nouveau modèle en émergence. Ces lieux permettent la prévention et la réduction des maladies nosocomiales, réduisent l'impact négatif de l'institutionnalisation sur le maintien de l'autonomie, facilitent la mobilisation affective et fonctionnelle des proches et, enfin, favorisent le respect du choix d'une majorité de personnes âgées de demeurer à domicile.

Toutefois, ce virage vers le domicile complexifie l'offre de services puisque les services se déroulent sur des lieux qui sont fort dispersés et non institutionnalisés (les domiciles des usagers), lieux dans lesquels se croisent un grand nombre de ressources (publiques, privées, communautaires et familiales) dotées chacune de leurs modalités

d'action, de leurs référents normatifs, et ainsi de suite. Bien que l'intégration réussie de la prestation de services peine à se réaliser pleinement, elle demeure pourtant impérative (Hébert, Tourigny, & le groupe PRISMA, 2007). En fait, si le virage domicilo-centrique comporte de nombreux avantages, il accroît le risque de rupture ou de fragmentation des services. Par conséquent, la continuité des services menace de se retrouver ébréchée et la qualité de ces services éventuellement amoindrie si des dispositifs intégrateurs ne sont pas mis en place.

Au Canada, plusieurs modèles d'intégration des services ont été développés au cours des années (Kodner, 2008). Au Québec, c'est sur les acquis de ces expérimentations que le MSSS a jeté en 2004 les bases d'une réforme de l'organisation des services de santé et sociaux, réforme qui impliqua la création des réseaux de services intégrés (RSI). La Loi 25 qui les institue a pour but de mettre en place une organisation de services de santé et sociaux intégrée, notamment en ce qui concerne les finalités de prévention, d'évaluation, de diagnostic et de traitement, de réadaptation et de soutien pour les clientèles souffrant de problèmes complexes et chroniques (par exemple, une perte d'autonomie liée au vieillissement et des problèmes de santé mentale). L'intégration des services vise également à rapprocher les services de la population et à faciliter le cheminement de toute personne dans le réseau.

L'intégration des services de santé apparaît donc comme une voie prometteuse qui facilite l'accessibilité, la qualité, la satisfaction des usagers et l'efficience du système (Kröger, et al., 2007). Un des dispositifs reconnus permettant d'opérationnaliser l'intégration réside dans la gestion de cas. Bien que différents modèles fonctionnels de gestion de cas existent, voire coexistent (Couturier, Carrier, Gagnon, & Chouinard, 2007a), il demeure certains aspects constitutifs de base de la gestion de cas. Par

exemple, l'une des tâches dévolues au gestionnaire de cas est de coordonner les acteurs et les services pour restreindre le plus possible les bris de continuité et ainsi contribuer à assurer le droit des personnes âgées à recevoir des services de qualité. La qualité se situe donc au cœur des défis des financeurs et des fournisseurs de services aux aînés. C'est en concordance avec ce « défi-qualité » que la continuité des services représente un enjeu important pour le système de santé et de services sociaux, et ce, à tous les paliers décisionnels et opérationnels dans chacune des dimensions (normative, clinique, informationnelle, organisationnelle et financière) de l'intégration (Demers, St-Pierre, Tourigny, Bonin, Bergeron, Rancourt, et al., 2005). L'intégration de ces cinq dimensions appelle, entre autres, à la mise sur pied d'un dossier clinique accessible et partageable (Hébert, et al., 2007) par l'utilisateur, les praticiens, les gestionnaires et les divers organismes de régulation. Ainsi, au carrefour que constitue les dossiers cliniques, l'observateur devrait normalement constater les configurations que prennent les diverses formes d'intégration, de même que l'un de ses importants indices, la continuité.

1.2 LE CONTEXTE SCIENTIFIQUE DE L'ÉTUDE

L'expertise du Centre de recherche sur le vieillissement (CDRV) en matière d'intégration des services n'est plus à démontrer (Kodner, 2008). La contribution de ses chercheurs à l'avancement des connaissances scientifiques, l'importance des retombées significatives de leurs travaux dans les milieux de pratique gériatrique de même que leur influence sur les décideurs en matière d'organisation des services gériatriques permettent d'asseoir solidement la notoriété du CDRV. Ses chercheurs, qui sont issus de différentes disciplines et appliquent des approches variées, se sont intéressés au phénomène de l'intégration des services de façon globale. Les outils développés dans le

cadre de plusieurs de leurs recherches sont aujourd'hui utilisés pour appuyer les professionnels qui travaillent auprès de la population âgée et de leurs proches, pensons ici au Projet de recherche sur l'intégration des services de maintien de l'autonomie (PRISMA) et à ses suites, notamment en France, où ce modèle d'intégration des services est en cours d'implantation sous forme de projets-pilote. PRISMA-France accueille des chercheurs et des étudiants du CDRV dans le processus de recherche en cours.

Le CDRV compte également sur l'expertise de la Chaire de recherche du Canada sur les pratiques professionnelles d'intégration des services en gérontologie, qui est dirigée par le professeur Yves Couturier. L'expertise de la chaire se traduit par de nombreuses participations à des projets de recherche menés en association avec des chercheurs d'ici et d'ailleurs. À ce chapitre, une collaboration importante est en cours avec la grande Étude sur la fragilité (financée par les Instituts de recherche du Canada), sous la direction de François Béland, codirecteur du Groupe de recherche SOLIDAGE et professeur titulaire au Département d'administration de la santé de la Faculté de médecine de l'Université de Montréal, et par André Tourigny, chercheur associé au Groupe de recherche PRISMA, médecin à l'Institut national de santé publique du Québec et professeur agrégé au département de médecine de l'Université Laval. Six projets de recherche (auxquels sont associés plusieurs chercheurs du CDRV) alimentent cette grande étude. Six étudiants des deuxième et troisième cycles du Centre universitaire de formation en gérontologie (CUFG) travaillent dans un de ces six sous-projets, l'équipe *Enraciner*¹. Cette composante est dirigée par le chercheur Louis Demers, de l'École nationale d'administration publique (ÉNAP). Les co-chercheurs de

¹ Le titre complet de la recherche est *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*. Elle sera désignée par *Enraciner* dans la suite du présent mémoire.

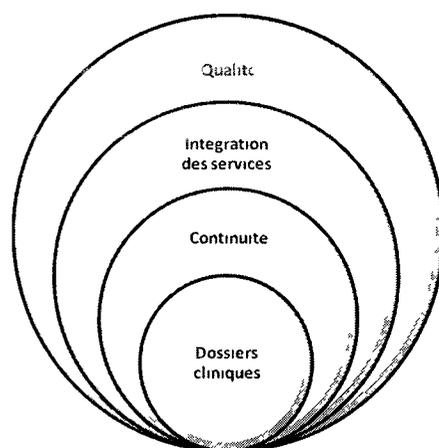
ce volet sont André Tourigny, Yves Couturier, Lucie Bonin, médecin-conseil à l'Agence régionale de santé et de services sociaux de La Mauricie et du Centre du Québec, et Diane Morin, professeure titulaire de la Faculté des sciences infirmières de l'Université Laval. Cette équipe, dont nous sommes membre en tant qu'étudiante et assistante de recherche, étudie l'appropriation locale du modèle québécois d'intégration des services sous différentes perspectives, à savoir celles des usagers et de leurs proches-aidant, celle des gestionnaires de cas, celle des partenaires cliniques, celle des gestionnaires administratifs ainsi que celle qu'on retrouve dans les écrits, dont les dossiers cliniques font partie.

Le présent mémoire s'insère donc dans cette plus vaste recherche tout en présentant un point de vue original. *Enraciner* étudie l'intégration des services à partir de diverses sources de données, alors que notre intérêt se porte plus précisément sur la lisibilité de la continuité des services à travers les dossiers cliniques des gestionnaires de cas. Pour *Enraciner*, l'analyse des dossiers cliniques servira à trianguler l'ensemble des données recueillies notamment au moyen d'entrevues semi-dirigées et par la méthode de l'observation directe. Pour notre part, nous nous intéressons aux dossiers cliniques comme objet de transmission des formes de continuité. C'est donc à partir du travail effectué au sein de cette équipe que s'est défini l'angle d'approche de notre mémoire de recherche. Cette approche particulière enrichit clairement les travaux de la recherche-mère mais constitue tout aussi clairement un ajout spécifique puisque ces travaux sur la continuité des services n'étaient nullement prévus dans le devis initial du projet de recherche.

1.3 LES OBJETS

Quatre objets, à la fois distincts et imbriqués, constituent le cœur de la présente étude : les **dossiers cliniques** se présentent comme les observatoires de la **continuité** des services, laquelle fait l'objet principal de ce mémoire. L'**intégration** des services forme le contexte empirique dans lequel se déploie ladite **continuité**, alors que l'objet **qualité** des services constitue l'objet le plus général par lequel s'énonce la pertinence sociale de l'étude.

Figure 1 : Imbrication des objets



Afin de mieux appréhender chacun de ces objets et, surtout, de bien comprendre les liens qui les unissent, nous les aborderons distinctement, en allant du plus général au plus spécifique.

1.3.1 La qualité des services

Dans le domaine médical, les soins de haute qualité maximisent le bien-être des patients après avoir pris en compte le rapport bénéfices/risques à chaque étape du

processus clinique. L'évaluation de la qualité des soins est ici une démarche qui doit permettre de garantir à chaque patient de recevoir l'assortiment d'actes diagnostiques et thérapeutiques lui assurant le meilleur résultat possible en termes de santé et de bien-être, et ce, conformément à l'état actuel de la science, à un coût acceptable, au moindre risque iatrogénique et pour sa plus grande satisfaction en termes de procédures, de résultats et de contacts humains (Organisation mondiale de la santé [OMS], 1982).

Les soins et services de haute qualité contribuent fortement à maintenir, voire à augmenter, la qualité ou la durée de vie des gens (Gonnella, Hornbrook, & Louis, 1984). La qualité se définit aussi par la capacité des services de santé destinés aux individus et aux populations d'augmenter la probabilité d'atteindre les résultats souhaités, et ce, en conformité avec les connaissances professionnelles du moment (Institute of Medicine, 2004). Par-delà ces définitions générales et classiquement convenues en médecine, s'il s'est élaboré un consensus autour du concept de la qualité, c'est bien qu'il s'agit d'un objet complexe et difficile à définir. Et ce qui est valable pour le domaine de la médecine l'est tout autant pour l'ensemble des services de santé et des services sociaux². Avedis Donabedian, qui est sans doute la référence la plus connue en la matière, mentionne lui-même cette difficulté :

Pour évaluer la qualité des soins médicaux, il faut d'abord éclaircir un mystère : la définition même de la qualité. Il reste à voir si cela est réalisable en effilochant patiemment ses nombreux fils ou s'il faut, en désespoir de cause, utiliser une épée pour trancher le nœud gordien. (cité dans Harrigan, 2000, p. 200).

²Force est de constater que la majorité des textes produits sur le sujet proviennent du milieu médical. Cependant, afin d'assurer une certaine cohérence du propos, nous parlerons de services plutôt que de soins ce qui englobera l'ensemble des services requis pour la personne âgée en perte d'autonomie. Nous traiterons néanmoins spécifiquement de la médecine lorsque cela sera requis.

Haddad et ses collègues vont dans le même sens pour rendre compte de la dimension complexe et multiforme de la qualité : «La coexistence de nombreuses définitions de ce que sont les soins et services de santé de qualité traduit le caractère à la fois imprécis et multiforme de la notion de qualité.» (Haddad, Roberge, & Pineault, 1997, p. 59).

Par ailleurs, la qualité dans toutes ses déclinaisons (contrôle, assurance, appréciation, évaluation, gestion, etc.) est devenue un véritable objet de culte pour les systèmes de santé et de services sociaux. La poursuite de la qualité comporte par conséquent des enjeux multiples, qui peuvent être économiques, professionnels, sociologiques et politiques. Les réformes de la santé et des services sociaux ont porté une attention particulière au concept de qualité, dans un contexte où les demandes de services augmentent et se complexifient de manière disproportionnée par rapport à la disponibilité des fonds publics. Le succès des concepts relatifs à la qualité découle en grande partie du courant dit de la Nouvelle Gestion publique (NGP), qui participe d'une forme de désengagement de l'État, ce désengagement étant toutefois compensé par des dispositifs conçus pour assurer la qualité des services (Bourque, 2009; Couturier, Trouvé, Gagnon, Etheridge, Carrier, & Somme, 2010).

Plusieurs écrits (études, cadres conceptuels, lois) ont tenté de définir le concept de qualité mais sans parvenir à un consensus. Tous ces efforts s'inscrivent dans un contexte de restriction des ressources et de contrôle des dépenses, contexte dont on cherche à tempérer les impacts négatifs par la mise en œuvre de mécanismes compensatoires (Haddad, et al., 1997), dont les dispositifs d'assurance-qualité.

Le modèle de la qualité des soins développé par Donabedian, qui sera présenté plus loin, a été repris et adapté par nombre de chercheurs et de décideurs provenant

d'horizons divers. Ce modèle simple est aidant pour apprécier les éléments qui concourent à la qualité des services. Il comporte trois composantes, à savoir la structure, le processus et les résultats. Brunelle utilise comme suit ce modèle :

La qualité des soins et des services se mesure en fonction des résultats obtenus, compte tenu des ressources investies et de ce qu'il est possible de réaliser dans un contexte donné, pour apprécier la qualité, il faut donc établir un lien entre une structure (ou condition), un processus (ou des façons de faire) et des résultats effectifs positifs « outcomes » ou négatifs « adverse outcomes » [...] la qualité se mesure uniquement par le lien entre la structure, le processus et les résultats [...] la qualité est un jugement porté sur l'écart qui sépare ce qui est réalisable - ce qui peut et doit être réalisé de ce qui est effectivement réalisé. (1993, pp. 4-10)

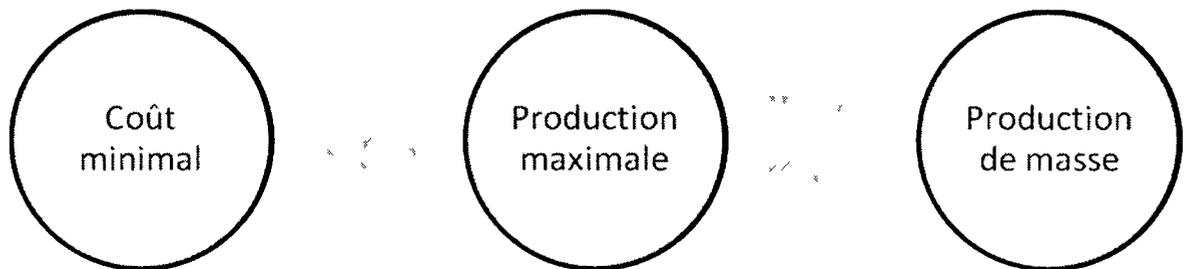
1.3.1.1 Historique du concept

Mais, avant de présenter la théorie désormais classique de Donabedian, on peut se demander d'où vient le concept de qualité. En fait, celui-ci trouve ses origines dans les secteurs industriel et commercial. Le fordisme avait mis de l'avant un modèle de gestion de l'entreprise et de l'organisation du travail basé sur l'accroissement de la productivité au moyen de l'application de plusieurs principes, dont :

- (a) La division du travail, qui a donné lieu à la hiérarchisation tayloriste des rôles dans la production : cela provoqua la fragmentation du travail en séquences, dont la forme ultime est le travail à la chaîne. Il y a ici découplage de la conception du travail et de son exécution.
- (b) La standardisation des caractéristiques et des qualités attendues des pièces constituantes des produits, de manière à produire ceux-ci de façon contrôlée et en grandes séries.
- (c) L'augmentation du pouvoir d'achat des ouvriers afin de stimuler la demande pour les biens de consommation.

Les conséquences de l'application de ces principes ont été multiples, et ce, sur plusieurs plans, que ce soit la nature et l'organisation du travail (perte du statut d'artisan, travail ouvrier de plus en plus répétitif et monotone, déqualification du travail ouvrier, plus grand contrôle exercé sur le travail, etc.), les normes de production (hausse de la production et de la productivité, standardisation des segments de produits et des tâches de production, baisse du coût de production, etc.) et la norme de consommation (augmentation de la productivité et constitution de salaires nominaux qui ont permis une croissance du pouvoir d'achat et, par conséquent, la consommation de masse, etc.).

Figure 2 : Équation de la production de masse



Ce mouvement a été suivi de ce qu'on a appelé le modèle de gestion post-fordiste apparu durant la période d'après-guerre. C'est à cette époque que Peters et Waterman ont influencé les compagnies américaines avec leur désormais célèbre étude qui conditionnait la réussite de l'entreprise à l'adoption d'une stratégie de l'excellence qui donnait beaucoup d'emphasis à la qualité de leurs produits. Cette approche a été transférée dans le secteur public comme faisant partie de la Nouvelle Gestion publique (Alaszewski, & Manthorpe, 1993).

Dans le secteur commercial et industriel, la provision de services s'opère suivant un mode axé sur les services (*service-driven*). Les utilisateurs reçoivent des services, « prêts-à-utiliser » (*standard packages*), qui ne tiennent pas compte des choix ou des besoins individuels. La gestion des services de santé a traduit ce concept par la formule suivante : un maximum de services, à un maximum de citoyens et au coût le plus bas possible. On parle ici non seulement d'excellence, mais aussi d'efficacité. Compte tenu de la nature même du bien que sont les services de santé et sociaux, le concept ne peut être importé simplement du monde de l'industrie puisque ce système ne répond ni aux mêmes critères, ni aux mêmes exigences. Par exemple, le consommateur ne paie pas directement pour les services qu'il reçoit et il n'existe pas de véritable concurrence qui ferait craindre à l'État de perdre le monopole qu'il détient sur ses consommateurs (Alaszewski, & Manthorpe, 1993). L'adoption de ce modèle de gestion serait dès lors justifiée par d'autres mécanismes que ceux qui régissent l'industrie, soit l'augmentation des coûts liés aux services de santé et sociaux et la diminution de la capacité de l'État à continuer d'opérer un système gratuit³. Le virage effectué dans la gestion des services de santé et sociaux publics dans les pays industrialisés s'inscrit ainsi dans le mouvement post-fordiste puisqu'il ne priorise plus la quantité de services, mais plutôt la qualité, qui découle d'une orientation vers les attentes du consommateur (*consumer-oriented*). Aussi peut-on penser que « Dans le système de santé, les consommateurs ne recherchent pas les biens offerts en eux-mêmes, mais en fonction de l'impact bénéfique qu'ils auront sur leur état de santé ». (Brunelle, 1993, p.1)

³ Nous ne nous prononçons pas ici sur la qualité de cet argument, nous contentant de le rapporter en raison de son importance dans la problématisation sociale de ces questions.

1.3.1.2 Définition actuelle du concept

La qualité se définit différemment selon l'angle d'analyse choisi : selon que la qualité est explicite, implicite, conceptuelle ou opératoire, selon qu'on importe le concept du monde industriel, qui vise l'absence totale de défaut et la satisfaction de la clientèle (Brunelle, 1993; Haddad, et al., 1997), ou encore selon la stratégie évaluative qui considérera l'objet (ce qui est évalué), la posture de l'évaluateur (qui évalue) et la méthode d'évaluation (Brunelle, 1993; Neil, 2008). Le point de vue adopté colore donc la conception que l'on a de la qualité. Dans cette optique, Alaszewski et Manthorpe (1993) dégagent de leur recension des écrits une typologie comportant cinq approches :

1. la qualité comme satisfaction du consommateur;
2. la qualité comme standard universel (standards idéaux définis par la recherche);
3. la qualité comme standard professionnel (standards minimaux, atteignables, définis par les professionnels eux-mêmes);
4. la qualité comme concordance des réponses aux buts visés (*fitness for purpose*);
5. la qualité comme attribut de l'observateur (*beholder*).

Dans le système de santé et de services sociaux, le concept de qualité emprunte à chacune de ces approches. Ainsi, la qualité de la prestation des services est reconnue comme une dimension centrale des services à domicile offerts aux personnes âgées en perte d'autonomie et à leurs proches (MSSS, 2005). De plus, la tendance actuelle dans les mesures de la qualité dans le champ socio-sanitaire s'intéresse particulièrement à la perception de l'utilisateur et, ultimement, à sa satisfaction. Les choix de modèles d'organisation des services tiennent également compte des standards reconnus, peu

importe qu'ils soient scientifiques, c'est-à-dire relevant du courant dit des résultats probants de la recherche (*evidence-based*), ou qu'ils soient professionnels, autrement dit s'appuyant sur les référentiels de pratiques des ordres professionnels (*practice-based*). La concordance des buts et des moyens se présente certes comme un défi omniprésent, notamment dans la qualité vue sous l'angle spécifique de la reddition de compte, de la gestion centrée sur les résultats et des diverses stratégies de monitorages des pratiques professionnelles par la gestion. Les exigences attendues par rapport aux statistiques cliniques et à la complétion des tableaux de bord en sont des exemples répandus. Le rôle de l'observateur dans l'appréciation de la qualité n'est pas toujours considéré, mais il est facile de concevoir son influence sur les résultats tels qu'ils sont présentés. La qualité d'une même intervention, selon qu'elle se trouve appréciée par le gestionnaire du programme/service, le praticien ou l'utilisateur, risque de ne pas être formulée de la même manière parce que, entre autres, les indicateurs, les intérêts et les objectifs ne sont pas les mêmes pour tous. Ainsi, le gestionnaire sera préoccupé par les coûts financiers et humains de l'intervention, tandis que le praticien pourra évaluer la qualité de cette même intervention en termes de qualité du lien thérapeutique, pendant que l'utilisateur appréciera la qualité à partir de l'amélioration ressentie de son état de santé ou de son bien-être.

Comme nous l'avons déjà mentionné, l'intérêt croissant pour la qualité des services recouvre des enjeux multiples (économiques, professionnels, sociologiques et politiques) qui s'inscrivent dans un contexte de restriction des ressources et de contrôle des dépenses (Haddad, et al., 1997). De notre point de vue, il serait cependant réducteur de camper une définition de la qualité sur un seul de ces plans logiques. En accord avec Donabedian (1988), nous pensons plutôt qu'il s'agit d'un jugement situé, rendu par un évaluateur donné et portant sur un processus multidimensionnel complexe. C'est en

s'appuyant sur cette vision de la qualité que s'inscrit ce mémoire. Les dossiers cliniques seront mis à contribution comme observatoires de la continuité qui mène à l'intégration puis à la qualité globale du système de santé et des services sociaux.

1.3.1.3 Évaluation de la qualité des services

Si définir la qualité n'est pas chose facile, l'apprécier ne l'est guère davantage, selon ce qui est évalué, qui évalue et au regard de quoi on évalue (Brunelle, 1993; Wenger, 2008). Plusieurs stratégies sont déployées en vue de mesurer la qualité et, le cas échéant, d'y apporter des améliorations au moyen de mécanismes réglementaires, de programmes d'agrément, d'audits cliniques de la qualité, de programmes d'amélioration continue de la qualité (ACQ), etc. Toutes ces stratégies, parmi d'autres, se sont développées en vue de définir et de mesurer des indicateurs de processus et de résultat de la qualité des services dispensés (Firbank, Arsenault, Bonin, Brunelle, Contandriopoulos, Côté, et al. 2005; Kröger, et al. 2007).

Dans le domaine des services de santé et des services sociaux, la mesure de la qualité prend de plus en plus la forme d'audit clinique s'inscrivant dans une démarche d'amélioration continue de la qualité. Ces audits sont très souvent menés dans le champ de la santé et des services sociaux en vue de déterminer la conformité aux règles et processus reconnus efficaces et conduisant à un jugement clinique reconnaissables par les pairs. Les programmes d'agrément représentent d'autres moyens mis à la disposition des établissements de santé et de services sociaux pour mesurer la qualité des services prestés à la population. Depuis l'adoption de la Loi 83, le processus d'agrément est constitué en obligation légale pour les établissements de santé et de services sociaux du Québec. De plus, d'autres mécanismes sont prévus dans cette loi pour opérationnaliser la

qualité des services dans le réseau de santé et de services sociaux, dont la structure des commissaires (locaux et régionaux) à la qualité et aux plaintes. Voici comment s'ouvrait le document traçant les lignes directrices de l'implantation de la Loi 83, qui comporte de nouvelles dispositions concernant l'obligation pour les établissements de s'investir à tous les trois ans dans une démarche de demande d'agrément :

Depuis plusieurs années, la qualité des services aux citoyens est une préoccupation constante du gouvernement. La législation, la réglementation et les politiques du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) comprennent un ensemble de mesures qui visent à augmenter la satisfaction des usagers et à favoriser le respect de leurs droits, incluant l'accessibilité et la prestation sécuritaire des services de santé et des services sociaux [...L']agrément est envisagé comme moyen d'apprécier et d'accroître la place accordée par les établissements de santé et des services sociaux à la qualité des services qu'ils fournissent et aux processus établis pour améliorer lesdits services de façon continue. (MSSS, 2006, p. 6)

1.3.2 L'intégration des services

Le concept d'intégration des services au niveau des soins primaires est né des réformes du secteur de la santé et des services sociaux soutenues par la Banque mondiale dans les années 1990 (Magtymova, 2007). Il a été démontré que l'accroissement du nombre de problèmes de santé et de problèmes sociaux liés à l'allongement de l'espérance de vie a un impact sur les systèmes de santé et de services sociaux. Afin de répondre à la multitude et à la diversité des besoins de la population, les systèmes ont tendance à se diviser en plusieurs spécialités. Mais, avec cette complexification vient le risque accru de fragmentation ou de discontinuité dans l'organisation des services, condition qui peut compromettre de façon importante non seulement la qualité des services (et ses composantes) pour les usagers, mais aussi

l'efficacité et l'efficience systémique du point de vue du réseau public de santé et de services sociaux (Hébert, et al., 2007; Kröger, et al., 2007).

L'intégration des services devrait avoir un effet positif sur l'efficacité des services produite par une économie d'échelle, sur le coût à la baisse de la prestation des services résultant d'un meilleur contrôle des coûts et sur la qualité des soins amenée par une offre de services plus cohérents (Hébert al, 2007). L'intégration peut donc s'avérer utile autant pour les dispensateurs de services que pour les usagers si elle tient compte à la fois des dimensions cliniques et organisationnelles de l'intégration des services (Magtymova, 2007).

Au Québec, la volonté ministérielle en faveur de l'intégration des services s'est confirmée par l'adoption de la Loi 25, qui créait, en 2004, les Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux, dont l'une des missions premières était justement de créer les RSI que nous avons brièvement évoqués précédemment. Cette importante réforme restructurait toute l'organisation des services, à commencer par le niveau administratif, en fusionnant les établissements du réseau.

Demers et ses collègues (2005) définissent cinq niveaux d'intégration qui soulèvent des enjeux particuliers selon les valeurs et les intérêts des acteurs, et selon les contextes dans lesquels ils se déploient.

L'intégration normative (IN) fait référence à la compréhension qui sous-tend l'adhésion des acteurs au modèle d'intégration proposé. Tous les acteurs, quel que soit leur champ d'action, peuvent faire leur part dans la dissémination du modèle d'intégration et, ainsi, contribuer à lui donner sens et réalisme.

Ainsi, l'intervention de personnes crédibles et dédiées, dont des chercheurs, la mise en priorité de l'intégration des services par les

dirigeants et l'allocation par ceux-ci de budgets pour faciliter l'expérimentation favorisent l'intégration. (Demers, et al. 2005, p. i)

L'intégration clinique (IC) concerne la nature et les contextes d'interventions des professionnels. Les autres paliers de l'intégration n'ont de sens qu'en raison du niveau clinique. Il est donc essentiel que les autres acteurs œuvrant aux autres niveaux conviennent et facilitent l'adaptation du modèle d'intégration des services aux conditions particulières de leurs milieux de pratiques.

L'intégration informationnelle (II) se révèle incontournable pour le bon fonctionnement d'un système d'intégration des services. Elle ouvre la possibilité d'opérationnaliser la continuité des services en rendant accessible aux intervenants concernés l'information connue au sujet d'un usager. Les préoccupations cliniques doivent être prises en considération par les gestionnaires lors de la conception des systèmes et des outils d'information.

L'intégration organisationnelle (IO) renvoie au fait que l'intégration des services se réalise sur une base territoriale. Pour ce faire, un organe de gouverne sous-régional de même que des mécanismes de coordination verticaux et horizontaux reliant dirigeants, gestionnaires et intervenants des organisations partenaires doivent être mis en place.

L'intégration financière (IF) facilite le passage d'une logique d'établissements à une logique populationnelle en mettant en commun les budgets requis pour les activités de coordination.

La mise sur pied d'un dossier clinique partageable (II), la fusion d'établissements et la signature de protocoles interinstitutionnels (IO), la budgétisation par programme clientèle (IF) favorisent en principe l'intégration clinique (IC). L'effet de ces mesures dépend toutefois de l'adhésion des acteurs touchés (IN). Sous cet angle, il est essentiel que les réformes visant l'intégration des services ne succombent pas à une

logique bureaucratique qui aurait pour effet de miner la volonté des acteurs locaux de la réaliser. (Demers, et al. 2005, p. i)

Ces dimensions sont interreliées et participent à la globalité de l'intégration des services. Il nous apparaît que la réforme de la santé et des services sociaux du Québec en 2004 s'est largement inspirée de ce modèle.

Selon Hébert et ses collaborateurs (2007), l'intégration structurelle des établissements de santé et de services sociaux a été un facteur facilitant dans l'intégration fonctionnelle et clinique, spécifiquement en ce qui a trait aux services pour les personnes âgées. De notre point de vue, cet important effort aura certes permis l'intégration des dimensions organisationnelle et financière, mais il n'entraîne cependant pas automatiquement une intégration portant sur les trois autres dimensions (normative, clinique et informationnelle), laquelle demeure encore en chantier. Ces trois dimensions, plus proches du clinique, appellent un système informationnel comprenant un dossier clinique qui rend efficacement compte des diverses formes de continuité.

Développé pour éviter le fractionnement, la duplication ou les espaces vides dans la prestation des soins et des services, le modèle des réseaux intégrés des services vise à assurer l'utilisateur d'un continuum de services qui repose sur différents mécanismes et outils de coordination. Selon Leutz, l'intégration des services relie «the health care system (acute, primary medical and skilled) with other human service systems (long-term care, educational and vocational and housing service) in order to improve outcomes (clinical, satisfaction and efficiency). » (Leutz, 1999, p.77)

Le niveau d'intégration le plus faible se résume à la formulation de protocoles de transfert systématique d'information pour répondre aux besoins des clientèles. Dans le niveau d'intégration moyen, celui de la coordination, les différentes structures prenant

part à l'offre de services mettent en place des mécanismes systématiques pour trouver des solutions aux problèmes de discontinuité rencontrés. Selon Kodner (2008), l'une des plus prometteuses expérimentations de ce modèle est sans doute le Programme de recherche sur l'intégration des services de maintien de l'autonomie, communément désigné par l'acronyme PRISMA (Hébert, Durand, Dubuc, & Tourigny, 2003), développée au Québec et adaptée en France (Couturier, Somme, Carrier, Trouvé, & Gagnon, 2007b). Le niveau de pleine intégration, quant à lui, confère à une organisation centrale le mandat de fournir aux usagers d'un territoire donné l'ensemble du continuum de services (Béland, Bergman, Lebel, Clarfield, Tousignant, Contandriopoulos, et al. 2006). Tous ces modèles se concentrent sur l'organisation des systèmes et se fondent sur une approche populationnelle de nature épidémiologique. Par exemple, PRISMA, qui a été expérimenté dans deux régions du Québec (Bois-Francs et Estrie), a démontré que ce modèle d'intégration de type coordination a permis de maintenir l'autonomie des personnes âgées sans augmenter les coûts du système de santé et de services sociaux. Les mécanismes et les outils développés par PRISMA soutiennent efficacement l'intégration et la continuité des services, permettant ainsi d'accroître la pertinence (réponse aux besoins), la qualité, l'efficacité et l'efficience des services reçus par les personnes âgées en perte d'autonomie. Trois mécanismes (la concertation inter-établissements, la gestion de cas, le guichet unique) et trois outils (l'outil unique d'évaluation, ou OÉMC, un système d'information continu, comme le système d'information géronto-gériatrique, ou SIGG, et le plan de services individualisé, ou PSI) ont fait leurs preuves en matière de prestation de services intégrés pour favoriser la continuité des services. Par ailleurs, comme mentionné dans le rapport PRISMA, les conditions de réussite de l'implantation d'un tel projet dépendent « non seulement de la

volonté des acteurs locaux de collaborer mais aussi de décisions prises aux paliers régional et central. » (Hébert, et al., 2007, p.1). Le MSSS a déployé l'OÉMC à travers le Québec. Mais, pour ce qui est des cinq autres composantes, rien n'a encore été formellement prescrit pour l'ensemble du territoire (si ce n'est l'intention d'aller dans ce sens) et, en conséquence, rien n'a permis d'opérationnaliser l'intégration clinique de façon systématique sur l'ensemble du territoire québécois. Cependant, le mécanisme de gestion de cas est présent dans plusieurs régions du Québec, bien que ce soit sous différentes formes.

La recherche *Enraciner* étudie actuellement l'intégration des services entre autres du point de vue des gestionnaires de cas. L'importance du gestionnaire de cas dans un dispositif intégrateur tient au fait qu'il constitue pour ainsi dire une des conditions favorables à l'intégration des services en se positionnant comme une personne compétente, crédible et dédiée à la coordination de services avec les partenaires impliqués (Hébert, et al., 2007). Pour cette raison, le point de vue du gestionnaire de cas, plus précisément par l'intermédiaire du dossier clinique qu'il produit, nous servira de porte d'entrée dans la continuité des services et l'intégration.

1.3.3 La continuité des services

Une importante synthèse sur ce thème a été réalisée, dont le principal résultat est présenté et décrit dans le paragraphe suivant:

La continuité est le résultat de la combinaison d'une accessibilité adéquate aux soins pour le patient, de bonnes aptitudes relationnelles, d'une bonne circulation de l'information entre les soignants et les organismes, ainsi que d'une bonne coordination des soins entre les intervenants pour maintenir la cohérence. Pour les patients, c'est l'expérience des soins reliés entre eux et cohérents dans le temps, tandis que pour les soignants, c'est avoir assez d'information et de

connaissances sur un patient pour pouvoir appliquer au mieux leurs compétences professionnelles, et l'assurance que les soins qu'ils prodiguent sont reconnus et recherchés par d'autres intervenants (Reid, Haggerty, & McKendry, 2002, p. iv).

La continuité se veut à la fois une composante importante de la qualité (Kröger, et al., 2007) et un effet attendu de l'intégration des services (Couturier, Somme, Carrier, Trouvé, & Gagnon, 2007b). Cependant, elle s'avère difficile à étudier, plus précisément à mesurer. Reid et ses collègues (2002) ont réussi à faire émerger de l'importante recension systématique des écrits qu'ils ont effectuée une définition de la continuité comportant trois dimensions : la continuité informationnelle, la continuité relationnelle et la continuité d'approche⁴. S'il est possible d'en mesurer certains aspects (par exemple, la fréquence des relations entre l'utilisateur et un intervenant), il est clair pour ces auteurs qu'aucune mesure actuelle ne couvre l'ensemble des facettes de la continuité.

Les mesures axées sur la chronologie doivent être validées selon les mesures directement fournies par le patient ou le soignant. Par ailleurs, il faudrait établir de nouvelles mesures pour la continuité dépassant les limites organisationnelles et disciplinaires, notamment pour la continuité informationnelle et d'approche (Reid, et al. 2002, p. iv).

À titre d'exemple, les mesures de la continuité d'approche s'intéressent à la prestation d'un aspect particulier des soins le plus souvent dans une perspective de vérification du suivi effectif, surtout lorsque plusieurs organisations sont associées à la démarche. Il s'agit alors de valider la conformité des protocoles de soins, ce qui participe directement du processus d'évaluation de la qualité, mais pas spécifiquement de l'évaluation de la continuité. Le rapport PRISMA mentionne à ce propos que

L'ensemble du dossier clinique [ici, sous forme informatisée] rendait bien compte d'une activité réelle des GC de planification individualisée mais la mise en place du document PSI par rapport à ce processus paraissait au mieux accessoire [...] Ainsi les PSI étaient réalisés principalement à des

⁴ Ces dimensions seront exposées plus en détail dans le cadre conceptuel.

fins de documentation du dossier ou pour des motifs administratifs, même si une fonction clinique de synthèse du dossier peut parfois lui être reconnue (Hébert, et al., 2007, p. 10).

Il semble donc y avoir une inadéquation entre l'utilité potentielle et attendue et l'utilisation réelle des PSI. Écrit autrement, bien que le PSI soit présent dans la plupart des dossiers étudiés, son utilisation telle qu'attendue demeure plutôt faible et son utilité reste encore vaguement perçue par ses utilisateurs (Somme, 2007). Ceci démontre la nécessité d'aller au-delà de la liste de vérification (*check list*): ce n'est pas parce qu'il y a un PSI au dossier qu'il faut conclure à son usage déployé et porteur de sens ou, énoncé autrement, à son intégration à la pratique. Cet exemple illustre le fait que la continuité n'est pas tangible et qu'elle ne s'apprécie pas exclusivement par une approche quantitative.

1.3.4 Le dossier clinique

La composition générale du dossier clinique (indépendamment de son informatisation) est relativement uniforme d'une région à l'autre au Québec. Ce dossier multidisciplinaire contient les éléments suivants:

- l'identification de l'utilisateur;
- les outils d'évaluation remplis par les différents professionnels : formulaires maison ou outils standardisés comme l'OÉMC et le SMAF;
- les notes de suivi (ou notes évolutives) complétées par les différents intervenants actifs au dossier (ou qui l'ont été). Chaque catégorie de professionnels est regroupée sous un onglet qui l'identifie. On y retrouve les notes rédigées respectivement par l'infirmière, l'ergothérapeute, le physiothérapeute, le travailleur social et le

psychologue, ainsi que celles des différentes équipes ou différents services tels que le centre de jour et la coordination à l'hébergement. Les notes de consultation médicale (en cabinet CLSC ou à l'urgence) sont parfois présentes dans le dossier, mais cela varie selon les milieux. Il en va de même pour les notes évolutives durant un épisode d'hébergement temporaire, qui sont parfois accessibles dans le dossier clinique unique de l'usager, bien que, la plupart du temps, chaque établissement, voire chaque mission d'établissement, dispose de son propre dossier. Détail important pour la présente étude, les notes du gestionnaire de cas ne sont pas consignées dans une section particulière et identifiée comme telle.

- la correspondance (demandes, rapports de consultation, résultats d'examens, diagnostics, etc.);
- certains outils de communication inter-établissement (ex. la demande de services inter-établissement, ou DSIE, qui est largement utilisée dans les régions qui ne disposent pas d'un dossier clinique informatisé, ou DCI) ou inter-professionnels (par exemple, courriels, télécopies, etc.) sont aussi présents et classés différemment selon les régions. Selon la quantité et la durée des services qui lui sont dispensés, chaque usager peut avoir un dossier comprenant un ou plusieurs tomes. Par ailleurs, le dossier clinique demeure un document accessible car tous les intervenants ont accès aux documents de leurs collègues, tout comme l'usager lui-même.

Sur un autre plan, au Québec, la façon de consigner l'information au dossier clinique est normée par les différentes associations professionnelles de même que par le service des archives de chaque établissement. Les audits de qualité repèrent la présence ou l'absence de conformité aux diverses normes établies. Notre étude n'étudiera cependant pas cet aspect des dossiers cliniques puisque les normes de rédaction ne

constituent pas des paramètres importants de la continuité. Par ailleurs, l'écart entre un standard professionnel et la pratique a fait l'objet de plusieurs travaux (par exemple, Wennberg, 2004). En fait, l'intérêt de notre recherche est justement de dégager, par-delà les règles disciplinaires, les indicateurs de continuité utiles et utilisables pour l'ensemble des intervenants qui agissent auprès de l'utilisateur.

Pour les chercheurs, les dossiers cliniques sont considérés le plus souvent qu'en tant que source de données permettant la triangulation avec des entretiens ou de l'observation, par exemple. Pourtant, ils offrent un apport unique d'information, en l'occurrence la transcription plus ou moins formalisée des gestes professionnels. Selon les théories de l'ergonomie cognitive, les documents administratifs et de gestion (le prescrit) nous renseignent sur les visées stratégiques (celles du ministère, par exemple) et tactiques (celles de l'organisation). De façon générale, les entrevues permettent de comprendre ce qui est fait, ce qui est traduit de la consigne via la représentation qu'en ont les acteurs. Les dossiers cliniques viennent enrichir les deux autres sources de données en consignnant les événements et les moments importants du processus d'intervention, dont le jugement clinique. Une des particularités du dossier clinique tient au fait qu'il permet de retracer rapidement le dispensateur de services et la chronologie des interventions, particulièrement à travers les notes évolutives, étant donné que chacune d'elles est datée et signée. Le dossier clinique, dans ses diverses composantes, constitue un processus de formalisation qui traduit le dit et le fait à destination de l'utilisateur lui-même, d'un administrateur ou d'un éventuel évaluateur, celui-ci pouvant être du domaine judiciaire, clinique ou normatif comme dans le cas de l'agrément. Par exemple, il permet la traçabilité de l'identification des besoins qui ont donné naissance à des démarches cliniques précises et qui ont conduit à des résultats. Malgré les consignes

de complétion, il demeure que le signataire de la note évolutive ou du document déposé au dossier est toujours aux prises avec une nécessité d'arbitrage entre ce qui doit être consigné et ce qui n'est pas essentiel ou ce qui pourrait représenter un risque de poursuite pour l'auteur.

La visée de ce mémoire est de faire parler, en quelque sorte, le dossier clinique afin d'optimiser son utilité aussi bien sur le plan clinique que sur le plan scientifique. Il s'agit de rendre le matériel plus lisible, compréhensible et informatif.

1.3.5 Articulation des objets et pertinence sociale

En se basant sur une imposante recension des écrits scientifiques, les travaux de Kröger et ses collègues (2007) ont permis la définition d'un cadre conceptuel intégrateur de la qualité et l'élaboration d'indicateurs de la qualité des services dispensés aux personnes âgées. Ce cadre conceptuel compte quatre dimensions principales, soit la sécurité, l'efficacité des soins, les soins centrés sur le patient et l'accès aux soins et services. À ces quatre principes est ajouté celui de la prise en considération de la perspective des personnes âgées et de leurs proches en termes de résultats désirés; en règle générale, il s'agit de rester en bonne santé, de guérir, de mieux vivre avec la maladie ou l'handicap et de faire face à la fin de vie. Deux dimensions transversales recourent ces cinq indicateurs de qualité, à savoir l'équité et la continuité, lesquelles figurent toutes les deux dans l'ensemble des critères mentionnés précédemment. En ce sens, étudier la continuité participe de l'appréciation transversale de la qualité.

L'intégration des services est un modèle qui permet à la qualité de s'actualiser concrètement en mettant de l'avant des dispositifs qui favorisent la continuité. Étant donné l'importance de l'information dans l'opérationnalisation de la continuité, les

dossiers cliniques peuvent constituer d'excellents observatoires de la continuité. Bien que tout n'y soit pas consigné par écrit, ils représentent une source importante de données utilisables autant pour la recherche et la gestion que pour la clinique, notamment pour faire le pont entre les interventions passées et actuelles (continuité informationnelle) et pour identifier la stabilité de la relation professionnel-usager (continuité relationnelle), ce qui représente une des conditions pour relier les soins dans le temps et pour augmenter la cohérence des objectifs d'intervention (continuité d'approche). Toutes les informations contenues dans le dossier sont utiles non seulement comme aide-mémoire pour l'intervenant disciplinaire, mais aussi comme assise de l'interdisciplinarité et de la convergence des actions puisque cet outil est accessible à l'ensemble des praticiens.

Voici comment, selon nous, les dossiers cliniques apportent *a priori* un éclairage sur les trois types de continuité.

Au niveau de la **continuité informationnelle**, l'apport historique ou chronologique relaté dans le contenu pourra être déterminant pour la suite des services. Cela soulève la question suivante : De quelle information parlons-nous ici? Selon Reid et ses collaborateurs, il s'agit de « l'information sur des événements et des circonstances antérieurs pertinents à l'adaptation aux soins courants destinés au patient et à son mal » (Reid, et al., 2002, p. ii). Cette information fait le pont entre les intervenants et entre les épisodes de services. Elle est consignée notamment dans le but de transférer à d'autres professionnels qui interviennent dans d'autres disciplines, dans d'autres lieux et à d'autres moments. Les auteurs précisent que l'information dont il est question se rapporte surtout à l'état de santé de la personne, mais que les domaines des valeurs, des préférences et du contexte social de l'utilisateur sont identifiés comme très importants pour

les intervenants œuvrant en première ligne et en santé mentale (Reid, et al. 2002). Cette information peut être recueillie et rapportée avec plus de justesse dans le cadre d'une relation patient-soignant qui est stable. Elle devrait être consignée dans le dossier clinique et ouvrir à la nécessité de partager cette information avec les partenaires cliniques. Le déploiement, même partiel, des dispositifs d'intégration des services que sont les outils (par exemple, l'OÉMC) et les systèmes d'information (par exemple, le SIGG) soutient la continuité informationnelle.

La continuité de l'information est celle qui est davantage « mesurée » (Hébert, et al., 2007). Cependant, la méthode d'analyse consistant à identifier la présence ou l'absence de certains éléments ne nous apprend que peu de choses sur l'utilisation de l'information contenue au dossier. Or, selon Reid et ses collègues (2002), l'objet de la continuité d'information est spécifiquement l'utilisation de l'information sur les conditions préalables de l'utilisateur pour orienter les interventions présentes.

La **continuité relationnelle** comme expérience signifiante entre un usager et un intervenant (Reid, et al., 2002) est plus difficilement appréciable par l'intermédiaire du dossier clinique parce que nous n'avons pas accès à la parole de l'utilisateur et, par voie de conséquence, à sa représentation de la force de sa relation avec l'intervenant. Cependant, le dossier clinique nous permet de dessiner le portrait de l'entourage professionnel de l'utilisateur en termes de durée, de fréquence et de constance. Il est aussi possible de repérer le degré d'affiliation thérapeutique entre l'utilisateur et son intervenant en faisant émerger le sens des contacts établis (usager→intervenant ou intervenant→usager) afin de déterminer, par exemple, si l'utilisateur fait appel au même intervenant pour l'ensemble de ses besoins. De plus, l'existence d'une relative stabilité sur le plan de la disponibilité de l'intervenant ou de « l'équipe d'intervention » contribue au sentiment de prévisibilité et

de cohérence des services perçue par l'utilisateur (Reid, et al., 2002). Le développement du dispositif de gestion de cas pourrait faire avancer en ce sens la continuité relationnelle ainsi que la continuité d'approche. Les dossiers cliniques nous permettent de repérer la présence de tous ces éléments.

La **continuité d'approche**, qui fait référence à la manière dont sont dispensés les services, peut elle aussi s'observer dans les dossiers, notamment dans un plan d'intervention commun (ici le PSI). Il est possible de déterminer si les services requis ont été dispensés, et ce, sans répétition ou décalage dans le temps, de façon complémentaire et continue. L'importance d'un contenu cohérent, d'une implantation harmonieuse et d'une souplesse d'usage, dans le sens d'adaptabilité aux besoins changeants de l'utilisateur, caractérisent la continuité d'approche, particulièrement lorsque les usagers sont confrontés à des barrières organisationnelles. Les notes et les outils d'évaluation et de suivi de la mise en place des services (que sont respectivement les notes évolutives, l'OÉMC et le PSI) favorisent eux aussi la continuité d'approche. Celle-ci peut être décryptée à partir des dossiers cliniques à la condition d'avoir accès à l'ensemble du dossier de l'utilisateur, ce qui est facilité par le dossier unique informatisé (par exemple, le SIGG). Idéalement, il faudrait avoir accès aux dossiers des intervenants des différents sites de dispensation de services, à savoir le soutien à domicile (SAD), le centre hospitalier (CH), le centre de réadaptation (CR), le médecin traitant et les autres professionnels travaillant en cabinet privé. Le secteur communautaire demeure difficilement appréhendable par l'intermédiaire des dossiers puisqu'il ne se fait pas formellement de tenue de dossiers cliniques dans ces milieux.

Au total, nous constatons que la mesure de la continuité est effectuée jusqu'à maintenant de façon partielle et sur une base plus quantitative que qualitative (Reid, et

al., 2002). Le dossier clinique peut donc apporter un éclairage précieux sur la continuité, en même temps qu'il comporte des limites l'empêchant de prétendre à une lecture complète de la continuité, surtout à la lumière de la définition qu'en donnent Reid et ses collègues (2002), qui considèrent la continuité comme expérientielle avant tout. De plus, cette expérience de la continuité n'est pas inscrite que dans le dossier. En fait, un vaste choix de moyens de communication existent (courriels, boîtes vocales, télécopies, notes de service, etc.), et ce, suivant des formats et technologies variés. La complexité des voies de communication rend l'exercice de gestion de l'information encore plus fastidieux en raison de la surabondance d'information. Ce contexte traduit l'émergence d'un contexte de communication informelle et multidimensionnelle qui remet en cause l'importance de consigner avec plus ou moins de détails un événement, une décision ou une démarche. Pour complexifier l'exercice, s'ajoutent les préoccupations face aux exigences en matière déontologique et d'accès à l'information, qui peuvent entraver les façons de rendre compte par écrit d'une situation. Néanmoins, le dossier demeure selon nous une excellente source de données, en autant qu'on garde constamment en tête que cette source présente certaines limites.

Le dossier clinique constitue donc un outil précieux et partageable, qui devrait dépasser la nécessité de garder en mémoire les dires de l'utilisateur et les actions envisagées ou posées pour se tourner vers la mise à disposition de l'information aux partenaires cliniques sur l'approche choisie, les objectifs priorisés, le processus ayant mené à l'adoption de cette approche, les facilitateurs et les entraves à sa mise en application, la réceptivité et le niveau de participation de l'utilisateur dans l'actualisation des moyens retenus, le degré d'atteinte des résultats et les raisons expliquant toutes ces informations sur un épisode de services. Ces informations mises en contexte devraient être utiles dans

le déroulement actuel des interventions et pourraient aussi l'être dans l'avenir. Le dossier clinique fait en quelque sorte office de transmetteur permanent de l'information dans le contexte socio-sanitaire actuel, rendu complexe en raison du caractère interprofessionnel, intersectoriel et longitudinal de l'offre de services. Pour cette raison, le développement d'une capacité d'étudier les dossiers sous l'angle de leur contribution à ces aspects de la qualité constitue la principale source de pertinence sociale de notre recherche.

Dans notre mémoire, il s'agit donc de voir comment la continuité est inscrite dans les dossiers cliniques en décrivant et en caractérisant les éléments pour lesquels elle fait l'objet d'une écriture, particulièrement du point de vue de la pratique de la gestion de cas. À partir des composantes de la continuité seront proposées quelques pistes méthodologiques en vue de contribuer à l'élaboration d'un audit de la qualité sous l'angle de la continuité. La perspective d'audit que nous retenons est celle qui vise l'amélioration d'une pratique et, partant, le soutien des professionnels au moyen de l'étude de leurs pratiques effectives. Le but de la recherche ne consiste donc pas à contrôler la pratique au regard de standards préétablis, mais bien à savoir comment améliorer la transmission d'informations essentielles à la continuité des services.

1.4 QUESTION DE RECHERCHE

La présente étude cherche donc à être utile autant aux chercheurs qu'aux praticiens en tentant de répondre le plus justement possible à la question de recherche suivante :

Que nous apprennent les dossiers cliniques sur les pratiques de tenue de dossier à propos de la continuité, en contexte de réseaux intégrés de services?

Nous nous intéressons donc à la manière dont les professionnels indiquent aux dossiers leurs traces de continuité. Plus précisément, d'autres sous-questions nous préoccupent: Comment les professionnels laissent-ils dans les dossiers leurs traces de continuité? Comment les trois formes de continuité se distribuent-elles dans les DC? Quels sont les éléments pour lesquels la continuité fait l'objet d'une écriture? Quels rôles ont les gestionnaires de cas en termes de continuité des services du point de vue des dossiers? Le DC représente-t-il un outil permettant la continuité des services et la communication interdisciplinaire? Au terme de l'exercice, nous avons formulé quelques pistes méthodologiques d'analyse de la continuité des services.

1.5 OBJECTIFS DE L'ÉTUDE

L'objectif général poursuivi par cette étude est de repérer et de catégoriser des indices de continuité des services dans des dossiers cliniques d'utilisateurs inscrits en gestion de cas de façon à contribuer à l'accroissement de la qualité dans les services dispensés aux personnes âgées.

Quatre objectifs spécifiques viennent cadrer cette cible:

1. Décrire et caractériser le contenu des dossiers cliniques de gestion de cas à l'égard de l'objet continuité
2. Identifier les marqueurs rédactionnels de continuité
3. Dégager la pertinence de l'usage des dossiers cliniques dans l'analyse de la continuité.

4. Formuler quelques pistes méthodologiques d'analyse de la continuité des services dans la perspective d'élaborer un audit de la qualité au regard de la continuité.

1.6 ÉTAT DES CONNAISSANCES

1.6.1 Recension des écrits

La recension des écrits se rapportant spécifiquement aux dossiers cliniques (désigné par les lettres DC dans les pages qui suivent) est mince. De plus, le qualificatif « clinique » semble se retrouver uniquement dans les textes québécois; autrement, il est questions de dossiers médicaux ou de dossiers infirmiers, d'ailleurs la plupart des textes traitent de dossiers médicaux. Nous avons donc utilisé indistinctement l'ensemble des textes scientifiques recensés et les avons classés en cinq familles:

1. le DC et ses enjeux éthiques et juridiques;
2. le DC et ses dispositifs technologiques;
3. le DC et ses référentiels formels et pragmatiques;
4. le DC comme moyen pour observer la qualité;
5. le DC comme moyen pour réaliser la continuité.

Seulement deux articles utilisent les DC comme source de données pour qualifier l'intégration (Firbank, et al., 2005, Hébert, et al., 2007); ils feront l'objet d'une présentation plus détaillée plus loin. Comme nous nous référons constamment à l'ensemble de ces textes, nous présenterons dans cette partie les éléments essentiels à retenir pour la suite de l'étude.

1.6.1.1 Le dossier clinique et ses enjeux éthiques et juridiques

Le fait que les usagers aient accès de droit à leur dossier vient colorer la façon dont les professionnels concernés complètent les dossiers et la manière dont ils abordent leurs responsabilités éthiques et juridiques. Ceci est particulièrement vrai pour les professionnels en France depuis l'adoption de la *Loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale* (Ennuyer, 2005; Pelletier, 2005), qui vient reconnaître des droits civiques aux personnes en difficulté, plus particulièrement au sein des établissements et services dédiés à ces populations. Cette législation vient permettre le passage de la protection du sujet fragile à la reconnaissance de l'utilisateur à titre de citoyen, sujet de droits. À chacun des sept droits énoncés dans la loi correspondent sept outils facilitateurs pour l'exercice des droits. La visée de cette loi étant de rendre plus lisibles et, partant, plus identifiables les pratiques professionnelles et les modalités d'organisation, d'accueil et d'accompagnement, il appert que le dossier se constitue alors en pièce maîtresse de l'effectivité de ce droit nouveau. Il s'agit surtout de faire du rapport aux usagers l'axe central de l'évaluation des activités et de la qualité des prestations de soins et de services. Mais l'impulsion effective de cette démarche suscite de nombreuses interrogations chez les professionnels, notamment en ce qui a trait au rôle du droit et à l'adéquation des outils aux contextes de pratique.

Parmi les droits reconnus dans cette loi, deux concernent plus particulièrement les dossiers des usagers, soit la confidentialité des données et l'accès à toute information le concernant. Dans le premier cas, le défi réside dans l'obtention d'un équilibre entre la protection de l'utilisateur vis-à-vis de tiers et le « secret partagé », une notion qui est mal définie sur le plan juridique mais qui s'avère indispensable à la « prise en charge »

(Devers, 2005). Dans le second cas, l'utilisateur possède le droit d'accéder directement à son dossier puisqu'il est propriétaire des informations le concernant, les professionnels en étant que les dépositaires. La législation établit cependant une distinction entre les notes formelles et les notes personnelles du professionnel, lesquelles ne sont pas régies dans le même sens (http://www.anitea.fr/loi200202/droits_des_usagers.pdf. Consulté le 30 septembre 2010). Bien que la formulation française de ce droit soit relativement nouvelle, elle exprime pour l'essentiel l'état de la situation au Québec, où l'utilisateur a accès à son dossier depuis plusieurs décennies et où ce droit a été reprecisé dans le cadre de la Loi 83, qui vient ajouter à la Loi 25 des mécanismes de régulation de la qualité des services dispensés aux usagers.

Si le droit d'accès au dossier encadre la complétion des dossiers au Québec, d'autres considérants sont aussi en action. Pour les médecins, les poursuites légales font en sorte que leurs notes peuvent agir comme preuves menant à la condamnation ou à la disculpation des actes professionnels qu'ils posent dans le cadre de leur pratique (Lajoie, 2003). Les éléments transmis ou omis peuvent toutefois faire la différence dans la qualité de la référence, la qualité de l'évaluation et, conséquemment, la qualité du traitement du patient. La traduction suit un double mouvement : celui du rédacteur du dossier, qui doit transformer les dires du patient de problème vécu en problème gérable (cliniquement parlant) et celui qui oblige le rédacteur à discriminer à travers la somme d'informations en sa possession ce qu'il importe de transmettre au consultant de manière à ce que ce dernier ait en main toute la mise en contexte nécessaire à l'identification des besoins ou à l'élaboration d'un diagnostic et d'un plan d'intervention qui soient justes (Berg, 1996). Il en va de même pour les autres professionnels, qui doivent traduire les besoins des usagers et cibler les interventions et références nécessaires en faisant montre

d'un bon esprit de synthèse tout en rendant compte de la complexité du cas. Le travail interdisciplinaire qui est requis par la fragilité et la complexité des problématiques rencontrées par les usagers inscrits en gestion de cas vient ajouter à la nécessité d'utiliser d'un langage clair et compréhensible pour tous les partenaires. Le Collège des médecins du Québec, dans son mémoire portant sur le projet de loi n° 83, qui a été présenté à la Commission des affaires sociales en janvier 2005, se positionne favorablement vis-à-vis le nécessaire partage de l'information en insistant tout autant sur la confidentialité des données relatives à la vie privée des usagers.

[...] la communication et la transmission de l'information est l'ingrédient indispensable pour que les réseaux locaux de santé passent du vœu pieux à une réalité clinique, utile et fonctionnelle [...] Il sera également important d'informer la population de la constitution de telles banques de données et sur les mécanismes mis en place pour assurer la confidentialité des données et la sécurisation des accès et, surtout, sur les bénéfices concrets dont elle profitera de façon tangible. (2005, p. 11).

1.6.1.2 Le dossier clinique et ses dispositifs technologiques

Le fonctionnement efficace du réseau intégré de services repose sur la disponibilité en temps réel d'un dossier clinique de l'utilisateur, dossier qui est partageable par l'ensemble des acteurs à intégrer. Pour ce faire, il faut mettre en place un système d'information qui permette de rendre accessible à l'ensemble des professionnels autorisés l'information sur la condition de la personne, les services qu'elle a reçus, les médicaments qu'elle a consommés, et ainsi de suite.

Bien que la présente étude ne compare pas les supports sur lesquels sont transcrites les informations, il est intéressant de noter en quoi le dossier clinique informatisé (DCI) participe favorablement à l'opérationnalisation de la continuité. Le rapport PRISMA affirme, du point de vue des professionnels, ce qui suit :

Un système d'information tel que le SIGG (système d'information géronto-gériatrique) est un outil efficace pour soutenir le travail interdisciplinaire. Il apparaît donc utile et mérite d'être encouragé dans un contexte de réseau de services intégrés pour personnes âgées vulnérables (Hébert, et al., 2007, p. 15).

Au Québec, peu de régions administratives ont à ce jour adopté une forme ou l'autre du DCI. Celles qui l'ont fait ont déployé le système le plus souvent grâce à des projets pilotes du Ministère de la Santé et des Services sociaux, ce qui fragilise grandement la pérennisation de ce soutien informationnel puisque son financement devient parfois incertain une fois l'expérimentation achevée (Demers, et al. 2005). Par exemple, le SIGG est un dossier clinique informatisé interdisciplinaire et interétablissement, dont la première version a été lancée dans les Bois-Francs en 1998 pour soutenir l'échange d'information dans le cadre d'un RSI; la version initiale a sans cesse été améliorée depuis. Entre 1998 et 2003, 5128 dossiers cliniques électroniques de personnes âgées en perte d'autonomie ont été inclus dans le SIGG. Ils contiennent les informations sociodémographiques, l'identification de l'utilisateur et ses coordonnées, en plus de sept autres formulaires : l'OÉMC, le système de mesure de l'autonomie fonctionnelle (SMAF), un formulaire de demande de service, un PI, un PSI, un profil médicamenteux et les notes évolutives. Le DCI offre la particularité d'être accessible en temps réel pour tous les intervenants concernés, peu importe leur lieu d'appartenance. Une étude évaluative de l'utilisation et de la perception de l'efficacité et de l'impact du SIGG, menée entre 2000 et 2003 (Morin, Tourigny, Robichaud, Pelletier, Bonin, Vézina, et al., 2007b), conclut que ce système de partage d'information constitue un moyen efficace pour favoriser la standardisation, la coordination et la continuité des services et, au total, une meilleure qualité d'information. Bien que d'autres projets d'implantation de DCI aient été encouragés par le ministère, et que celui-ci ait formulé

des intentions claires en ce sens, rien n'est encore prévu pour l'adoption d'un modèle pérenne et pan-québécois. En bref, l'intégration informationnelle est donc loin d'être réalisée. En 2001, le MSSS a présenté ses orientations en la matière (MSSS, 2001), mais force est de constater que celles-ci demeurent en bonne partie inopérantes. Deux phénomènes expliquent cette incapacité du ministère à mettre en œuvre son plan : d'une part, l'évolution rapide des technologies et, d'autre part, l'absence des moyens requis pour réaliser ses plans du fait de l'ampleur des enjeux en présence. Plusieurs défis concomitants interpellent le ministère, dont l'instauration d'outils et de systèmes d'information hautement sécurisés et suffisamment robustes pour être utilisés à l'échelle du Québec pour le plus grand nombre de groupes d'utilisateurs possible, des outils qui facilitent le travail collaboratif des cliniciens et, en même temps, fournissent des données de gestion (Demers, et al. 2005). Au Canada, selon l'Initiative pour l'amélioration de la collaboration interdisciplinaire dans les soins de santé primaires, certains secteurs de soins et de services profitent de l'Inforoute (par exemple, l'information sur les médicaments, les systèmes d'imagerie diagnostique et d'information de laboratoire).

L'implantation des DCI s'accompagne d'enjeux particuliers, dont le financement à l'échelle du réseau, la protection de la vie privée, la normalisation des informations à consigner, la sécurité des informations concernant les usagers et, enfin, les besoins de formation et de mise à niveau des compétences liés à la mise en œuvre des DCI (ACIS, 2005).

Quoique plusieurs écrits aient analysé les impacts (généralement positifs) d'un dispositif de type DCI, la présente étude ne s'attarde pas à comparer les différents supports à l'écriture du dossier clinique, et ce, même si le DCI (ou dossier partageable,

ou dossier de santé électronique) participe sans aucun doute favorablement à l'opérationnalisation de la continuité. Quoi qu'il en soit de sa valeur ajoutée, il demeure un outil, qui, avant d'être partagé, doit être complété par les professionnels investis auprès de l'utilisateur, de sorte que les informations qu'on y retrouve ont d'abord été sélectionnées puis mises en forme par le rédacteur (Berg, 1996). En ce sens, le DCI ne diffère pas du dossier-papier.⁵ Toutefois, force est de constater que les dimensions instrumentales conditionnent l'effet intégrateur du dossier clinique (Demers, et al., 2005; Kröger, et al., 2007). Par exemple, il est clair que le dispositif électronique qui rend accessible l'information en temps réel aux intervenants provenant d'horizons disciplinaires et organisationnels différents favorise la continuité informationnelle (Morin, et al., 2007b) puisque l'accès à l'information s'avère essentiel au jugement clinique des professionnels (Mechanic, 2008).

1.6.1.3 Le dossier clinique et ses référentiels formels et pragmatiques

Les référentiels les plus en usage sont monodisciplinaires ou strictement cliniques (Gouvernement du Québec, 2008; de Villermay, 1982; Maitland, 1998). Nous n'avons pas trouvé de référentiels multidisciplinaires ou interdisciplinaires et encore moins de référentiels avec les modèles récents de la qualité que nous avons évoqués plus haut (Kröger, et al., 2007). Même les audits de dossiers, qui marquent souvent le point de départ d'un processus de qualité continue, sont plus souvent qu'autrement effectués pour un groupe uniforme de professionnels (Alaszewski, & Manthrope, 1993). Il demeure néanmoins intéressant de constater que les résultats issus de ce processus

⁵ L'un des trois sites où se déroule notre étude est reconnu pour la qualité de son DCI. Nous pourrions ainsi contraster son effet sur la continuité au regard des modalités papier de production de dossiers cliniques dans les autres sites.

d'examen de la pratique ouvrent une voie d'éducation professionnelle qui peut amener une révision des guides de bonne pratique et, par conséquent, réinterpeller la recherche. En d'autres termes, puisque l'audit tire ses données des dossiers cliniques, il impacte sur leur complétion et soulève la question de la formation des professionnels (Lajoie, 2003). Par ailleurs, si la qualité est mise à l'épreuve à travers les dossiers cliniques, il y a alors une carence dans les référentiels pour qualifier et faciliter la continuité des services.

Plusieurs textes ont mentionné l'importance d'avoir accès à des dossiers complets pour assurer un suivi adéquat des besoins de l'utilisateur et respectueux de ses volontés, dans une perspective d'efficacité, voire d'efficience, et de continuité dans la prestation des services (Donabedian, 1988; Hébert, et al., 2007; Morin, et al., 2007b). Toutefois, la plupart des indicateurs identifiés étaient de nature quantitative et décrivaient l'aspect chronologique de la continuité (Reid, et al., 2002; Starfield, 1980). Cependant, les derniers travaux de Reid et de ses collègues conviennent la recherche à s'intéresser aux autres dimensions de la continuité. Nous pourrions dès lors affirmer que la continuité n'est pas que chronologique, elle est aussi sémantique, c'est-à-dire qu'elle comporte des composantes porteuses de sens pour les différents acteurs, notamment le sens de l'expérience de la continuité des services. À notre connaissance, seul le texte de Berg (1996) a traité le sujet dans cette perspective.

Employant une approche ethnographique, Berg (1996) décrit le dossier médical comme un artéfact médiateur des relations sociales qui se créent et se transforment dans l'écriture des notes et la lecture qui en est faite. Les actes d'écrire et de lire constituent des éléments fondamentaux de la pratique médicale et participent de l'élaboration du jugement clinique à travers les interactions entre le patient et le médecin. L'histoire du patient est transcrite de façon à correspondre au vocabulaire médical catégoriel en usage

dans un lieu de pratique particulier. Cette transcription permet de faire d'un problème exprimé par le patient un problème médical résoluble. Ainsi, tous les propos du patient ne sont pas retranscrits sous forme verbatim, mais ils sont traduits pour donner sens au diagnostic, aux examens et tests prescrits et, ultimement, au traitement proposé. La transmission des informations concernant un patient lors d'une référence à un collègue spécialiste sera effectuée dans un format qui informe sur les résultats connus et le processus ayant mené à la référence. Il est intéressant pour notre étude de prendre en considération le rôle du rédacteur dans la composition d'une note ou d'une évaluation : outre l'obligation de se conformer aux codes et aux normes de rédaction et de tenue de dossier, il y a aussi une intention qui sous-tend la rédaction et qui en oriente le contenu, le choix de ce qu'il importe de conserver en mémoire et la formalisation d'une expérience singulière traduite en un système qui devient gérable pour le professionnel. Cet article sera particulièrement utile pour l'analyse des dossiers cliniques puisqu'il nous rappelle la présence de référentiels officiels formels qui coexistent avec des référentiels pragmatiques provenant de la formation disciplinaire et des contextes de pratiques.

1.6.1.4 Le dossier clinique comme moyen pour observer la qualité

L'intérêt porté au processus d'évaluation de la qualité réside dans le fait qu'il utilise principalement les dossiers des usagers pour mener à bien l'exercice. Le dossier clinique permet d'observer le niveau de qualité atteint en mesurant l'observance des processus reconnus probants dans la prestation des services.

L'audit clinique, bien que poursuivant des buts distincts de la recherche, peut être profitable autant à la science qu'à la pratique clinique (Maitland, 1998). L'audit diffère du monitoring, lequel se présente comme une pratique essentiellement descriptive qui

s'intéresse à quantifier les interventions à partir de questions telles que : « Combien? », « À quelle fréquence? », et « Qui utilise les services? ». L'activité de monitoring n'est pas menée dans le but de remédier aux problèmes, mais elle peut s'avérer utile comme première étape dans l'identification des problèmes.

L'audit vise plutôt à repérer si les traitements ont été délivrés selon les standards reconnus ou à vérifier si les résultats des procédures ont été satisfaisants tant pour les professionnels que pour les patients. La recherche détermine les standards de bonne pratique, les protocoles et les guides de pratique qui font l'objet d'initiatives à visée éducative, alors que l'audit mesure comment les pratiques atteignent ces standards. Ces audits sont certes dotés d'une visée de monitoring des pratiques effectuées, mais aussi de transformation de ces mêmes pratiques en problématisant des écarts par rapport aux standards attendus. L'audit s'intéresse donc à cette double métamorphose : la pratique transformée et la pratique « transformante ». Les résultats obtenus par un examen de la pratique offrent alors des matériaux pour l'éducation professionnelle continue, allant jusqu'à appeler une révision des guides de bonne pratique et, par conséquent, à ré-interpeller la recherche et les divers producteurs de standards (ordres professionnels, administrations publiques, jurisprudences, etc.). Cette vision dynamique du déroulement et des finalités de l'audit n'est pas sans rappeler le cercle de Deming, qui sera présenté dans la section traitant du cadre théorique.

Par ailleurs, un lien peut aussi être établi entre la tenue d'audits et les droits des usagers. Le CLSC René-Cassin⁶ mentionnait sur son site internet que comme les usagers ont légalement droit d'accès à leur dossier, il importe alors d'assurer la vérification

⁶ Aujourd'hui, le CLSC René-Cassin est intégré au CSSS Cavendish, qui est la nouvelle entité organisationnelle qui a changé de nom suite à la fusion d'établissements consécutive à l'adoption de la Loi 25.

régulière du bon maintien des dossiers et des notations qu'ils contiennent. Bien que cette précision n'apparaisse plus sur le site officiel de la nouvelle entité issue de la fusion, elle demeure intéressante dans sa formulation.

On peut classifier les audits en trois types, en l'occurrence l'audit de structure, l'audit organisationnel et l'audit de résultats (Maitland, 1998). Il est intéressant de constater que même si elle s'appuie sur d'autres fondements théoriques, cette typologie des audits se situe en phase avec le cadre conceptuel de la qualité qui a été développé par Donabedian (1988).

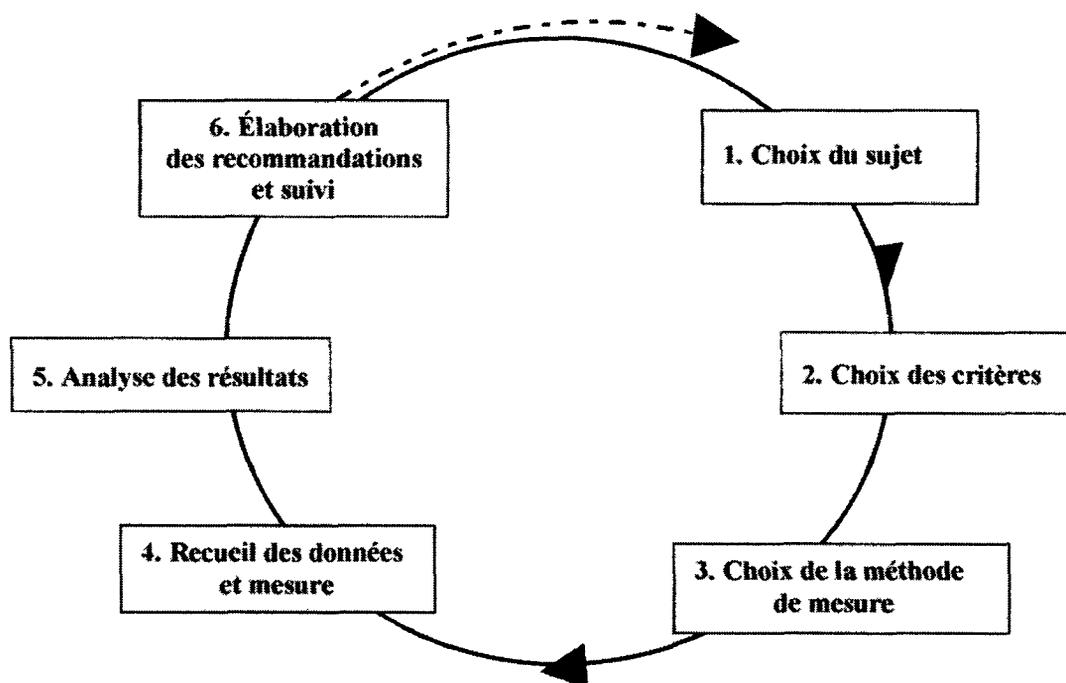
1. **L'audit de structure**, qui est le plus répandu, examine les ressources et la qualité de la documentation (par exemple : L'environnement permet-il l'exercice des tâches? Le personnel bénéficie-t-il d'une formation appropriée? Les notes évolutives sont-elles prises selon les standards?).
2. **L'audit organisationnel** s'intéresse aux processus organisationnels, à la gestion et à toutes les communications concernant les usagers (par exemple : Les procédures d'admission sont-elles respectées? Les communications entre les professionnels et les usagers sont-elles aussi bonnes qu'elles devraient l'être? De nouvelles politiques sont-elles requises?).
3. **L'audit de résultats** est descriptif et documente la situation de l'utilisateur avant et après les traitements. Sa réalisation requiert des compétences et outils spécifiques, notamment un référentiel ou un standard reconnu qui peut être converti en indicateur mesurable.

Plusieurs méthodes d'investigation sont utilisées pour mener à bien les audits, notamment les questionnaires, les entretiens face à face et téléphoniques, les tests et les

comités de révision par les pairs. Parmi ces méthodes se trouve l'audit de dossiers cliniques.

Matillon (2000, 1999) a décomposé les étapes de l'audit en six grandes phases qui, une fois complétées nouvelle audition pour s'assurer que les mesures correctives ont permis de rencontrer les standards .

Figure 3 : La spirale de l'audit clinique



Même si certains articles décrivent le processus d'audit, aucun article repéré qui s'intéresse aux dossiers cliniques n'a décrit explicitement une méthode spécifique pour leur analyse. Les dossiers cliniques sont pourtant considérés comme étant des sources appréciables de collecte de données et de diffusion des standards de qualité (Donabedian, 1988; Lajoie, 2003). Ce constat de l'absence de méthodes explicites d'analyse des dossiers cliniques dans la perspective de la continuité traduit la pertinence

sociale de notre étude. Mais comment interpréter cette carence? Peut-être parce que le dossier apparaît comme un objet utilitaire, voire de peu d'intérêt, ce que nous réfutons, bien entendu.

Comme toute activité d'évaluation dépend de la disponibilité et de l'exactitude des informations, le dossier clinique serait une excellente source d'information concernant le processus de soin et ses résultats dans le domaine médical. Dans un article publié dans *L'actualité médicale* en 2003, l'importance du dossier du patient fut justifiée à plus d'un égard : « Le dossier médical, c'est le reflet du savoir-faire du médecin, un outil pour évaluer la qualité de l'exercice professionnel, un élément de protection juridique et la meilleure façon d'offrir des soins de qualité continus » (Lajoie, 2003, p. 8).

Les quelques évaluations des dossiers médicaux recensées sont souvent jugées partielles en raison du fait que les dossiers sont incomplets à cause d'omissions de données ou d'erreurs d'exams diagnostics, de mauvaises observations ou d'évaluations déficientes, sans compter les fautes de codification des maladies ou les erreurs de retranscription. Les résultats du comité d'inspection professionnel du Collège des médecins du Québec (CMQ), pour la période allant de 1999 à 2003, révèlent qu'il y a dégradation des dossiers sur plusieurs plans : tenue de dossier, justesse du diagnostic et traitement/suivi. En fait, 25% des dossiers médicaux analysés étaient problématiques. Les deux principales lacunes identifiées concernaient l'écriture illisible et les notes incomplètes. Sur ce dernier point, la Cour d'appel du Québec a d'ailleurs statué de la manière suivante : « Sauf circonstances exceptionnelles, ce qui n'est pas dans un dossier n'est pas dit, pas fait, pas vu » (Lajoie, 2003). L'article apporte aussi une précision en mentionnant que l'importance de l'achalandage, le manque de temps et les

responsabilités administratives ne justifient pas une note de mauvaise qualité. Nous croyons que les énoncés concernant ces dossiers valent en grande partie pour tous les dossiers cliniques.

En France, l'évaluation de la qualité des soins infirmiers au moyen d'un examen des dossiers infirmiers a débuté en 1975 (de Villermay, 1982). L'audit clinique de la tenue de ces dossiers va comparer les pratiques de soins dont le dossier rend compte avec les standards de pratique reconnus afin, dans un premier temps, de mesurer la qualité des résultats des soins et, en un second temps, d'identifier les écarts et d'élaborer des recommandations.

Selon Maitland (1998), l'impact d'un audit est déterminé par les changements positifs qu'il provoque dans les pratiques de gestion et les interventions cliniques, changements qui, ultimement, rejaillissent sur les clients en termes de qualité des services reçus. En fait, l'audit ne fait pas que jeter de la lumière sur les « vices de procédures »; il peut aussi révéler ou valider des processus de bonne pratique ayant cours au sein de l'organisation.

Pour sa part, Donabedian (1988) se montre critique envers les auditeurs qui, dans la plupart de cas, ne seraient pas intéressés à obtenir un portrait global des soins mais poursuivraient principalement des buts managériaux. Ils viseraient avant tout à identifier et à corriger les failles existantes dans la dispensation des soins et, ce faisant, à créer un climat de surveillance (*watchful concern*). Cela motiverait les « évalués », du point de vue de ces surveillants de la pratique, à performer davantage et à se conformer aux attentes. Une autre approche à visée managériale ou réformatrice consiste à dégager des problèmes identifiés à l'occasion d'incidents critiques et à étudier les processus ayant conduit à ces résultats plutôt que de s'en tenir strictement aux résultats eux-mêmes.

Donabedian (1988) propose d'établir des critères et au regard de standards reconnus pour chacune des constituantes de son modèle de la qualité, qui sont la structure, le processus et les résultats.

1.6.1.5 Le dossier clinique comme moyen pour réaliser la continuité

Donabedian (1988) relève des difficultés en termes de fiabilité et d'insuffisance de continuité des dossiers, soit l'absence d'indice qualifiant la relation médecin-patient et le fait que le dossier médical ne rend compte que d'un épisode de soin campé dans le temps et dans un lieu précis; ce qui prive le professionnel d'un accès à l'histoire du patient. En fait, le dossier apparaît habituellement exempt d'intention et d'usage interdisciplinaire.

La consultation de plusieurs textes démontre le caractère non problématisé du dossier clinique pour qualifier la continuité, même s'il est évoqué pour ce faire (Firbank, et al., 2005; Hébert, et al., 2007). Dans le cadre de l'étude PRISMA, le dossier clinique a été exploité en partie seulement. Outre l'évaluation du SIGG (Morin, et al., 2007b), seul le PSI a été considéré en précisant qu'une approche qualitative a permis de tirer des conclusions différentes de celles qu'aurait permis d'atteindre une évaluation quantitative (Somme, 2007). Ainsi, l'analyse qui a été faite a mis en lumière le fait que l'utilisation réelle du PSI demeurait faible et que son utilité restait vaguement perçue. Pour Firbank et son équipe (2002), dont l'étude portait sur l'élaboration d'une stratégie pour améliorer le suivi de la prise en charge des personnes âgées dépendantes en vue d'optimiser la qualité des services de soutien à domicile, les DC comptent parmi les moyens employés pour dépister les problèmes de qualité des services en termes de conditions d'accès, de satisfaction des besoins et d'interactions entre un usager et différentes catégories

d'intervenants. Une grille de collecte de donnée a été élaborée et utilisée sur un seul site parce que « [le] constat du peu de données recueillies à l'aide de cet outil nous aura amenés à suspendre son utilisation pour les autres sites. » (p. 12). Les problèmes qui ont été soulevés par cette recherche en matière de qualité concernent la continuité informationnelle (par exemple, le manque d'information et de connaissance des intervenants concernant les changements survenant dans l'état de santé de l'utilisateur), la continuité d'approche et la continuité relationnelle (par exemple, l'inconfort vécu par les usagers à cause du roulement de personnel). Tout cela commande d'aller plus loin dans l'utilisation des DC comme sources de données.

1.6.2 Constats

La recension des écrits scientifiques que nous avons effectuée nous amène à formuler le constat suivant : si les dossiers cliniques constituent une source maitresse de vérification de la qualité par l'intermédiaire des audits, particulièrement dans la sphère médicale (de Villermay, 1982; Donabedian, 1988; Lajoie, 2003; Maitland, 1998; Shakib, 2003), ils ont été peu, voire pas étudiés sous l'angle de leur contribution à l'évaluation de la continuité. Une des principales difficultés identifiées pour ce faire tient au fait que ces documents sont souvent incomplets et difficiles d'approche pour les lecteurs qui se situent en-dehors du champ professionnel et qu'ils sont complétés de manière disciplinaire (Donabedian, 1988; Lajoie, 2003; Shakib, 2003). D'après le comité d'inspection du Collège des médecins, en 1997, 25% des dossiers médicaux étaient problématiques à cause de l'émergence croissante de moyens de communication informelle, de l'augmentation de l'achalandage de la clientèle, des exigences

administratives de plus en plus nombreuses et de la perception des professionnels de la futilité de constituer un dossier détaillé (Lajoie, 2003).

D'autre part, l'écrit (peu importe qu'il s'agisse d'un support papier ou un support informatique) prend de plus en plus de place dans l'horaire de travail et les obligations professionnelles et organisationnelles des intervenants; cela tend à positionner le DC comme une activité professionnelle importante, mais qui s'ajoute à l'ensemble de la tâche de production d'écrit. Beaucoup de temps doit être consacré à la complétion de formulaires, de grilles, de rapports, de statistiques et de notes de toutes sortes. Raison de plus pour viser l'efficacité car un tiraillement est souvent vécu entre le temps à consacrer à l'intervention et celui à investir dans la « paperasse ». Ce temps « administratif » est souvent considéré comme étant de moindre importance et moins valorisant parce que perçu comme étant loin du clinique (Hébert, et al., 2007).

Les textes analysés nous rappellent aussi que le dossier clinique n'est pas neutre puisqu'il s'inscrit dans des milieux et des contextes de pratique qui influencent leur contenu. Les formations initiales ou disciplinaires peuvent aussi teinter les façons de faire et les manières de traduire et d'aborder les problèmes des usagers.

Donc, l'utilisation ou l'utilité du DC comme observatoire de la continuité apporte un point de vue original et complémentaire aux recherches antérieures. Cela démontre le potentiel scientifique de notre mémoire et sa pertinence sociale. De plus, malgré le fait que la recherche se sert parfois des dossiers cliniques comme source de données, l'absence de méthode explicite et le manque de description des outils de collecte de données constitue un espace vide que nous tenterons de combler. Par ailleurs, il y a aussi un manque d'indicateurs pour bien circonscrire la continuité dans toutes ses dimensions

(Reid, et al., 2002). Nous croyons que le dossier clinique peut donc s'avérer un bon observatoire de la continuité si nous en faisons une lecture avisée et outillée.

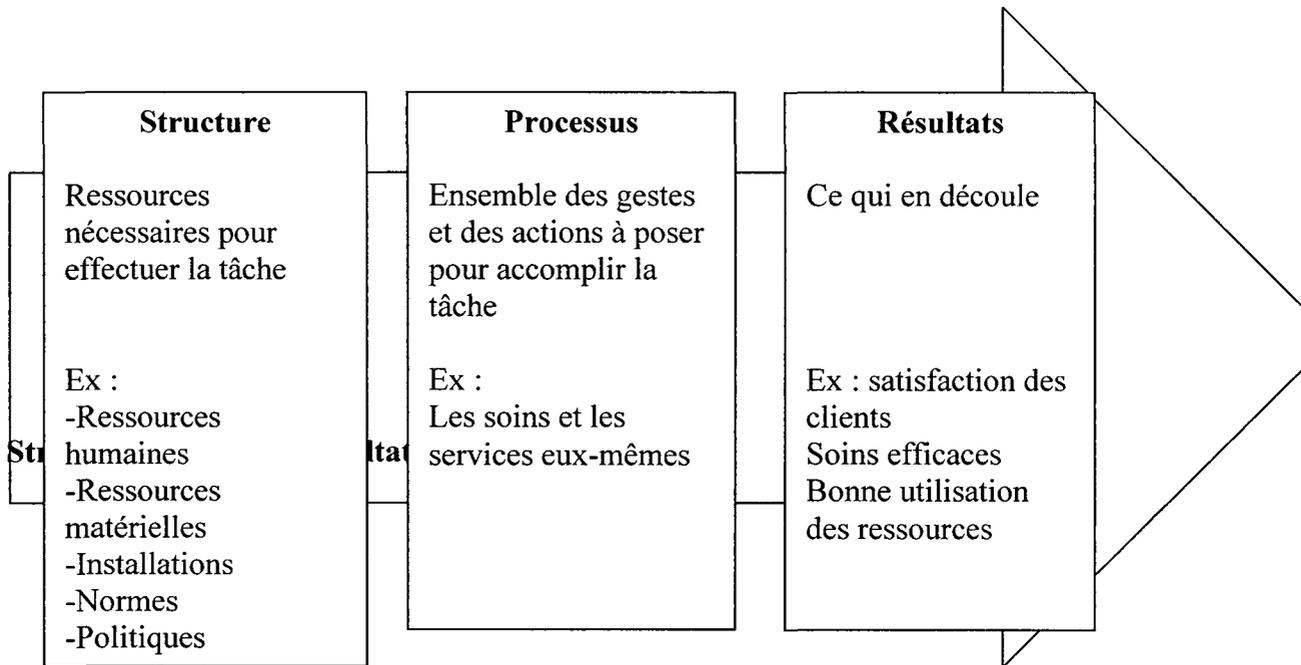
1.7 CADRE CONCEPTUEL

Le cadre conceptuel sur lequel s'appuie notre étude comporte trois dimensions. Il articule une première dimension, nommément les concepts de la qualité théorisés par Donabedian (1980), auxquels s'ajoute la notion d'amélioration continue de la qualité, travaillée par Deming dans les années 1950. La deuxième dimension retenue concerne le concept de continuité tel que défini par Reid et ses collègues (2002) à travers ses trois formes distinctes, à savoir la continuité informationnelle, la continuité relationnelle et la continuité d'approche. Enfin, la didactique des savoirs, qui constitue la troisième et dernière dimension conceptuelle, va nous permettre de repérer les compétences professionnelles en jeu dans la tenue de dossier et de les transposer dans la formation.

1.7.1 Le concept de qualité

C'est en 1980 que Donabedian a introduit dans ses travaux maintenant considérés classiques la théorie des systèmes, qui aborde la qualité suivant trois aspects interreliés, soit la structure, le processus et les résultats. Ce modèle a été adopté particulièrement par plusieurs organismes d'évaluation et d'amélioration continue de la qualité dans le domaine des services de santé et des services sociaux puisqu'il permet d'identifier et de proposer des solutions aux problèmes qui affectent la qualité des services et qu'il cible les processus inefficaces ou ceux qui ne contribuent pas à l'atteinte des standards de qualité.

Figure 4 : Théorie des systèmes selon Donabedian (1980)



Le but de l'évaluation selon Donabedian consiste à poser un jugement sur la qualité des services, peu importe que ces services soient fournis par les praticiens ou les établissements, mis en application par les usagers ou utilisés par la collectivité. Un jugement sur la qualité peut être rendu en examinant

- 1) les caractéristiques de l'environnement dans lequel les services sont fournis (structure); il s'agit alors d'une évaluation indirecte des services;
- 2) les attributs du processus de services;
- 3) les effets des services sur la santé et le bien-être de chaque individu ou des populations (résultats).

La structure concerne ici l'ensemble des dispositifs et des équipements utilisés pour dispenser les services et la manière dont ces moyens sont organisés. Le choix de cette orientation suppose que l'on pose l'hypothèse voulant que la qualité des services

est directement liée à la qualité du personnel, des équipements et de la gestion. Certes, ces éléments, bien qu'ayant une influence certaine sur la qualité, ne suffisent pas à la garantir. En pratique, cette orientation ne couvre qu'un champ d'action très restreint et se base sur des normes administratives qui sont généralement des normes minimales.

L'analyse des processus présuppose que les professionnels concernés aient défini des normes de procédure englobant l'ensemble de leurs activités. Elle permet d'effectuer un contrôle rapide et permanent des activités et sa spécificité fait qu'elle ne peut être prise en charge par un contrôle extérieur à la profession. Pour être complète, l'analyse des processus doit se faire à deux niveaux d'appréciation : il faut d'abord vérifier l'exécution ou la non-exécution d'un acte professionnel puis juger de la qualité de cette exécution.

La dernière composante du modèle de Donabedian, les résultats, concerne l'évaluation des effets produits en termes de modifications apportées par les services à l'état de santé ou de bien-être de la personne. Cette composante est souvent la seule qui est directement évaluée et qui permet de conclure à la qualité ou non des services. En fait, c'est cette mesure qui teste l'atteinte de l'objectif essentiel assigné à toute intervention effectuée par les professionnels de la santé. Dans les formes modernes d'évaluation, il est rare de rencontrer une méthode d'évaluation de la qualité des soins qui soit limitée à une seule composante; on a de plus en plus fréquemment recours à des méthodes mixtes (Sarrouilhe, 1989).

Si Donabedian s'est intéressé particulièrement à l'amélioration de la qualité des soins médicaux durant toute sa vie active, Deming est considéré comme l'un des plus grands gourous de la « qualité totale » dans le monde industriel. Ingénieur agricole de formation et professeur de statistiques, il a mis au point une approche du management en

14 points, fondée sur une logique statistique qu'il n'a cessé d'améliorer et d'enrichir au cours des années. Deming est bien connu pour son processus circulaire de la qualité (la roue de Deming), mais sa méthode de management en 14 points, qu'il a développée dans les années 1950 alors qu'il travaillait au Japon à titre de conférencier-expert, est elle aussi digne d'intérêt et applicable, en partie du moins, à d'autres secteurs d'activités. Regardons maintenant chacun de ces points :

1. Se donner des objectifs fermes pour améliorer le produit et le service, pour devenir compétitif, rester présent et créer des emplois.
2. Adopter la nouvelle philosophie. Nous vivons dans un nouvel âge économique, commencé par le Japon. Le management occidental doit être attentif à ce défi, apprendre ses responsabilités, et conduire le changement.
3. Cesser d'obtenir la qualité au moyen des contrôles, éliminer le besoin de contrôle systématique en fabricant à la source la qualité.
4. En finir avec la politique d'achat au moins-disant. Minimiser plutôt le coût total. Aller vers le fournisseur unique pour chaque produit, sur la base d'une relation à long terme loyale et confiante.
5. Perfectionner encore et toujours le système de production et de service pour améliorer la qualité et la productivité et, par là, réduire les coûts en permanence.
6. Généraliser la formation sur le tas.
7. Améliorer le leadership pour aider le personnel, les machines et le restant de l'entreprise à mieux travailler. Dynamiser les directions générales, vitaminer l'encadrement.
8. Chasser la crainte du contrôle afin que chacun puisse travailler plus efficacement pour l'entreprise.

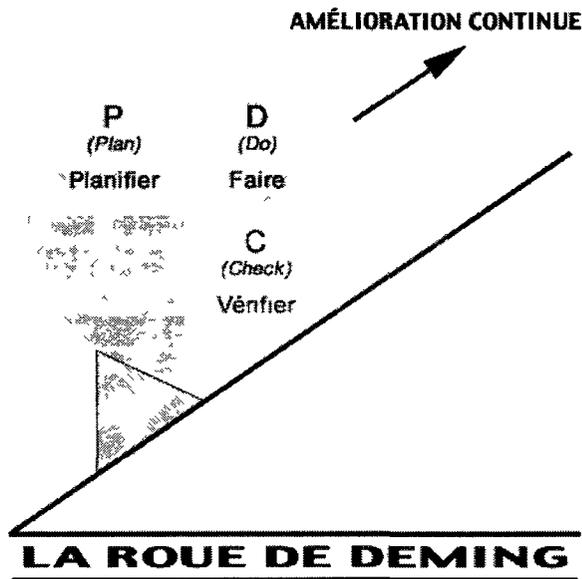
9. Renverser les barrières interservices (ex. : recherche et développement, ventes et fabrication). Tous doivent travailler en équipe pour anticiper les problèmes de production et d'utilisation des biens et des services.
10. Mettre de côté les slogans, les exhortations et les objectifs qui demandent au personnel d'atteindre le zéro défaut ou de nouveaux seuils de productivité.
11. Faire disparaître les standards de production dans les ateliers. Éliminer la direction par objectifs et les enjeux numériques. Remplacer tout cela par de meilleures qualités managériales.
12. Supprimer les barrières qui frustrent les ouvriers du droit à la fierté de leur savoir-faire. La responsabilité de l'encadrement doit s'exercer sur la qualité et non plus sur des chiffres abstraits. Supprimer les barrières qui frustrent les cadres de la fierté de leur savoir-faire. Conséquence parmi d'autres de cette orientation, abolir la notation annuelle et la direction par objectifs.
13. Instituer un programme de formation et de développement personnel volontariste.
14. Mettre chacun des membres de l'organisation à l'œuvre pour accomplir la transformation. La transformation organisationnelle est l'affaire de tous.⁷

Bien que ces 14 points soient rédigés dans un langage plus proche du monde des affaires, nous y référons pour deux raisons. D'une part, ils expriment l'idée cruciale sur le plan théorique que la qualité est moins dans un résultat que l'on contrôle post hoc qu'un processus total qui se situe à tous les moments de la production du service. D'autre part, l'exposition de ces 14 points nous permet de mieux comprendre comment a été construit le concept central de la théorie de Deming, soit celui du processus circulaire d'accroissement continu de la qualité, mieux connu sous le nom de roue de Deming, qui

⁷ Source : (http://merckel.org/article.php3?id_article=27).

comporte quatre phases. Le principe de la roue de Deming, que ce dernier lui-même appelle le cycle de Shewhart, consiste tout d'abord à procéder à une amélioration continue en vérifiant que le résultat obtenu correspond bien aux attentes initiales et est stable, puis à recommencer la démarche en ajustant les moments du processus aux buts visés.

Figure 5 : Roue de Deming



PLAN (P) : Définir les objectifs, la façon dont on va les atteindre, l'échéancier.

DO (D) : Former puis exécuter.

CHECK (C) : Vérifier si les objectifs visés sont atteints. Sinon mesurer l'écart, comprendre ce qui s'est passé.

ACT (A) : Prendre les mesures correctives requises pour arriver au résultat et s'assurer que cet acquis demeurera stable.

La théorie de Deming s'inscrit clairement du côté de l'amélioration continue. À ce propos, Deming écrit ceci : « Commençons par améliorer ce que nous savons faire, mais pas encore assez bien. Ensuite nous innoverons. Mais pas l'inverse. ». (http://merckel.org/article.php3?id_article=27).

Dans le cadre de ce mémoire, nous nous situons à la première étape de la planification, en ce sens que nos travaux cherchent à contribuer à un développement méthodologique permettant de *mieux faire*. Cela n'est pas illogique puisque la roue est, bien entendu, circulaire, et qu'elle ne comporte pas, pour cette raison, de temps premier, par exemple celui de la planification.

1.7.2 Le concept de la didactique des savoirs professionnels

Précisons d'entrée de jeu que les fines distinctions entre la didactique professionnelle et la didactique des savoirs professionnels ne seront pas mises de l'avant pour définir l'objet de cette étude (à ce propos, voir Habboub, 2005). Nous utiliserons la locution générale de didactique des savoirs professionnels. Les concepts de didactique, de savoir (incluant le savoir professionnel) et de compétence (appliquée ici au monde du travail et au monde de l'éducation) seront pris au sens large et amalgamés dans la dénomination unificatrice de didactique des savoirs professionnels tel que le propose Habboub (2005) dans son importante synthèse. Voyons comment chaque partie de ce concept se définit en se basant sur les travaux de Habboub (2005).

La didactique se présente comme un concept polysémique qui peut se rapporter à un outil, à une théorie ou à des méthodes (Maudet, 1987, dans Habboub, 2005) De plus, suivant l'approche privilégiée (selon le secteur d'activités des acteurs, les situations professionnelles, les finalités et les objets), le concept sera traité différemment. Mais, de

façon à poser des bases utiles pour notre propre objet, nous soutenons que la définition proposée par Vergnaud (1983) semble être la plus complète et la plus pertinente pour l'analyse des savoirs inclus dans la pratique. Une telle didactique étudie :

les situations d'enseignements et de formation, la signification des tâches et des activités proposées au sujet en formation [...]. Elle s'appuie sur l'analyse des conduites et des discours produits par les sujets en formation, sur l'analyse des pratiques, des choix et des décisions des enseignants ou d'autres formateurs, sur l'analyse de leur signification sociale et professionnelle (Vergnaud, 1983, p. 86).

Sur le plan épistémologique, cette position entraîne deux conséquences pour notre mémoire. D'une part, nous postulons que la pratique de la tenue de dossiers par les gestionnaires de cas comporte des savoirs et des compétences qui nous informent de façon fondamentale sur leur pratique. Ainsi, ce mémoire ne se place pas du côté d'une approche taylorienne cherchant à identifier les carences des acteurs, mais bien du côté d'une démarche misant sur la confiance à l'égard de ces derniers, dont le travail est empreint de savoirs pratiques. D'autre part, la seconde conséquence confère une pertinence sociale à notre étude. La connaissance de ces savoirs et de ces compétences peut servir à une planification (au sens où l'entend Deming) qui serait mieux fondée empiriquement, voire à contribuer à la formation des acteurs professionnels qui auront à agir à titre de gestionnaire de cas.

Le savoir est en même temps lié et distinct de l'information et de la connaissance. Voici comment Habboub (2005) différencie sommairement ces deux notions. D'un côté, l'information se présente comme une donnée qui est extérieure au sujet et qui peut être conservée extrinsèquement (dans une base de données, par exemple). De l'autre côté, la connaissance constitue une représentation cognitive issue d'une expérience personnelle. Elle peut être conservée sous trois formes, à savoir les concepts (connaissance sur les objets), les schémas (connaissances sur les événements et

les situations) et les procédures (connaissances sur les actions). Les connaissances se rapportant aux faits (concepts et schémas) sont qualifiées de connaissances déclaratives; tandis que les connaissances procédurales représentent des savoir-faire (Habboub, 2005). Aux distinctions déjà nombreuses des savoirs, Malglaive (1990) ajoute les savoirs professionnels, qu'il définit comme étant des savoirs pratiques, qui se subdivisent à leur tour en quatre composantes, soit les savoirs théoriques (ou savoirs savants qu'empruntent le professionnel pour concevoir son action), les savoirs procéduraux, qui règlent l'action et ses séquences, les savoir-faire, qui mettent en œuvre des habilités ou des compétences et, enfin, les savoirs pratiques, lesquels sont directement liés à l'action et à son déploiement. Les savoirs en usage se répartissent dans un processus circulaire proche de celui de Deming, où la théorie est mise à l'épreuve du réel dans la pratique, celle-ci générant de nouvelles connaissances qui modifient ladite pratique. Cela redouble le mouvement des audits de qualité, qui ont un impact sur la pratique et sur la recherche.

La compétence (Habboub, 2005) est un concept lui aussi en mouvance et polysémique en fonction des besoins variés de l'utilisateur (l'école, l'entreprise, etc.). Dans le monde de l'éducation, la compétence renvoie à un processus cognitif et comportemental qui peut se traduire par la capacité d'un sujet à faire une activité selon des critères externes de validité mais en fonction d'une situation concrète de travail (Perrenoud 1999, dans Habboub, 2005). Il y a aussi l'utilisation des compétences définies comme un savoir-agir complexe, qui se compose d'un ensemble de capacités et d'habilités cognitives, affectives, psychomotrices et sociales et des connaissances adaptées à des situations comparables (Lasnier, 2000, dans Habboub, 2005). Dans une visée de professionnalisation d'un métier, il importe de considérer les compétences explicites (les capacités de faire) et les compétences incorporées (l'écart entre les

compétences souhaitées ou requises et les compétences effectives); il s'agit au demeurant de la position défendue par l'approche ergonomique (Leplat, 1997, dans Habboub, 2005), qui fonde en quelque sorte notre point de vue sur le savoir. À cet égard, Vergnaud (1996) se veut une importante référence pour le courant de l'ergonomie cognitive.

Comprendre les pratiques existantes apparaît donc comme un préalable à la planification, au sens où l'entend Deming. La théorie de la didactique des savoirs professionnels va nous être utile à ce propos (Pastré, 1992). Cette théorie aborde le geste professionnel, l'énonciation et le dialogue comme contenant des savoirs (Mayen, 2003) et, en ce qui nous concerne, par la mise en forme du sens dans une activité socialement codée, en l'occurrence celle du dossier clinique. Par la suite, ces savoirs peuvent être investis dans la formation et dans la supervision clinique des intervenants (Habboub, 2005).

L'observatoire de ces savoirs est la pratique en situation (De Montmollin, 1988); dans notre cas, la situation est observée par le truchement du dossier. Autrement écrit, la didactique des savoirs professionnels nous démontre qu'il y a des savoirs dans l'expérience (Habboub, 2005), ici transcrite partiellement dans les dossiers cliniques, et que ces savoirs sont utiles dans une perspective d'amélioration de la qualité. Au niveau opérationnel, la didactique des savoirs professionnels s'appuie sur l'identification de situations de développement des compétences, les organise et les réorganise (Mayen, 1999), et y repère les compétences en jeu pour les transposer en situations didactiques objets de formation (Pastré, 1999, dans Habboub, 2005). Il s'agit dans une certaine mesure d'une perspective développementale qui s'inspire de deux courants théoriques, soit celui de la psychologie du développement (Piaget, Vergnaud) et celui de la

psychologie ergonomique cognitive (Mayen, Pastré, Leplat, De Montmollin). La didactique des savoirs professionnels fait de l'analyse du travail sa principale démarche en vue de construire des formations adaptées aux pratiques.

La didactique des savoirs professionnels permet de conceptualiser la compétence en tant que dynamique évolutive (Samurçay, & Pastré, 1998). Elle offre aussi aux individus qui sont confrontés aux changements dans leur vie professionnelle l'occasion d'envisager ces transformations comme des opportunités de développement qui s'inscrivent dans une continuité qui « relève à la fois des caractéristiques du travail et des caractéristiques communes à l'avant et à l'après du changement » (Mayen 1998, dans Habboub, 2005 : 146). Les quatre enjeux ergonomiques de la didactique des savoirs professionnels qui ont été identifiés par Habboub (2005) sont l'évolution de la tâche et du travail, le changement de l'objet de travail, la modification des attentes des prescripteurs du travail et la croissance du niveau de compétences attendu.

Le dossier clinique fait partie du processus du travail, tout en l'orientant et en le transformant. Il ne s'agit pas d'un outil statique ou objectif. Comme le démontre Berg (1996), les actes d'écrire et de lire occupent une position de création continue permettant la transformation du réel par l'auteur ou le lecteur. Le dossier clinique joue un rôle de médiation et de représentation de la relation usager-professionnel. C'est dans ce sens dynamique que le dossier clinique devient un objet d'étude stimulant et révélateur d'un savoir professionnel méconnu.

Ces matériaux théoriques détermineront en grande partie nos choix méthodologiques, comme cela sera exposé plus bas.

1.7.3 Le concept de continuité

Compte tenu de l'imposant travail de synthèse qu'ont effectué Reid et ses collaborateurs dans le cadre d'une recension systématique des écrits et du fait que ces auteurs demeurent une référence incontournable en ce qui concerne la notion de continuité, nous nous référons à eux pour conceptualiser la continuité.

Les efforts ont été nombreux dans différents domaines en vue de concevoir, mesurer puis améliorer la continuité. Cependant, ces tentatives de problématisation et d'élaboration de solutions aux problèmes de discontinuité se butent à une absence de définition consensuelle de ce qu'est la continuité. Aux visions restrictives s'opposent celles qui sont tellement englobantes que tous les aspects de la prestation de services y sont intégrés. L'utilisation d'une terminologie diffuse, comportant des locutions comme « continuum de soins », « coordination des soins », « gestion de cas », « soins continus » et « soins intégrés » alimente la confusion en considérant ces désignations comme étant en gros interchangeables. D'autres concepts apparentés, tels ceux de qualité et d'accessibilité, viennent aussi brouiller la définition des contours de la continuité.

Le problème n'est pas nouveau. En 1980, Starfield publiait un article au titre évocateur, *Continuous confusion*, dans lequel elle déplorait l'absence de définition consensuelle et son impact sur la présence de mesures précises, ceci amenant une impossibilité de d'appréhension de la continuité. Une vingtaine d'années plus tard, le rapport de recherche préparé par Reid et ses collaborateurs (2002) pour le compte de la Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé, l'Institut canadien d'information sur la santé et le Comité consultatif des services de santé de la Conférence fédérale-provinciale-territoriale des sous-ministres de la santé apportait une réponse avec *Dissiper la confusion* sur le thème des concepts et mesures de la continuité. Ce rapport

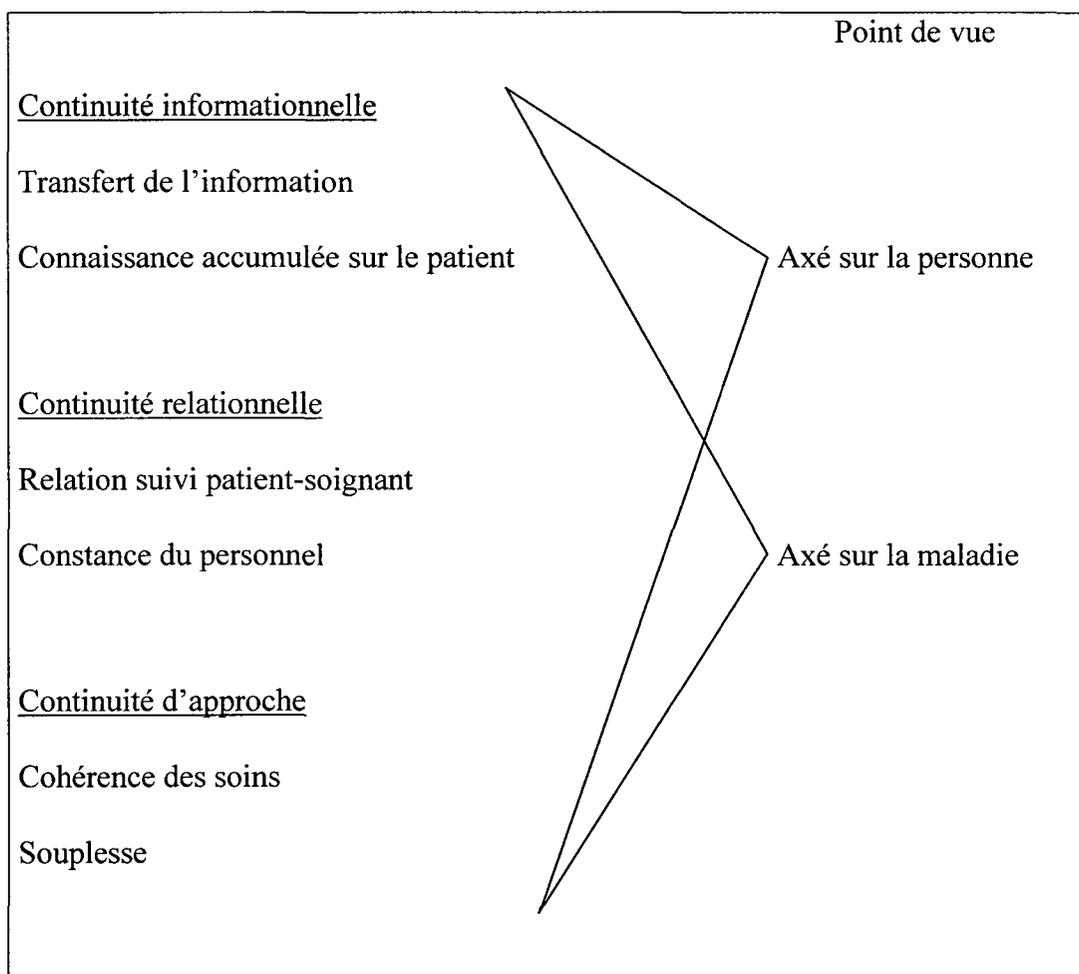
est maintenant la référence principale pour ce qui touche la notion de continuité. Même si les auteurs du rapport reconnaissent l'existence de différences selon les milieux de pratique ou selon les problématiques, deux éléments transversaux et trois types de continuité semblent communs aux différents secteurs de la santé et des services sociaux. Les deux éléments transversaux ont trait à l'expérientiel et à la dimension temporelle : il y a d'une part l'expérience vécue par le patient avec son soignant et, d'autre part, le fait que les services se poursuivent dans le temps, ce qui fait référence à ce qui est le plus souvent désigné par la locution continuité longitudinale ou chronologique. Bien qu'essentiels et nécessairement concomitants pour que l'on puisse parler de continuité, ces deux éléments ne suffisent pas à la définir. C'est ici que les trois types de continuité sont utiles pour concevoir cet objet. Chacune de ces formes de continuité peut varier en importance, mais toutes sont nécessaires pour caractériser la continuité globale. Voici comment sont définies ces trois dimensions (Reid, et al., 2002):

1. La **continuité informationnelle** réfère à l'information sur les événements antérieurs qui est utilisée pour prodiguer des soins adaptés aux circonstances actuelles du patient.
2. La **continuité relationnelle** réfère à la connaissance du patient sur le plan personnel. La relation continue entre le patient et le soignant offre le support permettant de relier les soins dans le temps et d'assurer la transition entre les événements.
3. La **continuité d'approche** est celle qui veille à ce que les soins prodigués par différents intervenants soient reliés de façon cohérente. La continuité sur le plan de l'intervention est généralement axée sur des problèmes de santé particuliers, qui sont souvent chroniques.

L'angle d'approche peut lui aussi venir moduler la conception qu'on peut avoir de la continuité, selon qu'on adopte le point de vue de la personne ou celui de la

maladie. Voici une reproduction du schéma des types de continuité (Reid, et al., 2002, p. 4).

Figure 6 : Types de continuité



Les mesures de la continuité

Après l'effort de synthèse de la documentation consultée par Reid et ses collaborateurs en vue de préciser le concept de continuité, l'attention devrait se porter sur les mesures du concept, bien que les auteurs concluent leurs travaux sur l'idée que le projet de mesure est très difficile à concrétiser en raison de la nature complexe de l'objet, notamment à cause de son caractère expérientiel : « Il faut de nombreuses

mesures pour saisir tous les aspects de la continuité et aucune mesure ne peut, à elle seule, rendre complètement le concept dans son ensemble» (Reid, et al., 2002 : i). Aux interprétations multiples de l'objet *continuité* se lient des méthodes de mesure tout aussi éclatées. Cette diversité des outils de mesure limite les possibilités de comparer les données. La plupart des instruments actuels ne mesurent qu'une seule dimension de la continuité, ce qui exclut la multidimensionnalité du concept et la complexité de son application à plusieurs secteurs d'intervention, à plusieurs domaines professionnels et aussi à la complexité de la situation clinique de l'utilisateur (Reid, et al., 2002).

Figure 7 : Les mesures de la continuité

Mesures chronologiques Durée et intensité de la relation patient-soignant Concentration des soins entre différents intervenants Soins séquentiels Mesures de la continuité informationnelle Transfert de l'information L'information : reprise et utilisation Mesures de la continuité relationnelle Affiliation Force des relations patient-soignant Mesures de continuité du plan d'intervention Suivi prescrit Cohérence des soins entre les intervenants
--

La chronologie de la relation est l'aspect le plus souvent mesuré et à partir duquel la continuité est appréciée en termes de durée d'affiliation entre un usager et un intervenant, de concentration des services entre différents intervenants et de séquence des services. Cependant, rien ne permet de démontrer objectivement que la durée est garante d'une relation plus significative, et rien ne garanti qu'un meilleur transfert

d'information produise nécessairement une approche plus cohérente. La validité des mesures chronologiques peut être justifiée seulement si ces dernières sont associées à plusieurs types de continuité. La concentration des services entre les différents intervenants a été mesurée par pas moins d'une douzaine d'outils au cours des deux dernières décennies. La méthode la plus simple consiste à dénombrer les intervenants qui agissent auprès de l'utilisateur. D'autres instruments ont été développés pour évaluer la concentration des soins. Ainsi, l'*Usual Provider of Care* (UPC) et le *Continuity of Care* (COC) mesurent le nombre de visites avec un intervenant habituel sur une période donnée. De plus, le COC tient compte du nombre d'intervenants rencontrés et peut être adapté pour saisir certains aspects de la coordination des soins. Cependant, quelques outils ont proposé des ajustements au nombre d'intervenants, au nombre total de rencontres et à l'ordre des épisodes de dispensation des soins. Pour mesurer les soins séquentiels, l'outil le plus répandu est le *Sequential Continuity Index* (SECON), qui mesure le nombre de visites consécutives avec le même intervenant. Ces mesures ne seront pas employées pour les fins de notre étude puisqu'elles ont été développées pour les dossiers médicaux et dans une logique quantitative. Surtout, Reid et ses collègues (2002), lorsqu'ils font l'analyse de ces instruments de mesure, font état du caractère parcellaire de ces outils, qui sont aussi pour la plupart d'une complexité d'application démesurée par rapport aux bénéfices qu'ils permettent d'atteindre.

Les mesures de la continuité informationnelle (Reid, et al., 2002) s'attardent surtout à la dimension du transfert de l'information en termes de disponibilité de l'information et au transfert de cette information entre intervenants en recherchant les traces d'échange de cette même information. L'étude du dossier du patient a souvent été utilisée pour vérifier si l'information existante était connue et utilisée par le soignant

Quelques études, dont celle réalisée par Somme, Hébert, Bravo et Saint-Jean (2007), ont démontré que l'utilisation d'un devis exclusivement quantitatif ne permet pas de tirer toutes les conclusions possibles pour améliorer l'utilisation et l'utilité perçue d'un outil, le PSI dans le cas présent. Il faut donc dépasser la simple observation de la présence d'un instrument pour juger de la continuité informationnelle.

L'importance de la continuité relationnelle prend de plus en plus d'ampleur, et c'est pourquoi les chercheurs s'appliquent à mesurer les dimensions psychologiques de la relation usagers-intervenants. Une autre mesure de ce type de continuité concerne l'affiliation usager-intervenant, qui peut parfois être estimée par une demande faite au premier de nommer son intervenant principal. Dans les milieux de soins où ont été déployés ces instruments, la force de la relation patient-soignant est mesurée en questionnant le patient sur plusieurs éléments : les niveaux de communication, la confiance, la facilité d'échange et la connaissance générale des antécédents médicaux, le comportement, les attitudes, les préférences et les conditions sociales du patient. Différents outils ont été élaborés pour évaluer cette dimension, dont le *Components of Primary Care*, le *Primary Care Assessment Tool*, le *Primary Care Assessment Survey*, et l'*Alberta Continuity of Services for Mental Health*. Ces méthodes, bien que rencontrant davantage les préoccupations de Reid et ses collègues (2002) puisqu'elles prennent en considération la perception des usagers, nous apparaissent elles aussi incomplètes. Elles se situent à l'autre bout du spectre des stratégies évaluatives. Ces outils ne seront donc pas retenus eux non plus car l'objectif de notre étude ne vise pas à connaître la perception des usagers, mais bien à tirer des écrits disponibles le maximum d'information possible.

Certaines autres mesures de continuité concernent plus directement le suivi du plan d'intervention. Ces mesures documentent le respect du suivi prescrit ou la cohérence des soins entre les intervenants, qui sont des aspects plus pointus associés à des domaines de soins plus spécifiques (par exemple, la santé mentale ou une situation post-accident vasculaire cérébral).

En conclusion, bien que ces instruments ne permettent pas de mesurer le concept de continuité dans tous ses aspects et que certaines mesures peuvent être utiles dans certains contextes précis, Reid et ses collègues considèrent qu'il faut mettre au point de nouvelles mesures qui dépassent les limites organisationnelles et disciplinaires. Il demeure, malgré ces limites, que la catégorisation que ces auteurs proposent nous semble très utiles pour penser notre objet.

Chapitre 2 : MÉTHODE DE RECHERCHE

2.1 STRATÉGIE D'ACQUISITION

2.1.1 Finalité

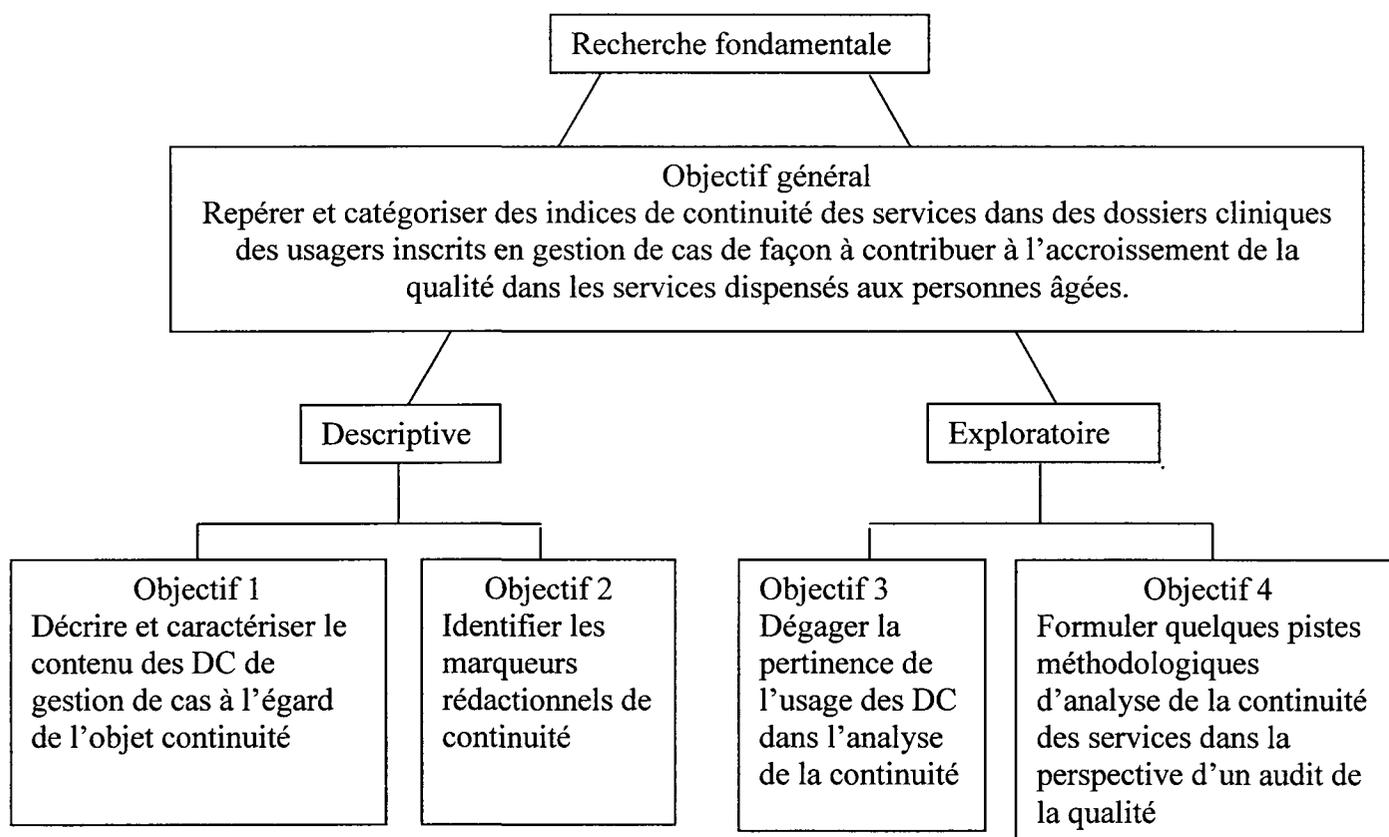
La finalité ultime de la recherche est la connaissance et l'approfondissement des savoirs. Mais, comme le soutient Lefrançois (1992), on peut préciser davantage les finalités spécifiques de la recherche sociale. La recherche fondamentale est orientée vers des objectifs de connaissance sans tenir compte dans l'immédiat de leur application à la pratique ou aux conditions de vie concrètes des personnes âgées, par exemple. Dans le cas contraire, on parle de recherche appliquée. Quant à la recherche instrumentale, elle s'intéresse à la mise en œuvre de stratégies méthodologiques novatrices, à la validation d'instruments de mesure, au développement de techniques d'observation ou d'analyse ou encore à l'analyse critique de méthode de recherche. Bien que nous croyons être en mesure de formuler quelques propositions méthodologiques en fin de parcours, ce qui laisse croire que notre recherche est instrumentale, nous considérons que nous nous inscrivons davantage dans une perspective fondamentale, descriptive et exploratoire en raison de l'angle particulier et peu courant à travers lequel nous abordons le dossier clinique.

2.1.2 Objectif de connaissance

Selon Lefrançois (1992), deux types d'objectifs peuvent être considérés, à savoir les objectifs de connaissance et les objectifs d'action. Nous nous inscrivons dans le premier type d'objectif sans pour autant ignorer l'autre, en ce sens que notre recherche est en partie exploratoire et descriptive, mais elle comporte un objectif instrumental visant l'action, en l'occurrence une méthode d'analyse qui va dans le sens d'un audit de

la qualité des dossiers cliniques sous l'angle de la continuité des services. Lefrançois décrit bien la recherche de type exploratoire en précisant qu'elle consiste justement à explorer une problématique de recherche, à mieux documenter un sujet, à dégager une structure conceptuelle et à fournir des repères méthodologiques utiles à la systématisation d'un champ de compétence, ce qui décrit bien le sens de notre étude. Voici une représentation synthétique de nos objectifs de recherche au regard de la présentation de Lefrançois :

Figure 8 : Finalité de la recherche et objectifs opératoires



2.1.3 Dispositif de recherche

En concordance avec le devis de la recherche-mère, nous avons opté pour une stratégie qualitative qui s'insère dans une étude de cas unique imbriquée, c'est-à-dire que nous avons procédé à l'étude d'un seul cas comprenant des unités d'analyse de niveaux différents (Yin, 1994). « La notion de "cas" doit s'entendre en faisant directement écho à l'office qu'on lui rattache : être l'intermédiaire en vertu duquel on peut circonscrire l'objet de l'étude. » (Hamel, 2000 : 9). Le dossier clinique représente l'un de ces niveaux d'analyse ou, comme le précise Hamel (2000), il fait office d'observatoire. Le cas que nous entendons étudier est celui de la continuité des services. Les DC se présentent comme un choix à visée épistémologique (Hamel, 2000), consistant à étudier la continuité par l'entremise d'un observatoire concret, soit, comme nous venons de le voir, celui des DC. Des motifs méthodologiques viennent aussi appuyer ce choix puisque l'étude de la continuité au moyen de l'observatoire des DC permet d'appréhender cette continuité de façon explicite et spécifique.

Pour ce faire, nous examinerons les dossiers cliniques d'utilisateurs inscrits en gestion de cas dans trois territoires de CSSS et, au sein de chacun d'eux, dans deux sous-territoires de CLSC distincts en ce qui a trait au degré d'avancement de l'intégration des services, et ce, du point de vue des directions générales des CSSS. À la différence d'une étude de cas multiples, l'objectif de notre étude ne consiste pas à comparer item par item la situation prévalant dans les territoires ni à généraliser par la suite les résultats à des cas comparables, mais à répondre à la question générale : Que nous apprennent les dossiers cliniques sur les pratiques de tenue de dossier à propos de la continuité, en contexte de réseaux intégrés de services?

La posture méthodologique générale de ce mémoire s'ancre dans l'ergonomie cognitive. Entre ce que les ergonomistes du travail appellent le prescrit, le dit, le fait et, ajouterions-nous, l'écrit, existe un écart. Du point de vue des ergonomistes, cet écart est moins une carence qu'une source importante d'information (De Montmollin, 1988). Cela confirme la nécessité de développer un cadre théorique et une méthodologie inductive qui permettent pour notre objet de capter les pratiques effectives de complétion de dossiers en cherchant à comprendre le sens de la forme particulière qu'ils prennent mais sans intention d'évaluer l'écart à la norme attendue.

Dans le cadre de ce mémoire, nous focaliserons notre attention sur ce que Reid et ses collaborateurs (2002) appellent les « soignants », plus spécifiquement ceux qui ont pour mission de coordonner les services, en l'occurrence les gestionnaires de cas. Notre contribution vise à mieux comprendre comment la continuité inscrite dans les DC est traduite dans un cadre disciplinaire et dans un modèle local d'intégration des services, et comment elle peut transcender le dossier clinique comme tel. Il s'agit d'aller au-delà de la tâche entendue, comprise dans le sens commun de ce qui est donné à faire à l'intervenant (le prescrit), et de faire parler le geste professionnel que constitue la rédaction du dossier clinique comme matériel d'analyse du travail et de ses conditions de réalisation.

Une approche qualitative nous permettra de rencontrer nos objectifs, notamment celui qui consiste à identifier les marqueurs rédactionnels de continuité, mais surtout celui qui demande de décrire et de caractériser le contenu des dossiers cliniques de gestion de cas à l'égard de l'objet continuité et de formuler quelques pistes méthodologiques pour l'analyse de ce même objet. Plusieurs chercheurs se sont ingénies à trouver des indicateurs permettant de dénombrer les indices de continuité.

Notre étude se situe dans le paradigme qualitatif et interprétatif (Savoie-Zajc, 2000) car elle vise à comprendre et à faire émerger du sens des écrits que constituent les DC.

2.2 STRATÉGIE D'OBSERVATION⁸

L'ensemble des composantes de la stratégie d'observation réfère à la recherche-mère *Enraciner*. Pour étudier le cas de l'intégration des services aux personnes âgées fragiles au Québec, la situation prévalant dans trois territoires de CSSS sera étudiée. Un total de 18 DC était prévu au départ. Une demande de modification des certifications éthiques, accordée en 2009 par les établissements où se déroule l'étude, a permis d'ajouter quatre dossiers-usagers de plus par CSSS (total de 12 DC) sans qu'il y ait d'entrevue, mais à la condition que lesdits dossiers soient anonymisés par les services des archives des établissements concernés. Cet accroissement, qui résulte de la volonté des chercheurs dirigeant la recherche-mère de mieux comprendre une catégorie bien spécifique de cas (les personnes montrant des troubles cognitifs), portera l'échantillon d'*Enraciner* à 30 dossiers d'où sera tiré l'échantillon de notre étude qui couvrira deux territoires avec huit dossiers cliniques chacun.

2.2.1 Population cible

Plus spécifiquement pour notre étude, ce sont les DC des usagers en gestion de cas dans chacun des territoires identifiés qui constituent la population. Comme il s'agit

⁸ Nous présentons dans les prochaines pages l'échantillon prévu. Le réalisé sera quant à lui précisé en début de présentation des résultats.

des dossiers cliniques des usagers, il convient de préciser ici les critères sur lesquels la sélection des participants s'est effectuée.

2.2.2 Échantillonnage

Différents types d'échantillon correspondent aux diverses finalités de la recherche, selon que les données à traiter sont quantitatives ou qualitatives. Dans un devis qualitatif comme celui qui est le nôtre, nous avons procédé à un échantillonnage par cas unique comportant trois types d'échantillon : un échantillonnage d'acteur, un échantillonnage de milieu, géographique et institutionnel, et un échantillonnage événementiel ou d'intrigue (Pirès, 1997). Dans notre étude, **l'échantillonnage d'acteur** se base sur quatre critères de sélection :

- 1- avoir 75 ans ou plus;
- 2- être admis en gestion de cas depuis au moins six mois;
- 3- être apte à relater de manière fiable l'histoire de la coordination des services reçus;⁹
- 4- résider dans l'un des trois territoires ciblés.

L'échantillon d'acteur comptera 12 DC d'usagers qui répondent à ces critères, auxquels s'ajoutent les quatre dossiers d'usagers présentant des troubles cognitifs pour les deux CSSS ciblés, ce qui, comme porte à 16 le nombre total de DC étudiés.

L'échantillon de milieu (Pirès, 1997) est constitué de celui de l'étude *Enraciner*. Afin de s'assurer de couvrir l'éventail le plus large nombre possible de situations, trois unités d'analyse contrastées ont été choisies : une dans une zone métropolitaine, une dans une zone urbaine et une dans une zone semi-urbaine. Pour chacun des territoires,

⁹ Cela importe pour les entrevues, mais ne concerne pas directement ce mémoire.

deux établissements ayant une mission CLSC, et distincts en fonction du degré d'avancement de l'intégration des services aux personnes âgées fragiles du point de vue de leurs dirigeants, ont été choisis, soit un territoire qui se situe à l'avant-garde en ce qui concerne l'intégration des services et un autre qui est moins avancé sur ce plan. Le choix des territoires de CLSC a été fait en collaboration avec nos partenaires des CSSS. Pour la présente étude, deux territoires ont été explorés en raison des délais contraignants.

L'échantillon événementiel (Pirès, 1997) est construit autour d'un épisode de soins récent (environ 12 mois) ayant nécessité l'admission en gestion de cas de la personne âgée fragile ou la révision de son PSI.

2.2.3 Procédure de recrutement

Les usagers qui rencontrent les critères de sélection sont référés par les gestionnaires de cas qui ont accepté de prendre part à l'étude *Enraciner*. Les coordonnées de l'utilisateur et de son aidant principal, le cas échéant, nous sont communiquées lorsque ceux-ci ont donné à leur gestionnaire de cas leur consentement à participer à la recherche. Un premier contact est établi avec l'utilisateur et son aidant afin de présenter plus en détail la recherche, de préciser les attentes vis-à-vis leur participation, de rappeler le caractère volontaire de cette participation et de prendre rendez-vous pour l'entrevue prévue au devis de l'étude *Enraciner*. C'est lors de cette entrevue que le consentement écrit de l'utilisateur est recueilli, consentement qui englobe aussi la consultation de son dossier clinique. Par la suite, un contact téléphonique est pris avec l'archiviste de chaque établissement pour convenir du moment de la collecte de données dans les dossiers cliniques. Pour chacun des sites, la lettre d'autorisation et d'appui à la recherche rédigée par le Directeur général ou le Directeur des services professionnels de

l'établissement, le nom des usagers du territoire concerné participant à l'étude avec leur adresse, leur numéro de téléphone, le nom de leur gestionnaire de cas et le formulaire de consentement de chaque usager sont télécopiés au service des archives afin de préparer les dossiers pour la visite de collecte de données. Sur place, les données sont extraites des dossiers à l'aide des instruments qui nous présenterons plus loin. Chaque dossier est anonymisé et se voit attribuer un numéro d'identification pour la recherche.

2.2.4 Méthode d'observation

Dans le cadre de la recherche-mère, des sources variées d'information sont mises à contribution dans une perspective d'analyse par la méthode de la triangulation ; on parle ici des entrevues, des observations directes, des documents administratifs (politiques et procédures, cadres de référence, plans de développement, rapports annuels, etc.) et des documents cliniques (guides de pratique, trajectoires de services et, bien sûr, les dossiers cliniques). Cela permet de comparer les règles officielles (le prescrit), le discours des informateurs sur le fonctionnement du modèle d'organisation des services (le dit) et ce qui a été effectivement réalisé (le fait), d'après les informations recueillies par entrevue et les notes consignées dans le dossier clinique. Le DC représente pour la recherche-mère une source de données parmi d'autres. Notre étude se distingue tout en se situant clairement dans la lignée de l'étude *Enraciner* en ce sens qu'elle utilise le DC mais en le posant comme objet d'étude particulier, c'est-à-dire comme unique matériau d'observation et d'analyse, ou, autrement écrit, comme fenêtre s'ouvrant sur le cas de la continuité.

Chacun des DC sera lu dans son entièreté afin de situer le contexte d'entrée en gestion de cas et de valider ou bonifier les informations rapportées dans les notes

évolutives des gestionnaire de cas. En un sens, les informations sont triangulées mais uniquement avec les différentes parties du DC. Ainsi, les notes évolutives du gestionnaire de cas sont appuyées ou questionnées à partir des outils d'évaluation (par exemple, l'OÉMC) ou de planification (par exemple, le PSI), des traces de communication (par exemple, la DSIE ou les télécopies) contenus dans le dossier. L'épisode d'extraction des données fut choisi à partir d'un événement (par exemple une hospitalisation) récent (au plus 12 mois) ayant nécessité l'admission en gestion de cas de la personne âgée fragile ou la révision de son PSI. L'événement est ici entendu au sens défini par Lebeaume (2000), soit un incident qui brise le fil du temps. Cet événement peut provenir de l'utilisateur (par exemple un problème de santé menant à une hospitalisation) ou de son entourage (par exemple la maladie du proche-aidant conduisant à un hébergement temporaire de l'utilisateur). L'événement s'oppose au concept de moment, lequel constitue un temps ritualisé qui n'entraîne pas de rupture dans le cours des événements (par exemple, la rencontre d'évaluation).

2.2.5 Instruments de collecte des données

Trois instruments servent à l'extraction des données, à savoir un formulaire sociodémographique et un tableau de collecte de données, tous deux inspirés des travaux de Lucie Bonin de même qu'un schéma d'analyse des DC, nommé bande temporelle, inspiré des travaux d'Yves Couturier.

1- **Le formulaire sociodémographique** comporte deux parties distinguant les informations relatives au dossier et celles concernant l'utilisateur (voir annexe I). Ces informations se retrouvent principalement sur la fiche ICLSC (le système informatisé d'information), dans l'OÉMC, dans le formulaire de prise de contact, dans la DSIE ou

dans le certificat médical requis pour certaines demandes de paiement ou d'hébergement (ex. : le formulaire médical de classification par types en milieux de soins prolongés, CTMSP). Les deux types d'informations formelles qui sont recueillies servent à tracer le profil sociodémographique des participants uniquement. Dans le cadre de cette étude, ces données n'ont pas été traitées comme variables explicatives. Voici donc le contenu des sections du formulaire :

A- Identification du dossier :

- numéro attribué pour la recherche;
- nom du CSSS;
- nom du site;
- numéro de dossier au CSSS;
- période couverte par la lecture du dossier;
- date de la première note évolutive du GC;
- nombre de GC;
- partenaires cliniques (identifiés à partir des notes évolutives et du PSI).

B- Identification de l'utilisateur :

- date de naissance;
- sexe;
- date de décès;
- mode de résidence : vit seul, vit avec d'autres, vit avec conjoint, vit avec enfant(s);
- lieu de résidence : domicile, maison, logement, HLM, ressource privée, ressource de type familial, résidence privée;
- aidant principal;

- diagnostics.

2- **Le tableau de collecte de données** (voir annexe II) est l'outil principal d'extraction des données. Il se divise en six grandes sections :

- **Quoi** : décrit le type d'intervention (par exemple, démarches d'hébergement, suivi, évaluation/réévaluation, etc.).
- **Quand** : indique la date de l'intervention selon la note évolutive.
- **Qui** : place les acteurs en présence dans l'interaction et le sens de celle-ci.
- **Comment (but et nature des contacts, outils, interventions)** : constitue le cœur de la note évolutive. Les éléments retranscrits dans le tableau permettent de comprendre le but et la nature des contacts (face à face, téléphonique, en présence ou non de l'utilisateur), les outils utilisés s'il y a lieu (OÉMC, DSIE, lettres, etc.) et la description de l'intervention (demande formulée, réponse donnée, démarches en cours ou à faire, résultats obtenus, etc.).
- **Où** : se situe le lieu de l'intervention (par exemple, centre hospitalier, domicile).
- **Commentaires et observations** : permet de lier des informations, de noter des éléments manquants, d'indiquer les sources de validation intra-dossier, de consigner des réflexions analytiques émergentes, et ainsi de suite.

Ce tableau de collecte de données permet des lectures verticale et horizontale du contenu du dossier. Ainsi, la lecture verticale permet de saisir les interventions une à une dans toutes leurs constituantes. Par contre, une lecture horizontale permet de quantifier, de comparer ou de temporaliser les éléments. À titre d'exemple, il est possible de repérer le sens des interpellations (par exemple, aidant→GC ou GC→médecin) et leur fréquence.

3- **Les bandes temporelles** servent à visualiser une partie des données. Seuls les lignes du « quoi », du « quand » et du « qui », tirées du tableau de collectes de données, sont reproduites et schématisées. Il s'agit en quelque sorte d'une première transformation des données qui permet d'identifier les moments et les événements (Lebeaume, 2000) survenant sur le continuum de l'intervention. Les moments sont des temps ritualisés qui marquent le quotidien (par exemple, les soins d'hygiène, la réévaluation du PSI, etc.). Les événements, tels que définis plus haut, marquent des ruptures dans le fil anticipé des événements (par exemple, une chute).

Chacun de ces trois instruments a fait l'objet d'une validation de construit dans la mesure où ils s'appuient sur des outils déjà développés par des experts. De plus, ces grilles ont été confrontées au matériel empirique dans une perspective d'ajustement et de bonification. Cette étape complétée, les instruments sont demeurés stables par la suite. Ils ont donc été utilisés de façon systématique tout au long de l'étude. Enfin, mentionnons que ces outils comportent une section « Commentaires et observations », qui permet au chercheur de rester ouvert à ce que le matériau pourrait révéler de façon non prévisible.

2.2.6 Déroulement de la collecte des données

Le consentement écrit de l'utilisateur donnant l'autorisation aux chercheurs de consulter son dossier clinique permet aux archives de chaque établissement de préparer les dossiers à consulter sur place. L'extraction des données se fait à partir du Formulaire sociodémographique et du Tableau de collecte de données. L'anonymisation des données s'effectue sur place : toutes les données nominatives sont éliminées des documents de transcription et remplacées par un numéro attribué pour la recherche.

Aucun document n'est photocopié, l'autorisation de l'utilisateur permettant seulement la consultation. Il faut compter au moins une demi-journée de travail par dossier pour faire la collecte des informations requises. Pas la suite, une partie des données est transcrite extra-muros sur les bandes temporelles. Une fois ces étapes complétées, l'ensemble des données a pu être analysé. Les scores du SMAF et les orientations du PSI sont consignés afin d'obtenir une meilleure idée de la situation clinique de l'utilisateur, d'autant plus que cette situation peut moduler les formes de continuité.

2.3 STRATÉGIE D'ANALYSE

« L'analyse qualitative (...) peut être définie comme une démarche discursive de reformulation, d'explicitation ou de théorisation d'un témoignage, d'une expérience ou d'un phénomène. La logique l'œuvre participe de la découverte et de la construction de sens. » (Paillé et al. 2008, p. 6). L'information recueillie prend du sens dans la mesure où elle est traitée et interprétée pour comprendre le monde. Lorsqu'on parle d'analyse qualitative, différentes méthodes peuvent être appliquées, phénoménologie, théorisation ancrée, analyse thématique pour ne nommer que ces grandes catégories avec toutes les déclinaisons qui découpent chacune de ces grandes familles. Pour notre part, nous avons choisi l'analyse de contenu. Cette méthode comporte des étapes qui, bien que nommées différemment selon les auteurs, font état d'un processus que l'on pourrait qualifier de consensuel (voir Bardin, 1998, 2003; Paillé, & Mucchielli, 2008; Pourtois, & Desmet, 1997). L'analyse documentaire, qu'on rencontre couramment dans le champ disciplinaire de l'histoire, présente un intérêt certain compte tenu de la nature du matériel utilisé. C'est pour cette raison que nous nous inspirerons également de cette approche.

2.3.1 Nature du traitement des données

Les données seront analysées selon une méthode de type inductif, interprétatif et sémantique, caractéristique des devis qualitatifs qui s'appuient sur le paradigme de la complexité (Mucchielli, 1996). Trois principes sous-tendent ce paradigme :

Le principe dialogique (le dépassement des antagonismes dans une construction supérieure), le principe de récursion (les effets circulaires et en boucle qui affectent tout phénomène humain), le principe hologrammatique (qui met en évidence que le tout est dans la partie comme celle-ci se retrouve dans le tout). (Mucchielli, 1996, p. 29).

Les fondements des raisonnements positivistes se distinguent de ceux caractérisant le paradigme de la complexité : le positivisme se fonde sur la causalité linéaire, la logique du tiers exclu et la réalité partiellement appréhendable de l'extérieur; tandis que le paradigme de la complexité s'appuie sur la causalité circulaire, la logique des vérités plurielles et le principe d'émergence (Guba, & Lincoln, 1994; Mucchielli, 1996).

Plusieurs méthodes et approches concrétisent les différents paradigmes. Comme nous nous inscrivons dans une perspective qualitative, nous avons utilisé une approche compréhensive qui postule que les faits humains ou sociaux sont porteurs du sens véhiculé par les acteurs et que les humains peuvent accéder au vécu de l'autre (intercompréhension humaine). L'exercice aboutit à la schématisation d'ensembles de significations qui sont extrapolés du phénomène particulier, ce qui conduit à l'élaboration d'une synthèse qui est socialement plausible et qui met en interrelation les significations induites. Le mouvement d'induction permet l'extrapolation des significations :

La méthode interprétative est une approche nouvelle d'analyse qualitative (Denzin, & Lincoln, 1994). Elle est fondée sur un système d'explication général qui va au-delà des données et qui les généralisent. A l'aide du

jugement de l'analyste, elle fait la synthèse entre les idées fortes du terrain et le contexte stratégique ou théorique dans lesquelles elles s'inscrivent. (Andréani, & Conchon, 2005, p. 14)

En ce qui concerne la démarche à suivre, nous avons procédé à une analyse de contenu documentaire. Il existe plusieurs démarches qui, à toute fin utile, présentent un intérêt et un potentiel de transposition et de combinaison assez semblables. Bardin (1998, 2003) définit cette méthode empirique qu'est l'analyse de contenu comme étant un ensemble de techniques d'analyse qui fait appel à des procédures systématiques et rigoureuses de description de contenus analysés. Pour leur part, Pourtois et Desmet (1997) conçoivent l'analyse de contenu comme étant une démarche qui tente de conjuguer la rigueur de l'objectivité et la richesse de la subjectivité en vue de produire des inférences à la fois valides et reproductibles. Pour Bardin, l'analyse de contenu comporte trois étapes :

1. la pré-analyse, qui correspond au choix des documents et à la collecte des données;
2. l'exploitation du matériel, qui se fait au moyen de la lecture/relecture, du codage, de la compréhension du sens manifeste et de la catégorisation du matériel;
3. le traitement des résultats, qui comprend la présentation des résultats, l'inférence et l'interprétation des résultats.

Compte-tenu de la nature particulière de notre matériau, qui est un document écrit et non une retranscription verbatim d'une entrevue, il semble pertinent de s'intéresser aussi aux caractéristiques du DC en tant que document. Le document écrit constitue une source précieuse dans le champ de la recherche en science sociale. Il peut pallier la mémoire des sujets, dont les capacités mnésiques montrent certaines limites. En fait,

plus le passé auquel on réfère est éloigné, plus grand est le risque d'omission ou d'altération de faits importants. Parce qu'il se veut un témoin important de l'activité humaine, le document écrit offre un grand intérêt pour l'analyse des traces qu'y laissent les sujets. Il ajoute à ces traces « la dimension du temps à la compréhension du social [...]. Cela permet d'observer l'évolution d'individus, de groupes, de concepts, de connaissances, de comportements, de mentalités, de pratiques, etc. » (Cellard, 1997, p. 251). En d'autres mots, le langage permet de transcender le fossé entre les dimensions temporelles, spatiales et sociales. De plus, le biais qui pourrait être induit par le chercheur à l'étape de la collecte des données est pratiquement inexistant, ou à tout le moins réduit par le fait qu'il s'agit d'un artefact. Malgré cela, le document constitue un matériau qui présente certaines limites, notamment en ce qui a trait à l'impossibilité de questionner directement ce qui est écrit : « L'information ici circule en sens unique. Car, bien que bavard, le document demeure néanmoins sourd et le chercheur ne peut exiger de lui des précisions supplémentaires. » (Cellard, 1997, p. 252).

2.3.2 Méthode d'analyse

Les données recueillies sur le terrain servent à décrire la réalité étudiée et à en révéler un sens à première vue complexe ou diffus. L'analyse de contenu est la méthode d'analyse qualitative la plus courante, et ses étapes, telles que décrites par Bardin (1998, 2003), sont celles que nous retenons (Fig.8). L'analyse de contenu permet de dégager des enseignements à partir du matériel recueilli. Au sens explicite et permanent d'un texte s'ajoute le sens caché ou émergent, qui se révèle avec la manipulation de plus en plus raffinée du matériel. Autrement dit, au-delà de la description des éléments de contenu, leur mise en relation, leur opposition et leur complémentarité permettent au

chercheur de concevoir l'objet avec une plus grande intelligence. Par exemple, la présence ou l'absence d'un mot (continuité) dans les écrits dénote certainement quelque chose qui peut être important, mais baser une interprétation sur ce seul constat descriptif nous prive d'une compréhension plus globale et plus porteuse de sens de l'objet. En ce sens, l'analyse se voit enrichie par la mise en relation des mots, des idées et des actions de l'auteur de ces écrits. L'évolution, les associations, les oppositions, les constantes qui marquent le cheminement des idées et des actions avec autrui (usager, proche-aidant, autres professionnels intra-établissement ou inter-établissement), selon les logiques ou impératifs spatio-temporels (lieux, moments, événements) composent le sens en émergence. Bien que nous n'ayons pas réalisé une analyse de l'énonciation de contenu, la description qu'en font Andréani et Cauchon s'avère très inspirante pour baliser l'étendue possible de l'analyse à proprement parler :

L'Analyse de l'Énonciation (Vernette, Gianelloni, 2001) [...] intervient pour identifier les positions contradictoires, en déterminer les raisons et faire la part du vrai et du faux. L'étude commence par repérer les ruptures des sens : les modifications d'attitude (par exemple positive, négative puis neutre), l'évolution des prises de position (par exemple pour, puis contre), les transformations des préférences (par exemple préférences fortes, puis préférences superficielles), les raisonnements successifs (par exemple affirmation, remise en question, réaffirmation), ou l'alternance des jugements impliqués ou désengagés (par exemple les usages des « je » et des « on »). Ensuite, l'analyse recherche les raisons des contradictions apparentes (par exemple dire oui à un moment et non à un autre). Elle s'intéresse aux confusions, aux réticences, aux réactions de défense, aux digressions, aux illogismes, aux précisions inutiles, aux insinuations, aux sous-entendus ou aux informations manquantes (2005, p. 11).

Pour mener à bien l'analyse de nos données, nous nous sommes inspirée des étapes définies par Bardin (1998, 2003) et présentées plus haut, mais en y insérant la démarche plus précise de Cellard (1997) pour l'étape de la pré-analyse, que nous

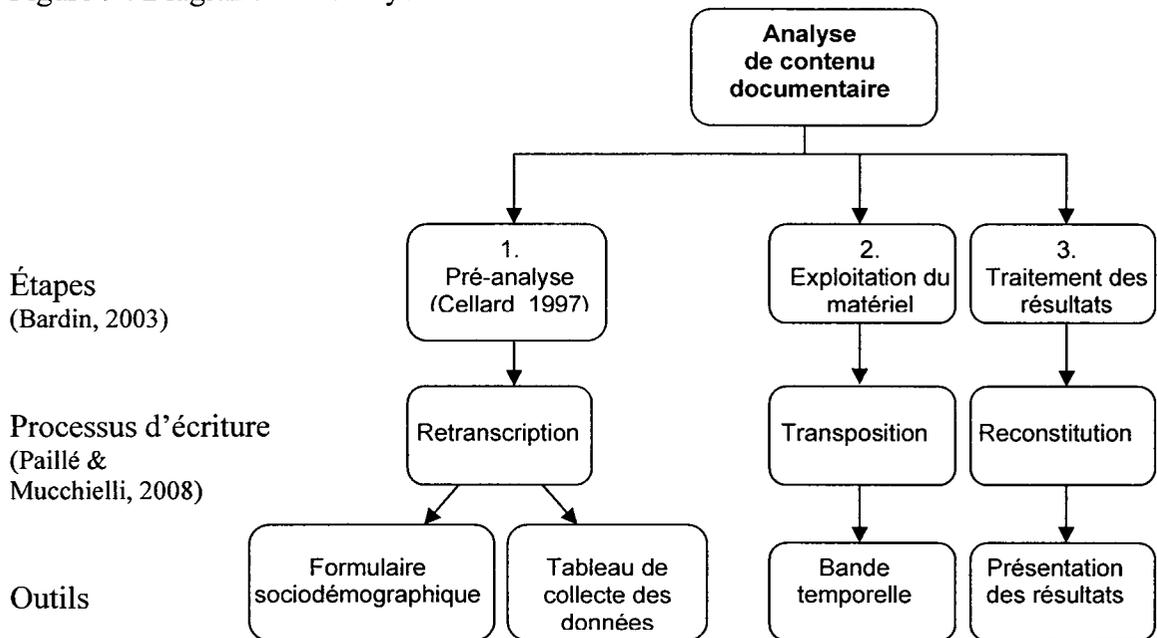
pourrions identifier par le nom de *contextualisation*. Puis nous avons greffé au processus d'analyse de contenu une idée importante de notre point de vue, soit l'écriture du mémoire comme praxis d'analyse, telle que Paillé et Mucchielli la présentent. Selon ces auteurs,

La recherche en sciences humaines et sociales est en grande partie une activité discursive. L'écriture y est non seulement incontournable, elle est en soi actualisation de l'analyse, déploiement de la conceptualisation. Le regard analytique ou interprétatif prend en effet forme dans l'écriture [...] Par elle le sens tout à la fois se dépose et s'expose. L'écriture permet plus que tout autre moyen de faire émerger directement le sens. (2008, p. 127).

L'écriture, considérée comme dispositif analytique, montre une nature polymorphe car elle peut être descriptive, évaluative ou analytique. Notre étude utilise les trois formes comme trois moments de la rédaction du mémoire. La partie descriptive s'avère incontournable dans l'effort de contextualisation qui a été amorcé à l'étape de la pré-analyse. La forme évaluative est incluse dans la rencontre des objectifs qui demandent de repérer les indices de continuité. Enfin, le versant analytique se révèle dans l'exposition des résultats.

Paillé et Mucchielli (2008) présentent également trois niveaux d'écriture, qui correspondent à trois moments du processus d'analyse dans un paradigme qualitatif, la retranscription-traduction, la transposition-réarrangement et la reconstitution-narration des données. À chacune de ces étapes correspondent divers outils de collecte et d'analyse de données. Dans le cadre de cette étude, voici comment s'agencent les différentes composantes d'analyse selon les principaux auteurs retenus (Bardin, Cellard, Paillé et Mucchielli) :

Figure 9 : Diagramme d'analyse



2.3.2.1 La pré-analyse

Voici comment Cellard (1997) décrit la temporalité des analyses documentaires. Tout d'abord, il importe de procéder à une analyse préliminaire qui s'opère à cinq niveaux : 1- le contexte, 2- l'auteur, 3- l'authenticité et la fiabilité du texte, 4- la nature du texte, 5- les concepts clés et la logique interne du texte. Puis suivent l'analyse proprement dite et l'interprétation des résultats. Cette méthode, qui comprend trois étapes, concorde dans ses grandes lignes avec celle proposée par Bardin, mais elle décrit davantage le moment de la pré-analyse. Nous conserverons donc la nomenclature de Bardin pour la suite en y insérant les cinq niveaux de la pré-analyse définis par Cellard. Voici donc comment s'articule concrètement cette première étape.

Le contexte social global dans lequel a été écrit le dossier clinique nous intéressera en termes de particularités du territoire et du site : caractéristiques démographiques du milieu, niveau d'avancement de l'intégration, modèle de coordination

en place, historique de l'implantation de la gestion de cas, critères d'entrée des usagers en gestion de cas selon les milieux, et ainsi de suite.

Il importe également de cerner **l'auteur** du document (ici, le GC) qui, comme le mentionne Berg (1996), traduit la réalité dans une forme écrite correspondant à des normes de pratique sous l'angle disciplinaire propre à l'auteur. Dans ce cas, il est intéressant de noter l'intention des GC, par exemple, de voir, d'après la forme du récit, si l'on peut inférer une intention de partage de l'information. La mise en relation d'autres parties du DC qui ont été rédigées par d'autres professionnels que le GC peut aussi venir éclairer l'intension du GC, tout comme le rapport aux outils cliniques utilisés pour la collecte de données par les différents auteurs. Par exemple, certains milieux acceptent que les évaluations ou les réévaluations et les mises à jour des PSI soient effectuées par des remplaçants (2S2). Le cas échéant, comment le GC assure-t-il la continuité?

Quant à **l'authenticité et à la fiabilité du texte**, ce point ne soulève aucune difficulté dans notre situation. Cependant, un problème existe en lien avec la signature des notes évolutives et des documents d'évaluation et de planification : les professionnels apposent leur titre professionnels à la suite de leur nom (par exemple, ARH pour agent de relations humaines ou TS pour travailleur social). Or, la fonction de GC n'est pas un titre professionnel et n'apparaît donc pas toujours explicitement. Cela pose la question des fonctions des remplaçants, particulièrement dans les milieux qui ont des modèles hybrides de gestion de cas (*caseload* mixte d'intervenant et de gestionnaire de cas) : quel est alors leur mandat? Par ailleurs, bien que les documents consultés soient les originaux et non des retranscriptions (comme celles effectuées par des secrétaires pour les médecins qui utilisent un dictaphone), cela peut poser un problème de lisibilité de l'écriture.

À l'intérieur même des DC, on retrouve plusieurs types de documents de différente nature qui sont présentés sur des supports divers : formulaire papier, notes évolutives, transmissions électroniques (télécopies, courriels, formulaires informatisés, etc.). Le cadre dans lequel les informations sont rédigées se répercute sur la structure du texte et sur son contenu. Aborder le dossier clinique par la porte d'entrée des notes évolutives des gestionnaires de cas pourrait restreindre l'analyse de la continuité globale; mais, comme ces données sont mises correspondance avec les autres parties constituantes du dossier, la saisie de continuité a bénéficiée d'un traitement multidimensionnel. « C'est la qualité de l'information, la diversité des sources utilisées, des corroborations, des recoupements qui donnent sa profondeur, sa richesse et sa finesse à une analyse. » (Cellard, 1997, p. 261), et ce, même si le chercheur concentre son attention sur une problématique particulière, ici celle de la continuité du point de vue des GC.

Les concepts clés et la logique interne du texte supposent qu'il faut s'assurer de bien comprendre la signification des mots et des concepts et de bien connaître le jargon professionnel afin de mieux saisir l'importance et le sens à accorder à ce qui est écrit. La charge symbolique du langage ne permet pas toujours au profane d'accéder au sens et aux conséquences des mots utilisés. Soulignons ici que les façons de faire et les normes de rédaction sont en grande partie déterminées par chacune des disciplines. Ainsi, comme le souligne Berg (1996), le problème de l'utilisateur est traduit par le professionnel en langage disciplinaire; écrit autrement, les propos de l'utilisateur sont transposés en problème que l'on peut résoudre, en catégorie reliée à une démarche conduisant à une solution. Mais un même problème ne sera pas traduit, catégorisé et solutionné de la même façon selon l'appartenance disciplinaire du professionnel

interpellé ou selon le modèle de gestion de cas appliqué, par exemples. Prenons l'exemple d'un usager souffrant de problèmes respiratoires qui le limitent dans l'accomplissement de ses tâches quotidiennes à cause d'un essoufflement important à l'activité. Le médecin procédera à un examen et administrera un questionnaire à l'usager afin de préciser les symptômes et d'éliminer quelques pistes. Le médecin ordonnera des examens diagnostiques complémentaires qui viendront préciser un diagnostic qui commande un traitement particulier. Toutefois, pour le même usager qui rencontre une infirmière qui n'a pas l'autorité pour poser un diagnostic ou prescrire des examens ou des traitements, la collecte de données sera différente puisque ces informations viseront à être les plus complètes possibles afin que la référence à un médecin puisse être prise en considération. Par ailleurs, l'infirmière sera possiblement interpellée pour enseigner la bonne manière d'exécuter le traitement et suivre l'évolution du problème. Ses notes témoigneront de ces activités. L'intervenant social pourrait à son tour être interpellé pour organiser des services d'aide à domicile ou d'hébergement temporaire dans un contexte où la personne serait dépourvue d'un réseau d'aide. Les notes et les outils d'évaluation dont se sert l'intervenant social différeront de ceux qui sont employés par le médecin ou l'infirmière car les domaines d'intervention respectifs de ces professionnels ne sont pas les mêmes. Les capacités/incapacités de l'usager et de son entourage constitueront le corps des données recueillies, et le diagnostic sera abordé de façon contextuelle, justifiant en partie les interventions subséquentes. Le médecin et l'infirmière peuvent avoir noté les besoins de services de l'usager, mais dans une perspective de référence et non sous l'angle de problèmes à résoudre ou à gérer par eux. Ainsi, pour une même situation, chaque intervenant opère une traduction des problèmes en situations gérables

pour lui (ou devant être référés à un tiers), et ce, en fonction de sa formation, de son expertise, de son mandat.

De plus, il importe d'être familier non seulement avec la logique interne des textes et des formulaires, mais aussi avec la structure du dossier clinique en lui-même, considéré comme un assemblage de documents distincts. La connaissance du DC permet de repérer les sources de validation des données, même si l'un des documents qui le composent peut être incomplet. Selon Cellard, cette imperfection contribue à l'intérêt du document écrit : « il est impossible de transformer un document; il faut l'accepter comme il se présente, aussi incomplet, partial ou inexact soit-il. » (1997, p. 255).

Des précautions préliminaires à l'analyse doivent être prises pour s'assurer d'aborder les documents avec un œil critique. C'est ce que permet l'analyse préliminaire, dont nous venons de décrire les cinq niveaux.

Pour Paillé et Mucchielli (2008), le premier niveau du travail d'écriture, qui en est un de **transcription**, se décompose à son tour en trois opérations circulaires, soit l'appropriation, la déconstruction et la reconstruction. La lecture, l'extraction de données sur le terrain et la mise au propre du contenu des DC favorisent l'appropriation du matériau, et donc l'émergence du sens des données et des liens spécifiques qui les unissent. La contextualisation sert aussi à approfondir cette étape. Le formulaire socio-démographique est utile à cet égard, de même que le tableau de collecte de données, puisque ces deux instruments permettent la transcription du contenu des DC.

Malgré une attention particulière consacrée à rapporter le plus fidèlement possible le contenu des DC, il faut reconnaître que nous sommes ici exposés à une première transformation de l'écrit par un processus de traduction. Néanmoins, c'est à partir de cette traduction la plus intelligente possible que s'effectuera l'analyse

thématique de contenu au regard de trois formes de continuité, en l'occurrence la continuité relationnelle, la continuité d'information et la continuité d'approche. Cette partie de l'analyse permet l'atteinte des objectifs 1 et 2 de notre mémoire de recherche. La comparaison des entrées de la grille par site et sous-site rencontrera les objectifs 1 et 3 du mémoire.

2.3.2.2 Exploitation du matériel

Cette deuxième étape analytique transforme et opère une réduction de la masse de données recueillies pour forcer un autre niveau de compréhension. Il devient alors question de codage et de catégorisation. Dans notre étude, les catégories sont en quelque sorte prédéfinies, établies par les trois dimensions de la continuité (Reid, et al., 2002) dont nous recherchons les traces. Cependant, étant donné que notre devis est de type inductif et compréhensif, notre analyse a pu faire émerger d'autres dimensions. Sur le plan du processus d'écriture, dans la seconde étape de **transposition**, l'écriture prend la forme d'une

tentative d'interprétations, de mise en relations ou d'explicitation. Elle se pose comme discours signifiant par rapport à une volonté de faire surgir le sens, de donner à voir ce qui peut être vu, de débusquer le non-dit ou l'implicite, de rapprocher ou d'opposer des logiques, de retracer des lignes de forces (Paillé & Mucchielli, 2008, p. 130).

La bande temporelle est l'instrument qui a permis une transposition des données en identifiant et en distinguant les moments (temps ritualisés) et les événements (ruptures dans le temps) (Lebeaume, 2002), et ce, toujours en fonction des trois formes de continuité. Cette étape répond aux objectifs 1 et 3 du mémoire.

2.3.2.3 Le traitement des résultats

Bardin (1998, 2003) décrit cette étape comme celle de la présentation, de l'inférence et de l'interprétation. Cette dernière étape met en exergue « les ressemblances, les récurrences, les processus transversaux et la logique d'ensemble » (Paillé & Mucchielli, 2008, p. 131). Le travail d'écriture offre une proposition qui fait sens, basée sur la description et la compréhension des données et les interprétations possibles qui culminent avec une abstraction modélisée ou théorisante. Encore là, « la procédure d'interprétation des résultats fournit une lecture globale des données en éclairant et en complétant ses conclusions à la lumière des objectifs de l'étude » (Andréani, & Cauchon, 2005, p 14).

La **reconstitution** des données fut rendue possible par l'identification inductive des conditions modulant la continuité, et ce, du seul point de vue du contenu des DC, par exemple en situant le sens de l'utilisation des outils d'évaluation ou de planification. Cette dernière partie du processus correspond en quelque sorte à la rédaction des conclusions qui présentent les enseignements à tirer de même que la formulation de pistes d'actions, ce qui correspond à l'objectif 4 du présent mémoire. Il s'agit d'émettre des constats et de proposer des interprétations émergentes des données du terrain. L'articulation discursive rend compte d'un « signifiant plein de sens » (Paillé & Mucchielli, 2008, p. 260) qui découle de la déduction réalisée à partir des faits et de l'induction insufflée par « un analyste positionné comme témoin, traducteur et interprète » (Paillé & Mucchielli, 2008, p. 260). Cette forme d'écriture emprunte à la logique de l'argumentation tout en étant davantage qu'un simple exercice de communication :

L'écriture n'est donc pas uniquement un moyen de communication, ou même une activité de consignation, mais un acte créateur [...] Sa fluidité et sa flexibilité lui permettent d'épouser les contours parfois capricieux de la réalité à l'étude, d'emprunter des voies d'interprétation incertaines, de poser et de résoudre des contradictions, bref de faire écho à la complexité des situations et des événements (Paillé & Mucchielli, 2008, p. 127).

L'atteinte des objectifs 3 et 4 du mémoire est ici soutenue par cette méthode.

2.4 OBSTACLES MÉTHODOLOGIQUES

Des obstacles de divers ordres existent déjà, mais nous nous sommes efforcée de les surmonter. Tout d'abord, les dossiers sont souvent incomplets, ce qui représente pour nous une limite incontrôlable qui est, du reste, impossible de modifier. Mais cela demeure en fait une originalité du document écrit, comme le souligne Cellard (1997). L'inconsistance dans la prise de notes est constatable, de même que l'existence d'une variété bimodale de support à l'écriture, à savoir les dossiers informatisés et les dossiers papier. La masse de données (considérant le volume de certains dossiers, qui peuvent compter plusieurs tomes) apparaît considérable. Les risques d'échapper des informations ou de se noyer dans une surabondance d'informations demeurent omniprésents. C'est pourquoi les outils de retranscription et de transposition ont été conçus de manière à traduire avec précision et fidélité les données et à permettre un travail systématique de réduction des données en focalisant sur le point de vue des GC. Nous sommes aussi conscients que nous ne nous appuyons pas sur une méthodologie connue pour mener à bien notre étude, mais cela fait partie des constats qui émergent de la recension des écrits et qui ont mené à la formulation d'un des objectifs, le quatrième portant sur la méthodologie. Enfin, d'aucuns pourront nous reprocher la petite taille de l'échantillon, mais il convient de rappeler ici que nous n'entretiens aucune prétention à la

généralisation des résultats. Nous nous apparentons plutôt à la conception de Hamel (2000) qui affirme que l'étude du singulier permet de définir la singularité par rapport à l'ensemble et que, par conséquent, nous traitons ce faisant du tout en définissant une partie. Pour illustrer différemment ce point de vue, reprenons une citation que fait Hamel de Bourdieu et ses études de cas présentées dans la *Misère du monde* : « Galilée n'a pas eu besoin de répéter infiniment l'expérience du plan incliné pour construire le modèle de la chute des corps. Un cas particulier bien construit cesse d'être particulier. » (Hamel, 2000, p. 15).

2.5 CRITÈRES DE VALIDITÉ DES ANALYSES

Les critères de scientificité en recherche qualitative diffèrent de ceux qui caractérisent la recherche quantitative. En fait, les critères de validité diffèrent selon la perspective qui les sous-tend. Plusieurs auteurs se sont investis pour définir ou comparer les deux approches. Voici comment Andréani et Conchon (2003) les présentent :

Figure 10 : Critères de scientificité

CRITÈRES QUALITATIFS	CRITÈRES TRADITIONNELS
Validité interprétative	Validité interne
Subjectivité, réflexivité, introspection	Variabes à expliquer et variables explicatives
Multi-méthodes, multi-sources, triangulation	Tests statistiques, analyses de corrélation et de régression
Intégration du chercheur au matériel d'enquête	Réfutation ou acceptation des hypothèses
Réalité multiple, subjective, évolutive	Vérité objective, unique, universelle

Gohier considère pour sa part que la posture épistémologique adoptée, selon qu'elle soit néo-positiviste ou interprétative, appelle les outils et les types d'analyse qui seront soit quantitatifs pour la première posture, soit qualitatifs pour la seconde :

Bien qu'il soit souvent désigné comme opposition entre recherche quantitative et recherche qualitative, il apparaît plus juste de le caractériser par les positions épistémologiques qui fondent la posture de recherche, les instruments de saisie et d'analyse des données (2004, p. 3).

Conséquemment, une critériologie distincte vient cautionner la scientificité des diverses postures en recherche. Ainsi, de ce point de vue, les critères de validité s'appliquent à la posture positiviste tandis que les critères de rigueur scientifique concernent la posture interprétative. Whittemore, Chase et Mandle (2001) ont élaboré des critères de scientificité primaires et secondaires pour la recherche qualitative. Les critères primaires qui sont de rigueur dans un tel devis sont la crédibilité, l'authenticité, l'esprit critique et l'intégrité; alors que les critères secondaires sont la cohérence, la sensibilité, la profondeur, la créativité et la précision. Guba (1981), Pourtois et Desmet (1988) de même que Mucchielli (1996) évoquent les paramètres de crédibilité, de transférabilité, de constance interne et de fiabilité, qui recourent pour l'essentiel selon nous, les précédents. Le présent devis répond, de notre point de vue, à ces critères.

La validation des grilles d'extraction de données par une experte en la matière (Lucie Bonin) de même que l'application d'une méthode systématique de transcription puis de réduction de données (Paillé & Mucchielli, 2008) permise par ces grilles participent à la **crédibilité** recherchée. De même, l'analyse effectuée inclut une forme de triangulation interne des données dans un souci de validité de signification de l'observation et des interprétations. Sur ce dernier point, la cogestion des résultats de recherche rendue possible par la présence et la participation des chercheurs de l'équipe

Enraciner, ce qui ajoutent à ce critère de *validité de signifiante des interprétations*. Andréani et Conchon mentionnent que cette stratégie méthodologique que constitue la cogestion des conclusions a des effets sur l'ensemble de la critériologie de la recherche interprétative. Voici en quoi consiste la cogestion des conclusions:

La cogestion des conclusions porte d'abord sur l'identification des facteurs déterminants des situations (contextualisation) et sur leur concordance avec la réalité (confirmabilité). Puis elle établit les conditions de répétition dans un contexte semblable (robustesse) et les conditions de transfert à d'autres cas de figure (transférabilité). Enfin, elle évalue si les propositions générales répondent à leurs attentes et s'ils sont prêts à y adhérer (crédibilité). (2003, p.13).

La **transférabilité**, qui suppose la possibilité d'appliquer la démarche et les résultats à d'autres cas et à d'autres contextes semblables, devrait être rencontrée avec l'atteinte de la saturation théorique et la description précise des contextes à l'étude (Pirès, 1997). La **constance interne** vise le niveau d'objectivité atteignable. La triangulation des données de même que la cogestion de la démarche et des conclusions sont autant de moyens qui permettent de satisfaire ce critère. Le type de matériau considéré, notamment le document écrit, facilite aussi l'atteinte de ce critère puisque les DC sont traités individuellement et rigoureusement pour l'extraction méthodique des données. Enfin, la **fiabilité**, qui se définit par « l'indépendance des analyses par rapport à l'idéologie du chercheur » (Gohier, 2004, p. 7), peut être assurée par la présence des chercheurs de l'étude-mère tout au long du processus, et par le fait que les données sont mis en dialogue avec les autres travaux menés dans le cadre de l'étude *Enraciner*.

2.6 CONSIDÉRATIONS ÉTHIQUES

La présente étude étant de type documentaire, elle ne sollicite pas directement la participation de sujets humains, ce qui nous a dispensée de l'obligation d'obtenir une certification éthique spécifique à ce sujet. De plus, les données utilisées dans le cadre de notre étude proviennent de la recherche-mère et elles ont été traitées en tant que données secondaires, ce qui ajoute à la légitimité d'une exemption de certification éthique spécifique. Cependant, *Enraciner* a obtenu plusieurs certifications éthiques de l'École nationale d'administration publique (qui est l'institution gestionnaire du projet) de même que de chacun des trois CSSS où se déroule l'étude. Les participants à l'étude ont expressément fourni leur consentement écrit pour la consultation de leur dossier clinique. En outre, les normes archivistiques en vigueur actuellement dans les établissements de santé et de services sociaux au Québec, auxquelles nous avons dû nous conformer, et l'autorisation d'accès donnée par les DSP de chaque établissement, assurent le respect des droits des usagers. À cet égard, il convient de préciser de nouveau que l'autorisation obtenue permet seulement la consultation des dossiers sur place, et non pas la photocopie du dossier, que ce soit en tout ou en partie. Pour ce faire, il aurait fallu avoir un consentement particulier, ce que nous n'avions pas. La pratique de l'anonymisation des données dans les locaux des établissements participants a été un autre moyen d'assurer la confidentialité dans le traitement des dossiers.

CHAPITRE III : RÉSULTATS

3.1 PRÉSENTATION DES RÉSULTATS

3.1.1 Description des participants et de leur contexte

Des trois types d'échantillons (Pires, 1997) prévus au devis (échantillon d'acteurs, échantillon de milieu, échantillon événementiel), seul l'échantillon de milieu diffère de ce qui fut annoncé¹⁰. Des embûches administratives ne nous ont pas permis de percer le troisième site dans les délais escomptés, malgré des relances répétées. Si bien qu'en janvier 2010, nous étions en mesure d'extraire les données d'un seul DC. Il aura fallu attendre septembre 2010 pour que d'autres DC nous soient référés. Le trop petit nombre de données disponibles pour la rédaction du mémoire nous a forcée à mettre de côté ce site pour la présente étude. Nous nous retrouvons donc avec deux sites contrastés plutôt que trois.

Au terme de notre étude, notre échantillon compte 16 dossiers cliniques de personnes âgées inscrites en gestion de cas dans deux territoires de CSSS dont quatre dossiers cliniques de personnes âgées inscrites en gestion de cas mais qui présentent des troubles cognitifs significatifs. Cet ajout de DC d'utilisateurs présentant des troubles cognitifs a été envisagé suite aux commentaires des GC qui ont eu peine à trouver dans leur charge de cas des participants répondant au critère de la recherche concernant les fonctions cognitives. Les GC nous ont dit, et ce, dans tous les milieux, que la majorité de leur clientèle présentait des fonctions cognitives altérées. L'équipe de recherche a donc présenté aux différents comités éthiques une demande de modification pour inclure des dossiers cliniques d'utilisateurs présentant des troubles cognitifs. Cette modification a été

¹⁰ Cependant, l'analyse des dossiers se complète sur les trois sites, et fait l'objet de travaux comparatifs avec la France, travaux qui seront publiés ultérieurement.

entérinée par tous et c'est ainsi que nous avons pu consulter quatre DC de plus par territoire de CSSS.

Le **site 1** est qualifié d'urbain. L'établissement offre des services à une population de plus de 290 000 habitants. Le découpage administratif répartit les services sur trois sous-territoires (CLSC). Nous avons étudié deux sous-territoires qui représentent 74% de toute la population du CSSS. Près de la moitié de la population vit dans l'un des territoires (CLSC) auquel nous avons eu accès. La population âgée de 65 ans et plus est de 51 068 personnes (17,7 %) qui se répartissent à 73,6% dans les deux sous-territoires étudiés. Entre 1991 et 2004, on constate un vieillissement croissant de la population du territoire (29 %), combiné à une forte dénatalité (-20 %). Malgré des statistiques d'ensemble plutôt intéressantes sur le plan socioéconomique, ce territoire est cependant marqué par d'importantes disparités quant aux conditions de vie des résidents. Il présente en effet près de 30% de son territoire lourdement affecté par plusieurs facteurs de défavorisation. Ainsi, des 70 000 personnes sur le territoire du CSSS qui vivent sous le seuil de faible revenu (soit 24 % de la population), un des secteurs compte 42 % de la population qui a des revenus insuffisants, ce qui représente le double de la moyenne québécoise. 40,2 % des personnes âgées vivent seules, comparativement à 31,1 % pour l'ensemble du Québec. Encore là, selon les quartiers, cette proportion de personnes âgées vivant seules passe de 54,3 % à 63 %. Un résident du territoire peut espérer vivre 78,4 ans, soit 0,5 année de plus que la population québécoise. Cependant, l'écart quant au nombre d'années de vie en bonne santé est également significatif entre les deux sous-territoires étudiés : il atteint pratiquement 10 ans de différence. (site du CSSS, consulté le 31 août 2010).

Notre échantillon se compose de huit personnes âgées, dont deux qui présentent des troubles cognitifs. Tous vivent à domicile, ce qui inclut une ressource privée. Sept d'entre elles vivent avec un proche-aidant qui est un membre de la famille : le conjoint ou la conjointe (5) et un fils ou une fille (2). La personne qui vit seule peut s'appuyer sur sa sœur qui assure une surveillance étroite même si elle n'habite pas sous le même toit. La moyenne d'âge est de 83,5 ans. Moins de la moitié des personnes ont pu compter sur le même gestionnaire de cas au cours des 12 derniers mois, ce qui rend difficile la continuité relationnelle. De multiples pathologies coexistent chez chacun des usagers. Au niveau des partenaires cliniques, l'auxiliaire familiale et sociale (AFS) et l'ergothérapeute sont présents dans tous les dossiers, et le Centre de jour dans six d'entre eux. Dans la fenêtre d'extraction des données, qui est d'environ 12 mois, tous, sauf un usager, ont reçu des soins de l'hôpital que ce soit à l'urgence, à l'UCDG ou sur une autre unité. La moitié des usagers ont eu recours à l'hébergement temporaire, et le GC a eu au moins un contact avec le médecin de famille dans cinq DC.

Le **site 2** est dit semi-urbain. Il couvre deux municipalités régionales de comté (MRC) qui comptent respectivement 67 000 et 24 000 personnes. Le CSSS dessert une population de 91 000 personnes dont 16% avait 65 ans et plus en 2008. La population est à 43,45% rurale et à 56,55% urbaine et occupe un vaste territoire : 35 municipalités sur 3 187 km² de superficie. Plus spécifiquement en ce qui concerne la population âgée, elle se répartit comme suit sur le territoire: 70 % dans la MRC la plus peuplée et 30 % dans l'autre MRC.

Dans ce territoire, sur l'horizon de 10 ans compris entre 2006 et 2016, on comptera 5 000 aînés de plus, passant de 12 137 à 18 459. Or, 20,8 % des aînés (65 ans et +) ont besoin de services allant de l'aide aux activités de la vie quotidienne ou

domestique à du suivi intensif, médical, social, infirmier, etc. Les demandes d'admission en centre d'hébergement proviennent à 44 % des personnes vivant dans leur domicile et à 56 % des personnes vivant dans une résidence privée. Les capacités financières ne permettant pas de se payer des services supplémentaires liés à la perte d'autonomie justifient souvent ce changement de milieu de vie. (site du CSSS, consulté le 1^{er} octobre 2010). De plus, si en 2006, le groupe des personnes âgées représentait 15% de la population, en 2026, il totalisera près de 27%. Cela positionnera néanmoins le territoire comme l'un des territoires les moins vieillissants de la région administrative.

Concernant la proportion de personnes en ménage privé sous le seuil de faible revenu, le territoire compte parmi la moins élevée de la région avec 12.4%. L'espérance de vie est similaire à celle de la région. Toutefois, une différence peut être relevée par rapport à l'ensemble du Québec quant à l'espérance de vie à la naissance chez les hommes, qui est inférieure en raison des inégalités liées à la défavorisation matérielle et sociale. Cette différence se traduit par un écart de cinq ans d'espérance de vie entre les hommes habitant les communautés les plus favorisées et les hommes des communautés les plus défavorisées. (site du CSSS, consulté le 1^{er} octobre 2010).

Nous avons étudié ce territoire à partir des deux CLSC présents et qui sont sous la même gouverne.

Notre échantillon se compose de huit personnes âgées qui vivent toutes à domicile (incluant une ressource privée) mais dont l'aidant n'habite pas nécessairement sous le même toit. De ce nombre, deux personnes présentent des troubles cognitifs. La moyenne d'âge des usagers est de 81,6 ans. Plus de la moitié des usagers sont des femmes (5/8) et les proches-aidants sont les conjoints (4) ou les enfants (4) dans tous les cas. Sur ce site, deux usagers ont vécu un transfert de GC. La continuité relationnelle est

donc favorisée par la constance du GC. Au niveau des partenaires cliniques, on ne retrouve l'AFS que dans trois cas. Par ailleurs, le domaine médical (médecins et infirmières) est davantage présent. En fait, dans chaque cas, il y a au moins une infirmière et/ou un médecin. Ce site se démarque aussi par la présence régulière de partenaires extérieurs au SAD : UCDG, CH, personnel de la ressource privée, personnel de la ressource d'hébergement temporaire, responsables de programmes particuliers (ex. : fonctions d'élimination, transport-hébergement).

3.1.2 Instruments d'analyse

Pour bien suivre ce qui suit, il est nécessaire de se rapporter à la figure 8 (diagramme d'analyse) qui présente les étapes de l'analyse documentaire selon Bardin (2003), auxquelles ont été mises en correspondance les séquences du processus d'écriture (Paillé & Mucchielli, 2008) et les outils d'analyse qui ont été conçus et utilisés à chacune des étapes.

Il faudra compter trois heures, en moyenne, pour compléter l'ensemble de l'extraction primaire des données dans chacun des DC. Dans un premier temps, cela est fait à la main puis mis au propre dans un fichier Word. Cela ne produit pas un effet de duplication, en fait il permet plutôt, à la relecture, d'opérer un début d'analyse par une imprégnation profonde des données. Ceci correspond très bien à la conception de l'écriture comme processus analytique, tel que défini par Paillé et Mucchielli (2008).

Le tableau de collecte de données constitue l'instrument principal pour la pré-analyse (Bardin, 2003). Rappelons ici que comme nous n'étions pas autorisée à photocopier les DC, la transcription des données constituait une activité cruciale et exigeante. Il fallait d'abord identifier la porte d'entrée du DC la plus pertinente à notre

objet. Nous avons choisi de partir des notes évolutives du GC pour compléter le tableau de manière chronologique, pour une période d'environ 12 mois. Le parcours préalable de tous les tomes du DC avait pour but de retracer l'entrée de l'utilisateur en GC. Puis un événement a été identifié pour marquer les contours de la fenêtre d'extraction des données. Ainsi, une hospitalisation, une révision ou modification du Plan d'intervention d'allocation de services¹¹ (PIAS) a servi à poser le premier jalon. Par la suite, d'autres informations ont été croisées ou ajoutées à celles contenues dans les notes du GC avec la lecture des notes évolutives des autres professionnels ainsi que des sections contenant certains outils standardisés comme l'OÉMC, les prises de contact, les PIAS, les DSIE ou la correspondance. D'ailleurs, le SMAF et le PIAS ont fait l'objet de transcriptions systématiques afin d'apprécier la séquence temporelle à laquelle ils sont effectivement complétés. Cela importe d'autant plus que la mise à jour de ces outils a un impact sur la qualité de la continuité informationnelle. Il faut noter que la mention de leur complétion ne figure pas toujours dans les notes évolutives. Le tableau de collecte de données a été utilisé tel qu'il a été conçu. Il nous apparaît complet et applicable à d'autres objets d'étude qui utiliseraient le DC comme source de données. La ligne du QUOI permet de faire un premier exercice de catégorisation. Pour les fins de notre objet, elle a pu être complétée en lien avec les trois formes de continuité. Ainsi chaque intervention est identifiée selon qu'il s'agit de données nous renseignant sur la continuité d'approche, sur la continuité informationnelle ou encore sur la continuité relationnelle. Il est alors aisé et

¹¹ Parmi les outils standardisés utilisés par les professionnels du SAD, on retrouve la prise de contact, l'OÉMC, le profil évolutif et le PIAS qui est en fait un plan d'intervention qui peut être unidisciplinaire ou interdisciplinaire. Le PSI qui fait référence à un plan de services individualisé pensé (ou souhaité) comme un plan d'intervention interdisciplinaire et intersectoriel. Il faut malheureusement reconnaître qu'il n'existe pas vraiment, ni dans la forme (formulaire) ni dans le contenu. On assiste par ailleurs à un glissement dans le vocabulaire des professionnels qui utilisent invariablement PIAS et PSI comme des mots interchangeables. Cet usage rend confondant le sens et l'usage de chacun.

rapide de repérer les interventions qui exemplifient l'une ou l'autre des dimensions. Pour un autre objet ou contexte, les thèmes peuvent donc se moduler. Les lignes du QUAND et QUI sont utiles et facilement repérables dans les notes évolutives qui sont, rappelons-le, toujours datées et signées. Le COMMENT (but, nature des contacts, outils et interventions) est parfois plus difficile à compléter en raison du manque de normes claires et précises en rapport avec la rédaction de la note professionnelle. Ainsi, certaines notes n'indiquent pas le but de l'intervention ou le résultat si ce n'est en termes de liste de demandes de l'utilisateur ou de résumé de l'entretien (par exemple, « reconduction des services » sans mise à jour des outils standardisés). Le OÙ est généralement bien identifiable et peu diversifié : à domicile ou à l'hôpital, et lorsqu'il n'y a aucune mention, cela se passe au bureau de l'intervenant.

Le formulaire sociodémographique a été complété à l'aide de diverses sources à l'intérieur même du dossier. L'âge, le mode et le lieu de résidence, se repèrent assez facilement dans les formulaires de prises de contact et dans la feuille d'identification I-CLSC. Par ailleurs, les problèmes de santé de l'utilisateur sont dispersés dans le dossier : dans l'OÉMC, les DSIE, les notes de départ de l'hôpital (qui sont parfois transmises pour la continuité des soins et services au retour à domicile), les notes du médecin de famille (lorsque le médecin travaille au sein du CSSS), les évaluations en ergothérapie, etc. Aussi, les informations sur l'aidant principal sont très minces. On reconnaît habituellement assez facilement la nature des liens avec l'utilisateur (conjoint, fille, nièce, etc.), le niveau d'épuisement (et non les indices d'épuisement qui ne sont que rarement rapportés et la plupart du temps non-objectivés), parfois son état de santé (lorsqu'un hébergement temporaire est demandé en raison d'une chirurgie par exemple); mais c'est à peu près tout. L'âge des aidants que nous rapportons nous vient d'une autre source de

données à laquelle nous avons eu accès : les entrevues qui ont été conduites auprès des proches-aidants. Tout ce premier travail de retranscription demande beaucoup de temps et de vigilance, et il est d'autant plus précieux qu'il charpente la suite du travail.

À l'étape 2 de l'analyse documentaire, qui consiste à exploiter le matériel (Bardin, 2003), **la bande temporelle** a permis de transposer l'information des trois dimensions de la continuité : relationnelle (qui), informationnelle (quoi) et temporelle (quand) de façon à représenter schématiquement les moments et les événements qui ponctuent différemment les interventions. À la présence des événements correspond une multiplication d'interventions avec différents acteurs, ce qui peut aussi s'interpréter en termes d'intensification des interventions qui se polarisent autour d'un thème (hébergement temporaire, hospitalisation, etc.). L'utilité de cet instrument se situe surtout au niveau de la chronologie et de la concentration des interventions. Il permet d'observer par exemple la récurrence du délai entre le besoin et la mise en place des services, ainsi que le rôle (proactif, actif ou réactif) du gestionnaire de cas dans la structuration de la continuité d'approche. Cela affine le repérage et l'analyse de la continuité sous ses dimensions temporelle et relationnelle, mais on doit cependant se garder de conclure uniquement à partir de cet outil de retranscription. Aussi, peut-on facilement repérer ces dimensions à l'aide du Tableau de collecte de données, ce qui nous amène à considérer la bande temporelle comme intéressante cognitivement mais non essentielle.

La troisième étape, celle du traitement des résultats, s'est faite manuellement (sans l'aide de logiciel) étant donné le nombre de données, mais aussi en raison du processus analytique choisi (Paillé & Mucchielli, 2008) qui accorde à l'écriture et à la réécriture une valeur orientée vers l'appropriation et la compréhension en profondeur

d'un objet. Ce qui suit rend compte de la reconstitution des données en termes de résultats présentés en lien avec chacun des objectifs.

3.1.3 Données de l'exploration

Chacun des objectifs de l'étude sera repris pour structurer la présentation des données recueillies dans les dossiers cliniques. Commençons par un rappel de l'**objectif général** qui est de repérer et de catégoriser des indices de continuité des services dans des dossiers cliniques d'usagers inscrits en gestion de cas de façon à contribuer à l'accroissement de la qualité dans les services dispensés aux personnes âgées.

Plusieurs éléments viennent contraindre le repérage des indices de continuité, par exemple le roulement de personnel et l'inconsistance de l'identification des GC. Pour compenser ces embûches, de bons outils d'extraction des données contenues dans les DC sont essentiels. Tout aussi primordiale est la formation et l'accompagnement de l'assistant de recherche. Pour tirer le maximum du DC, et ce, de façon efficace, il importe d'avoir une très bonne connaissance des parties constituantes du DC et des modalités narratives de la rédaction (par exemple l'utilisations des abréviations). Par exemple, comme nous l'avons vu dans la partie qui aborde le questionnaire sociodémographique, pour compléter la liste des problèmes de santé, il faut souvent glaner l'information dans plusieurs parties du DC. Il faut donc savoir où chercher. Un autre exemple de triangulation intra-dossier nous est donné dans le cas 3S1. L'aidant a contacté directement l'ergo qui a signifié que c'est la GC qui doit faire la demande de services en ergothérapie puisque l'épisode de services était fermé. Ce qui fut vraisemblablement fait, mais aucune note ni de l'un ni de l'autre professionnel ne fait mention des résultats de cette intervention qui concernait la difficulté aux transferts. Il

faut alors consulter la liste du matériel rapporté au CLSC suite au décès de l'utilisateur pour y repérer une barre plafond-sol et un fauteuil de transfert. Ceci nous amène à déduire que l'ergo a recommandé ces aides techniques pour faciliter les transferts. Voilà un bel exemple de triangulation des données et de la nécessité de connaître les sources potentielles de validation des informations que recèle le DC.

Malgré la grande quantité d'information contenue dans le DC, il faut considérer le fait que le DC actuel est incomplet parce que fragmentaire. L'hôpital a un dossier-patient, le SAD a un dossier-client. Viennent aussi se juxtaposer des habitudes de pratiques rédactionnelles propres à chaque intervenant ou induites par les prescriptions (ou absence de prescriptions) administratives. Par exemple, une copie du formulaire de l'hôpital rédigé par la GC ou une note évolutive relatant une participation à une rencontre avec une équipe soignante de l'hôpital peut apparaître au dossier-SAD, comme on peut ne trouver aucune trace détaillée de visite ou de rencontre à l'hôpital. Le caractère incomplet du DC est aussi lié au fait que tous les intervenants du SAD qui agissent autour de la personne ne sont pas tous légalement tenus de rédiger des notes au dossier. C'est le cas des AFS. Puis certains professionnels conservent leurs notes dans un dossier-parallèle (par exemple, les infirmières ou les médecins). Dans ce cas, il y a fragmentation des domaines médical et social. Ces façons de consigner (ou de ne pas consigner) les informations rendent le travail de recherche difficile mais compliquent aussi les efforts de collaborations interprofessionnelles et interservices. Un autre exemple nous est donné dans le cas 3S1 : Les intervenants auxquels la GC se réfère à l'interne appartiennent au domaine que nous pourrions qualifier de psychosocial : AFS, ergo, physio, TS. L'infirmière du SAD qui s'est occupée des examens diagnostiques (laboratoire) prescrits mensuellement ne figure pas dans le PIAS, la GC ne l'a jamais

contacté et vice et versa. N'eût été d'un accès direct au DC, nous aurions pu conclure qu'il n'y a jamais eu de soins infirmiers à domicile. Cela invite, si l'objet le requiert, d'ajouter à l'étude des DC d'autres méthodologies, comme l'entretien auprès des professionnels ou des usagers.

C'est ce problème de fragmentation du DC que le DCI a voulu éliminer en rendant accessible presque en temps réel les informations disponibles sur un usager à l'ensemble des praticiens qui ont à intervenir auprès de lui. Mais les expériences de mise en place d'un DCI demeurent éparses et non soutenues structurellement par le Ministère. Nous avons donc, pour cette étude, consulté la version papier du DCI pour être en mesure d'homogénéiser le matériel le plus possible.

Ces précisions faites, voyons maintenant quelles traces de chacune des dimensions de la continuité sont repérables dans les DC.

La continuité relationnelle est sans contredit la dimension la plus facile à repérer, et ce, sans même avoir besoin de s'attarder aux notes et aux outils cliniques en eux-mêmes. Il est aisé d'identifier au moyen de la signature qui est l'intervenant qui agit et de profiler les changements de professionnels qui peuvent survenir, au fil du temps. Il s'agit ici d'apprécier la constance du personnel. Ceci ne nous renseigne cependant pas sur la qualité de cette relation ou sur le sens que lui accorde l'utilisateur. De plus, on sait rarement les motifs du changement de GC ou de transfert du TS à un GC (cas 4S1, 8S2). On ne peut que constater le changement. Certaines notes rapportent que l'utilisateur lui-même, premier concerné, n'était pas au courant du transfert du dossier à un autre GC. Par ailleurs, dans le cas 5S1, il semble y avoir un tandem de GC qui fait en sorte que les deux intervenants sont au courant de la situation et qu'ils interviennent de façon convergente l'un en l'absence de l'autre. Dans ce cas, ce mode d'organisation du travail

semble cohérent et fluide. Nous n'avons pas eu connaissance de cette façon de faire dans d'autres dossiers. Certaines décisions administratives concernant le mode d'organisation du travail ne sont pas étrangères à cette situation. Cela est flagrant au niveau des AFS. Il n'y a pas d'assignation à un usager mais plutôt à la tâche. Ainsi peut-on se retrouver avec quatre AFS différents pour un usager (cas 3S1). Cela rend difficile l'établissement d'un lien entre l'usager et l'AFS et, à un autre niveau, entre la GC et le partenaire clinique. Aussi, il est aussi difficile à comprendre que la fonction de GC soit occupée, sur une période d'un an, de façon consécutive par deux ou trois personnes différentes quand on sait que la finalité du dispositif est la continuité (cas 1S1, 2S1, 3S1, 5S1, 6S1, 7S2, 8S2).

En plus de la constance du personnel, il est aussi intéressant de noter le sens des interpellations. Dans les cas où c'est toujours le gestionnaire de cas qui vient aux nouvelles, cela peut traduire que, pour l'usager, le GC n'est pas quelqu'un de significatif au sens de personne de référence à laquelle l'usager peut faire appel. Cela peut aussi démontrer que l'usager adopte une position passive ou encore que sa situation ne requiert pas l'intervention du GC. La fenêtre d'observation est ici importante dans la mesure où, en moins de 12 mois d'intervention, on risque de passer à côté d'événements qui structurent la relation GC-usager. C'est ainsi que des propositions de services formulées par le GC ont du sens pour l'usager ou l'aidant plus tard dans le temps. Par exemple, l'offre de l'hébergement temporaire sera acceptée non pas d'emblée, mais lors de problèmes de santé de l'aidante (cas 1S2).

Un questionnement naît aussi d'une pratique observée dans un dossier (cas 5S2) : les réévaluations du SMAF ou de l'OÉMC et du PSI, sont effectuées par des remplaçants occasionnels. Il nous apparaît que cette pratique vient à l'encontre d'un

objectif de continuité relationnelle de même que de continuité d'approche. Il semble y avoir une mise à distance de l'une des trois composantes centrale de la tâche de gestion de cas que évaluer, planifier, coordonner (Couturier et al., 2007a), à savoir celle d'évaluer.

Une autre considération importante découle de la diachronicité de la relation qui influence la continuité relationnelle, en plus d'avoir un impact sur la continuité informationnelle (cas 2S1). Plus le GC a une connaissance multidimensionnelle acquise au fil du temps, plus il est en mesure de bien représenter l'utilisateur, et plus il agira adéquatement.

Par ailleurs, il faut bien reconnaître que la continuité relationnelle est nourrie par les interlocuteurs dans les deux sens. Ainsi, les aidants proactifs dans leurs échanges avec le GC acquièrent une position de collaborateur et s'assurent d'un plus grand accord temporel entre les besoins exprimés et les réponses qui sont déployées. Dans ce cas (2S1), les aidants sont capables de nommer leurs besoins particuliers et de formuler leurs demandes. Par exemple, ils expriment qu'ils préféreraient avoir des répités en soirée même si cela représente un horaire peu habituel. La GC vérifiera la possibilité de rencontrer cette demande en ne s'arrêtant pas au connu, au courant, à l'habituel.

La continuité relationnelle semble moins facilement appréhendable lorsque l'utilisateur présente des troubles cognitifs, notamment lorsque celui-ci est incapable de reconnaître le GC qui lui rend visite régulièrement (cas 7S2). Peut-être aussi en raison de la présence moins régulière du GC auprès de l'utilisateur par rapport à l'AFS, par exemple, qui a des contacts répétés et intimes avec l'utilisateur. Toutefois, pour les proches, le maintien du lien devient facilitant, les dispensant de refaire l'histoire de l'évolution des pertes.

La continuité informationnelle apparaît comme la deuxième dimension la plus facilement repérable. Pour réelle volonté de tenir compte de la vision de l'utilisateur ou de son proche-aidant dans une seule demande d'information ou de service, le GC a très souvent plusieurs démarches à faire, et donc plusieurs partenaires à interpeller ou à mettre en relation, y compris l'utilisateur ou son proche-aidant. À ce niveau, il est important de souligner la préoccupation des GC à tenir informé l'utilisateur ou son proche-aidant des démarches effectuées et de leurs résultats. L'utilisateur ou son proche-aidant sont régulièrement consultés dans le déroulement des actions qui sont déployées et leur point de vue semble être recherché et considéré. Il semble y avoir une élaboration du PSI. Ce qui manque dans les notes relève plutôt du processus ayant mené à la décision ou à l'orientation convenue des interventions, les propositions qui ont été rejetées et les motifs de ce rejet. Ces imprécisions pourront faire en sorte que les mêmes actions puissent être tentées à plusieurs reprises, par différents intervenants qui ne comprennent pas, à la lecture du dossier, les motifs justifiant tel ou tel refus.

Certains mécanismes de transfert de l'information sont aussi présents sous forme d'outils ou de système technique comme la DSIE qui, à l'origine, devait servir à formuler une demande de services interétablissement, mais qui est devenue, à l'usage, un outil de transfert et de mise à jour de l'information concernant l'utilisateur. Cela semble être un beau cas d'adaptation par l'usage d'un outil à des finalités pragmatiques. Ainsi, sur le site urbain, le lien avec Info-santé se fait uniquement avec la mise à jour et le transfert des informations concernant l'utilisateur à l'aide de la DSIE, aussi souvent que l'exige la situation, c'est-à-dire chaque fois que survient un changement. On peut y voir là un moyen de contourner le problème d'accès à distance au dossier clinique. D'autres outils-maison sont aussi utilisés dans cette perspective de transfert de l'information. Par

exemple, les GC ont un formulaire à remplir pour demander la suspension ou la reprise des services des AFS lors d'un épisode d'hospitalisation de l'utilisateur. Le partage de l'information se fait aussi de façon moins formelle par l'entremise du téléphone (boîte vocale ou conversation), particulièrement de la part d'intervenants disposant de peu de moyens formels, comme c'est le cas des AFS. Il y a aussi transmission d'information par téléphone avec d'autres professionnels. Par exemple dans le cas 5S1, l'autonomie antérieure est discutée par téléphone avec la TS de la ressource d'hébergement sans aucune référence à l'OÉMC ou au SMAF. Et comme tout n'est pas retranscrit au dossier, il est aussi probable que les conversations de corridors soient encore un canal utilisé qui ne laisse malheureusement pas de traces.

Une dimension importante de la continuité informationnelle est difficilement appréhendable. Il s'agit de l'utilisation qui est faite de l'information transmise. Il y a des informations qui sont transmises d'office, d'autres sur demande, puis d'autres qui peuvent être rendues disponibles selon une intention clinique, comme celle de coordonner. Dans ce dernier cas, c'est souvent le GC qui informe le partenaire qu'il possède des informations, une connaissance de l'utilisateur. C'est là une occasion de stimuler le partenariat et la continuité, mais la suite des événements n'est pas toujours rapportée à l'écrit. Il faut bien reconnaître aussi que les tentatives de rapprochement des GC avec les partenaires restent parfois vaines (cas 1S1).

Parmi les raisons qui expliquent ces vides scripturaux figurent les problèmes inhérents aux modes de transmissions de l'information : la poste, le courriel ou les boîtes vocales qui font parfois faux bond à la bonne volonté. Les documents égarés, perdus, non-transmis apportent eux aussi leur contribution à la mise en échec de la communication (référence en ergothérapie perdue : 1S1, CTMSP médical retournée

deux fois parce que pas reçus: 3 S1, demande pour avoir un médecin de famille attiré : 5 S1.

Les carences dans les processus de mise à jour des informations représentent, à notre avis, une réelle entrave à la continuité informationnelle. Ce problème est accentué par l'utilisation de la fonction « copier-coller ». Dans les DSIE, par exemple, des informations qui ne reflètent plus la réalité présente figurent encore dans les données comme intervention à prévoir : l'évaluation de l'ergo a été faite mais est mentionnée comme intervention attendue (cas 1S1). Ou le cas du PIAS qui n'a pas été révisé depuis 2007-05-09 (cas 2S1), qui portait pourtant sur un suivi de deuil suite au décès de la conjointe. Nous avons aussi étudié un DC où aucun PIAS ne figurait au dossier. Les informations récentes concernant la situation de l'utilisateur sont au dossier mais elles ne sont pas regroupées dans les outils cliniques prévus à cette fin. On les retrouve éparpillées dans les notes évolutives, les DSIE et autres notes et documents, ce qui rend moins aisé la consultation des informations par un partenaire éventuel qui n'aura vraisemblablement pas le temps de chercher dans la masse écrite, et qui, de plus, s'il s'y aventure, ne sera pas assuré de trouver ce qu'il cherche. Sans parler de la mauvaise connaissance ou utilisation de certains outils comme le fait de photocopier la « DSIE du CLSC » (cas 3S1 et 5S1) pour la mettre dans le dossier CH alors que cet outil a été conçu pour être transféré électroniquement entre établissements. Elle n'appartient pas à un établissement et n'est pas un outil-maison comme pourrait le laisser entendre la note évolutive du GC dans le cas 3S1.

La continuité d'approche est la plus difficile à appréhender par le biais du dossier clinique, en raison de la nature fragmentée du DC, mais aussi en raison de l'importance de l'effort analytique qu'il faut déployer pour l'inférer. Le fait que les

établissements tiennent des dossiers séparés n'est sûrement pas étranger à cet état de choses. Un élément majeur reste en suspend : on ne sait pas qui, ni comment est utilisée l'information qui est transmise par le GC à l'hôpital, par exemple. Les notes du GC ou les bordereaux de télécopie nous indiquent qu'une information ou un document ont été acheminés, mais sans plus de détails. Il faut considérer ici que ce partage d'information est le plus souvent unidirectionnel (GC→partenaire) et qu'il s'effectue suite à l'offre du GC pour faire parvenir cette information au partenaire. En effet, il est rare que le GC soit interpellé directement par l'hôpital, par exemple, pour avoir des précisions sur un usager. Cela révèle une intégration plutôt unidirectionnelle, et ce, même dans les lieux où la gestion de cas est bien établie.

L'outil qui pourrait nous permettre d'apprécier la continuité d'approche, le PSI, est parfois truffé de carences et d'incohérences. Dans le cas 1S1, il y a inconsistance entre les problèmes/besoins identifiés par la GC et figurant dans le PIAS et les interventions notées dans la section des notes évolutives. Les problèmes de transports qui ont largement occupés l'aidante ne figurent pas au PIAS. De plus, la GC ne priorise pas ce secteur d'intervention pour elle-même mais redonne à l'aidante la charge de régler seule ce problème. Pourtant, l'aidante a mentionné à la GC ce problème à trois reprises. Il faudra compter quinze jours de plus pour qu'elle trouve par elle-même une solution. Le rôle de la GC s'est limité à fournir les coordonnées d'un autre fournisseur de services, et ce problème n'a jamais trouvé sa place dans la sphère des problèmes vécus par l'utilisateur et son proche; il n'a jamais été reconnu à ce titre par le GC. Par ailleurs, nous avons eu accès à des PIAS très détaillés en ce qui concerne l'approche à privilégier avec l'utilisateur, dans des cas de troubles cognitifs (8S2, 7S2). Plusieurs interventions de la GC portaient aussi sur le rappel des consignes à suivre avec l'utilisateur.

Les délais de mise en place des services, pour toutes sortes de raisons, entravent la continuité d'approche. Dans un cas (2S1), on a compté un délai de dix mois entre la demande de répit et la mise en place du service. Ceci s'explique par les critères d'admissibilité et le problème d'accès au service en raison de l'insuffisance de ressources humaines pour répondre aux nombreuses demandes. Dans le cas 4S1, on constate que l'absence de mécanisme de transition entre l'Hôpital de jour et le Centre de jour a privé l'utilisateur de service de réadaptation durant plus de trois mois. La GC n'a pas été informée de la fermeture du dossier à l'Hôpital de Jour. Personne n'a été en mesure d'expliquer ce délai d'attente. La GC a fait deux appels au responsable du CJ avec pour réponse que la demande allait être priorisée. Dans le cas 5S1, l'utilisateur a dû attendre un mois avant que ne soient instaurés les soins d'hygiène personnelle (SHP). Que s'est-il passé entre temps? Comment l'aidant a-t-il compensé cette absence de services? Aucune réponse dans le DC.

Un autre problème qui impacte sur la continuité d'approche vient de la spécialisation de l'intervention du GC autour d'un ou deux types de services, ce qui a pour conséquence d'éclipser les autres dimensions du rôle de GC (cas 3S1, 3S2, 4S2). L'aidant sollicite le GC presque uniquement pour lesdits services. Le GC gère les services en place et perd de vue l'évolution des besoins dans leur ensemble. La direction des interventions semble tracée d'avance, comme un patron que l'on suit pour la coupe du tissu. C'est ce découpage du rôle du GC qui engendre la spécialisation de l'acte d'intervention. Les étapes subséquentes de la réévaluation consistent le plus souvent à réviser le PIAS et à ajuster la fréquence des interventions effectuées par une équipe restreinte : GC, AFS, ergo et responsable de l'hébergement temporaire (de façon ponctuelle) à laquelle s'ajoute parfois le CJ. Il y a alors, à notre avis, manquement à la

continuité d'approche puisque les services en place ne correspondent pas nécessairement aux besoins de l'utilisateur ou de ceux de son proche-aidant. Dans le cas 5S1, la GC a même utilisé une grille de dépistage du fardeau de l'aidante mais aucune action n'a suivi. Le score a été noté sans indice d'interprétation, ni cible d'action. On ne peut donc comprendre s'il y a problème ou non.

Comme l'écrit constitue une autre étape de tamisage de l'information, il est probable que la réalité revêt des incohérences plus marquées que ce qu'il ne paraît dans les dossiers cliniques. Le propos des usagers est utile dans ce cas pour connaître une facette non-écrite mais belle et bien vécue (pour cela voir le mémoire de Lortie (2009) issu aussi de la recherche *Enraciner*). À l'inverse, ne considérer que le point de vue de l'utilisateur peut nous priver d'une compréhension plus complète de l'organisation des services. Ainsi, plusieurs démarches peuvent être entreprises sans aboutir concrètement. Dans le cas 3S1, une demande d'hébergement permanent a été faite en janvier 2008. Il a fallu attendre quatre mois pour recevoir la CTMSP médicale qui avait été demandée auparavant à deux reprises. Neuf mois après avoir initié cette démarche, la GC écrit que l'hébergement permanent pourrait peut-être être envisagé. Finalement M. ne sera jamais hébergé, il décédera à l'hôpital. Du temps, de l'énergie, des demandes répétées de collaboration ont été passées en vue de contourner les ratés du système. De cela, l'utilisateur n'est pas nécessairement au courant. Il sera au fait des résultats (délais) mais pas des embûches qui les expliquent. On voit ici comment la continuité d'approche est liée à la continuité d'information : une mauvaise circulation de l'information rend pénible, voire impossible, la continuité d'approche.

Il y a aussi des carences et des incohérences dans les écrits. Par exemple, dans le cas 5S2, bien qu'on ne retrouve pas de traces de contacts interprofessionnels dans les

notes évolutives, leurs interventions figurent dans le PIAS (infirmière, ergo, TRP, AFS privé). Il n'y a pas de trace de rencontres interdisciplinaires dans la très grande majorité des DC. Nous sommes ici perplexes par rapport au rôle du GC. Que coordonne-t-il? Qui coordonne-t-il? De plus, lorsque nous pouvons retracer ces rencontres, nous n'avons pas accès au contenu et aux décisions qui y ont été prises.

On peut noter aussi des liens entre la continuité d'approche et la continuité relationnelle. Il y a une continuité d'approche souhaitée par les usagers et les proches aidants. Les nouvelles personnes qui prennent le relais dans les services devraient s'inscrire en continuité avec les habitudes et les volontés de l'utilisateur et de son proche aidant. Accepter de partager le rôle d'aidant est une attitude qui se développe souvent en appui sur des expériences qui se doivent d'être préparées et vécues positivement. Par exemple, c'est souvent le premier hébergement temporaire qui prend le plus de temps à s'actualiser, mais lorsque cet épisode est vécu comme positif, il définit la suite des services. Il n'est pas rare, d'ailleurs, de voir se formuler d'autres demandes pour l'année. On assiste aussi à une forme de fidélisation au lieu souhaité pour le service en question (ici l'hébergement temporaire, cas 8S2). Le fait de connaître le personnel, les autres résidents, les lieux et les règles de fonctionnement sécurisent l'utilisateur et son proche. On peut y voir une forme de continuité relationnelle et d'approche.

Certaines pratiques ajoutent cependant de la confusion dans la compréhension de la continuité d'approche. Plusieurs intervenants, dans différents milieux, initient une démarche de demande d'hébergement permanent dans une perspective préventive, pour contourner les délais actuels qui sont très longs avant que puisse être actualisé l'hébergement permanent. Les demandes sont placées en liste d'attente jusqu'à ce que l'hébergement apparaisse comme la seule solution possible. Cette utilisation adaptative

du mécanisme d'hébergement insufflé de la méfiance par rapport au besoin réel et actuel. En même temps, la lourdeur des listes d'attente commande d'autres solutions pour répondre aux changements rapides qui surviennent dans les situations des usagers et qui se traduisent en besoins pressants que les mécanismes actuels ne sont pas en mesure de répondre dans les délais requis. On peut aussi analyser cette pratique comme faisant partie des stratégies d'interventions déployées en fonction des contextes et des « règles du jeu ».

Il faut noter aussi dans les considérants qui rendent difficile la continuité d'approche, les désaccords qui peuvent intervenir entre l'utilisateur et l'aideur qui plus est, peuvent aussi changer constamment d'avis (cas 6S2).

Donc, les indices de la continuité sont, somme toute, assez facilement repérables pour chacune des dimensions, bien que des améliorations puissent trouver leur place sans trop bousculer les pratiques d'écriture à l'œuvre. Nous y reviendrons. Voyons maintenant comment le matériel recueilli permet de rencontrer les objectifs spécifiques fixés au départ.

3.1.4 Liens entre les résultats et les objectifs spécifiques

Le premier objectif spécifique vise à décrire et à caractériser le contenu des DC de gestion de cas à l'égard de l'objet continuité.

Il apparaît que la note évolutive est en retard sur les autres constituantes du DC dans le sens que son support (papier) est dépassé et limité, et que le style rédactionnel (style plus libre que pour le reste du DC) contribue à l'éclatement des continuités. La communicabilité est intrinsèquement brouillée par la calligraphie, le format recto-verso, le décalage dans le temps entre l'intervention et sa transcription, l'absence de règles de rédaction, etc. Comme il a été précisé dans la section méthodologique, nous avons abordé le DC par la note évolutive du gestionnaire de cas. Or, il apparaît que la finalité perçue de la note évolutive soit presque exclusivement mnésique alors qu'elle pourrait être plurielle. Le collège des médecins du Québec dressait en 2006, dans un guide de pratique, une liste de motifs justifiant la rédaction d'une note la plus complète et la plus précise possible. En plus d'une fonction d'aide-mémoire, elle peut aussi être un outil de communication, le reflet du savoir-faire du professionnel, un élément de protection juridique, une attestation des services rendus ou encore un objet précieux pour l'enseignement et la recherche (CMQ, 2006). Si l'on tient compte de la forme non-standardisée et du contenu souvent abrégé et imprégné du vocabulaire issu de l'appartenance disciplinaire du rédacteur de la note évolutive, il y a lieu de questionner les autres finalités, particulièrement celle concernant le partage de l'information.

Aussi, il est clairement perceptible que la technologie (DCI) engage au partage de l'information, et à une mise en forme intégrative de cette information. Voici, ici, que le support technologique impacte sur un raffinement de la finalité de la note évolutive en tant qu'outil de communication qui se présente de façon plus ostensible. Tout

professionnel sait, en rédigeant sa note, que tout partenaire clinique y a accès. Nous dirons qu'il en va de même pour le dossier papier, mais les étapes et les délais qui sont rattachés à la consultation du DC peuvent décourager l'enclenchement de la procédure, alors que le DCI élimine les intermédiaires et les délais. Dans les régions où le DCI n'existe pas, le besoin et la volonté de partager l'information sont présents, mais les moyens réduits provoquent une utilisation à des fins non-prévues d'outils existants : la DSIE joue ce rôle mais le plus souvent à sens unique GC→RSIPAPA ou CH→SAD. On peut donc plus justement parler ici de transfert d'information plutôt que d'échange. Il est aussi intéressant de noter que l'information arrive au service (SAD) et non à la personne responsable de la coordination des services (GC). La DSIE ne mentionne pas toujours non plus la présence d'un GC au dossier.

La standardisation des outils d'évaluation (OÉMC) et de planification (PSI) facilite la continuité d'information. Le contenu de l'outil d'évaluation standardisé (OÉMC) est riche et permet d'avoir des renseignements multidimensionnels au sujet de l'usager mais sa mise à jour est souvent déficiente, ce qui rend impossible l'effectivité de la continuité d'information et difficile la continuité d'approche. Le PSI qui, rappelons-le, est en fait un PIAS, est complété mais révisé de façon aléatoire, sauf lorsque le processus de révision est formellement prescrit (ce qui est le cas du site 2). Cet état de fait entrave la continuité d'approche, mais elle restreint ainsi la pertinence du transfert d'information dans le contexte où les informations disponibles sont caduques ou incomplètes. En fait, les outils standardisés mis à jour régulièrement facilitent le repérage de l'information. Sinon, on retrouve dispersée cette information dans les notes évolutives et ailleurs dans le DC (ex. : cas 2S1, 4S1). L'utilité et l'utilisation du PIAS ne peuvent être appréciées par l'entremise du DC. Ce que l'on sait, cependant, c'est que le

PIAS demeure au DC, et il ne semble donc jamais faire l'objet d'envoi aux partenaires y figurant ou non. De plus, sa finalité de planification n'est pas palpable. Il semble qu'il recense davantage les actions qui sont faites, en termes de bilan suivant l'instauration des services, comme une sorte d'aide-mémoire des services mis en place. Le PIAS semble toujours déphasé : en avant pour la projection de services et en retard sur l'organisation de services sans compter la déficience des mises à jour.

Précisons aussi qu'il y est très rarement fait mention des services offerts dans la communauté, d'autant que ceux-ci sont la majorité du temps laissés à l'initiative de l'utilisateur ou de son aidant. Par conséquent, il s'agit d'un PIAS professionnel exempt d'intersectorialité et le plus souvent multidisciplinaire plutôt qu'interdisciplinaire, c'est-à-dire non intégré mais juxtaposé en séquences. Le PIAS se présente comme un collage des services professionnels qui sont rendus à l'utilisateur par des membres de l'équipe du SAD. Il a aussi un contenu très peu personnalisé dans le sens qu'il serait aisé de constituer un lexique-type pour chacune des colonnes (problème, objectifs, moyens/interventions, intervenants, etc.) qui pourrait s'appliquer à l'ensemble des utilisateurs, et ce, peu importe la région où il réside. On pourrait qualifier ici le langage utilisé dans l'élaboration des PIAS de non-biographique, dans le sens de non-singulier. L'expérience de l'utilisateur ou de l'aidant est ainsi objectivée par le langage clinico-administratif sans rendre compte des singularités individuelles ou du sens vécu. Ceci a pour conséquence de créer *ipso facto* une typologie de la perte d'autonomie et de son sujet. Par exemple, une personne âgée en perte d'autonomie est une personne incapable de faire son hygiène seule de façon adéquate ou, encore, un aidant à risque d'épuisement aura recours à l'hébergement temporaire. Lorsque les moyens types ne correspondent pas aux besoins singuliers, on constate de la distorsion entre le requis et le fourni parce

que les services-types répondent à des besoins types uniquement. Ultiment, lorsque le système n'est plus en mesure de répondre aux besoins en lien avec les activités routinières de la vie quotidienne, l'hébergement permanent devient LA réponse ultime, ce qui semble contradictoire à première vue avec les objectifs de la gestion de cas, soit de soutenir l'autonomie (Couturier et al., 2007a).

La continuité relationnelle apparaît alors grandement tributaire des conditions de travail et des contextes de pratiques. Des variations peuvent être dégagées selon les milieux quant au rôle et au but de la gestion de cas. On observe un fort roulement de personnel dans certains milieux (visible au moyen des signatures des notes évolutives), ce qui impacte sur la continuité relationnelle, mais plus encore sur la finalité du dispositif même de la gestion de cas. Le rôle central que sont appelés à remplir les GC ne semble pas toujours bien compris, ni bien utilisé de la part des partenaires internes et externes, et ce, tout particulièrement dans la région urbaine. C'est souvent au terme de grands coups de représentations proactives que leur présence est acceptée, voire sollicitée dans les hôpitaux, et ce même si le MSSS favorise explicitement ce modèle depuis 2004. Dans le cas de la région semi-urbaine, l'historique et le contexte soutiennent mieux les échanges entre l'hôpital et le GC. Il faut dire que l'intégration organisationnelle de cet hôpital à la première ligne favorise ce rapprochement. Dans les faits, le GC est convoqué systématiquement aux rencontres interdisciplinaires de l'UCDG. Mais cela, nous le savons d'autres sources que le DC. De plus, les participations du GC ne font pas l'objet d'une note dans le dossier papier du SAD. Pour revenir à l'inconstance du personnel, disons que les GC ne sont pas les seuls affectés. On note un grand roulement chez les AFS, parfois même de manière concomitante, c'est-à-dire que plusieurs d'entre elles interviennent auprès de l'utilisateur, dans la même semaine,

par exemple. Ceci complique les suivis lorsque le GC désire savoir si les services en place sont adéquats ou s'ils se déroulent bien (ex. : cas 2S1)

La gestion de cas n'est pas un titre ni une discipline professionnelle. L'identification de la fonction de GC n'est pas rapidement repérable dans les notes évolutives puisqu'elle n'appose pas sa signature en tant que GC mais plutôt avec son titre professionnel. De plus, on ne retrouve pas d'onglet spécifique dédié à la gestion de cas. L'origine disciplinaire identifie souvent mieux le professionnel que sa fonction de gestionnaire de cas. Le problème se complique aussi lors des remplacements de congés annuels ou autres. Le remplaçant agit-il comme GC ou strictement comme professionnel d'une discipline? Il nous a souvent été difficile de déterminer l'entrée en GC à cause d'une identité organisationnelle incertaine des GC. Il y a aussi la réalité des charges de cas mixtes, c'est-à-dire la coexistence d'un usager ayant besoin d'un TS et d'autres requérant un gestionnaire de cas qui s'avère être aussi le même TS. Ou encore, un usager suivi par un TS (le même ou un autre) et qui, un bon jour, passe en GC. Nous avons aussi rencontré des modes d'organisation du travail qui embrouille la définition des critères d'admission en GC : un usager en GC alors qu'il vivait à domicile est transféré à la TS de la ressource d'hébergement privé lorsqu'il change de lieu de résidence (7S1). Ses besoins ont-ils changé ou c'est le fait que la GC n'oeuvre pas dans ce type de ressource? Nous ne savons pas non plus dans ce contexte si la TS est liée à la ressource privée ou s'il s'agit d'une TS du CSSS qui est dédiée aux ressources privées. Un autre cas de changement de GC motivé par l'organisation du travail est celui d'un usager et de ses proches qui vont changer de GC le jour où le profil change, passant de perte d'autonomie à soins palliatifs (cas 2S1) ou au moment d'un hébergement dans une ressource privée (cas 5S2).

La continuité d'approche est soutenue par l'action du GC mais elle rencontre des difficultés de cultures et de missions organisationnelles. Par exemple, l'hôpital qui est un milieu curatif ne comprend pas très bien ce qu'il pourrait retirer en termes de bénéfices d'un milieu identifié à une mission de prévention. Il y a aussi un double mouvement dans l'acte d'aller vers l'autre : un effort pour aller vers... et un dépouillement ou un renoncement en faveur de l'autre. Aller à la rencontre, c'est sortir de sa zone de confort, s'exposer au changement, se laisser transformer mutuellement. « Le travail interprofessionnel contribue à la production de schèmes pratiques partagés, dont la reconstruction est utile au développement d'une analytique des pratiques professionnelles en transformation et des conditions d'émergence de l'interdisciplinarité pratique ». (Couturier, 2001, p. 17). Il peut être potentiellement jugé que l'effort et le temps passé à recueillir des informations auprès d'un tiers (le GC) n'en vaut pas la peine, d'autant que l'usager se retrouvant en milieu captif, il est facile de recueillir les éléments pouvant constituer l'anamnèse. Le CH travaille encore souvent dans une logique de silo ou de solo : il prescrit après avoir traité. Il faut dire aussi qu'il a lui-même, en son sein, des professionnels dédiés à la coordination : l'infirmière-pivot en maladie chronique, par exemple (cas 1S1). On voit, dans certains cas, une GC qui s'« impose » au CH : fait des visites, demande à être informée et à participer aux rencontres d'équipe en gériatrie (site 1). C'est un exercice sans fin puisqu'elle doit recommencer à publiciser son rôle, son apport, ses attentes à chaque hospitalisation, et ce, même s'il s'agit du même usager. Rien n'est institué, ni systématiquement connu ou reconnu. Dans le cas 2S1, elle doit informer l'assistante infirmière-chef (AIC) des décisions prises lors de la rencontre avec la famille qui a eu lieu au CH un mois auparavant et dont la feuille de compte-rendu se trouve dans le dossier du CH. Cette GC

se positionne comme acteur-clé pour la continuité, comme pivot de l'information : elle connaît le client de longue date, son histoire, sa famille et les rouages du système. Mais tous ces efforts ne rencontreront pas forcément écho. Même stratégie déployée avec le médecin de famille que cette GC va informer de sa propre initiative du retour à domicile de l'utilisateur. Elle renforce ainsi son rôle d'agent de la continuité. Dans le cas 5S1, la collaboration CH-GC a pris une tournure différente dans l'épisode de référence pour le mécanisme d'hébergement transitoire appelé « lits polyvalents ». La GC est devenue la personne de référence pour informer le CH sur la procédure et pour effectuer les démarches. Cette GC s'est ici positionner comme celle qui possède les connaissances en vue d'opérationnaliser une solution. La continuité est facilitée lorsqu'il y a concertation entre les partenaires, reconnaissances des expertises réciproques et coordination « centralisée ». L'un des milieux étudiés (site 2) a cependant fait de grandes avancées en matière de collaboration : les GC sont systématiquement invités au CH lors des discussions de cas en gériatrie ou en réadaptation. Cette pratique fait maintenant partie des mœurs, elle n'est pas arbitraire ou fonction des individus. Il faut préciser ici que le CH a été fusionné administrativement au CSSS avant même la réforme de 2004, ce qui n'est pas le cas de l'autre site, qui, en plus, doit composer avec plusieurs CH, dont un CH universitaire. Dans ce milieu, le GC rend aussi visite à l'utilisateur en période d'hébergement temporaire ou d'hospitalisation, de façon quasi systématique; ce qui n'est pas du tout le cas dans l'autre site. Les GC conçoivent maintenant dans leur rôle le suivi de l'utilisateur où qu'il se trouve. Les ententes administratives en ce sens légitiment le GC dans l'exercice de son rôle. Travailler ensemble reste la meilleure façon de se connaître entre partenaires. Et mieux se connaître veut dire reconnaître ce que l'autre peut faire et être sensible aux contraintes qu'il rencontre. Mais il faut bien reconnaître que du stricte

point de vue des DC, on constate peu de trace de la participation des GC à des rencontres de concertation avec les partenaires, que ceux-ci soit intra ou inter établissements. Cela peut s'expliquer en partie par le fait qu'une strate de leur travail n'est pas au dossier, en fait tout ce qui ne concerne pas un usager en particulier. Sauf dans un cas (2S1), où il y a eu rencontre concertée autour de la GC avec les partenaires cliniques à l'occasion d'un problème précis : l'apparition de l'incontinence (GC, infirmière et responsables des AFS). Il y a bien aussi des rencontres avec le CH (7S1, 3S2) desquels nous n'avons pas beaucoup de contenu. Mis à part les rencontres avec les équipes de gériatrie ou de réadaptation, les contacts avec les partenaires sont exclusivement un à un (3S1, 6S2). Il faut aussi noter qu'il n'y a pratiquement pas de trace de démarches auprès des partenaires communautaires. La seule pratique liant le public et le communautaire qui a pu être observée dans les notes évolutives ainsi que dans les PIAS est celle du GC qui transmet les coordonnées d'une ressource communautaire à l'aidant qui doit faire les démarches pour obtenir ses services (1S1). En bout de ligne, lorsque le contexte organisationnel reconnaît l'importance de la continuité d'approche et qu'il met en place les dispositifs nécessaires à sa réalisation, c'est l'utilisateur qui en profite directement en termes de cohérence des services et de complémentarité des interventions. L'établissement, quant à lui, augmente l'efficacité de son organisation en limitant les duplications et les ratés dans le continuum des services.

Le deuxième objectif spécifique vise à identifier les marqueurs rédactionnels de continuité. Selon les dimensions de la continuité, certaines parties constituantes du dossier sont plus révélatrices. Comme nous l'avons déjà mentionné, la continuité relationnelle est celle qui semble la plus facilement appréhendable, par la signature de

l'intervenant apposé sur différents documents (note évolutive, OÉMC, PIAS, DSIE, lettre, etc.). Le problème se pose cependant dans le cas d'un remplacement : il est impossible de savoir à quel titre le signataire intervient, c'est-à-dire agit-il uniquement comme professionnel de sa discipline ou aussi à titre de GC? Le sens des interpellations (repérables dans les notes évolutives) permet de rendre plus tangible l'importance ou la signifiante qu'a le GC aux yeux de l'utilisateur ou de son proche. Est-il celui qu'ils interpellent quand ils ont besoin? Ou attendent-ils qu'il les appelle? Est-ce quelqu'un vers qui aller pour être appuyé? Ou est-ce quelqu'un qui fait partie du système et qui doit nous appeler de temps en temps? Il arrive que l'utilisateur ou son proche va passer par un intermédiaire, l'AFS le plus souvent, pour rejoindre le GC (2S1). La proximité et la régularité des contacts positionne alors l'AFS comme l'« allié » le plus significatif de l'utilisateur (6S1). Le sens des relations peut aussi nous renseigner sur la position qu'adopte le GC, sa façon de concevoir son rôle, sa posture plutôt attentiste ou au contraire, proactive et ce, autant vis-à-vis de l'utilisateur et du proche-aidant que des partenaires.

La continuité informationnelle se décèle par les traces des échanges avec les partenaires cliniques qui sont consignées dans les notes évolutives dans des documents regroupés dans la section « correspondance » : bordereaux de transmission des télécopies, lettres, courriels imprimés, etc. ou dans les DSIE.

La continuité d'approche peut être dégagée de certaines notes évolutives qui font état de discussions avec des partenaires cliniques, par exemple, mais comme il a déjà été mentionné, cette dimension est la moins facile à décrypter. Le continu va et vient qu'effectue le GC avec l'utilisateur ou son proche dans les processus de mise en place de services peut être considéré comme un marqueur de cette dimension de la continuité puisque ces validations servent la cohérence et la signifiante des actions pour leurs

destinataires. Cette recherche d'accord de l'utilisateur et de son proche est présente dans tous les dossiers étudiés.

Le troisième objectif spécifique concerne la pertinence de l'usage des DC dans l'analyse de la continuité. Bien que comportant des limites liées à la traduction de la réalité qui s'opère pour la rendre compte d'une situation à l'écrit, le DC peut être considéré comme un excellent observatoire de la continuité et, par conséquent, de l'état de l'intégration des services. En fait, le présent mémoire soutient que, du point de vue des dossiers, l'intégration des services est en-deçà des attentes. Cela est-il le reflet de la réalité ou de l'inadéquation des DC à en rendre compte? Sans doute un peu des deux, mais nous soulevons l'hypothèse que les DC n'ont pas fait l'objet d'une attention soutenue des concepteurs de l'intégration des services dans les CSSS. En fait, on a l'impression de voir des pratiques de rédaction de DC antérieures aux réformes intégratives, quoique quelque peu transformées par la bande par la présence des certains outils standardisés, mais dont l'usage est la plupart du temps en-deçà des attentes, comme l'avait d'ailleurs observé Somme et al, 2007) pour le PSI.

Quoiqu'il en soit des conditions systémiques d'usage des DC, pour réussir à faire dire au DC tout ce qu'il a à dire, certaines conditions doivent être remplies. D'abord la collecte doit se faire par une personne qui connaît bien les composantes du DC afin de pouvoir mettre en lien les diverses constituantes. Un intervenant professionnel issu du réseau est avantagé en ce sens. De plus, il est absolument nécessaire d'utiliser des outils de collecte qui permettent de recueillir un maximum d'informations¹². L'exercice d'extraction des données est long et ne peut être escamoté. Pour la fenêtre d'observation

¹² Surtout dans les contextes comme les nôtres où nous n'avons pas pu photocopier les DC puisque la certification éthique ne prévoyait qu'une autorisation d'accès.

que nous avons choisie, soit 12 mois, il a fallu compter en moyenne de trois à quatre heures/dossier pour compiler les informations dans les dossiers. La formation de la personne qui effectue cette tâche est non moins importante. Même si chaque milieu a ses petites singularités dans la constitution des DC, nous avons pu constater que la catégorisation du contenu est assez semblable partout. Il est facile de s'y repérer, moyennant cette littératie professionnelle requise par la personne qui collecte l'information, mis à part certains « outils maison » et certaines abréviations relatives à des organismes communautaires du milieu ou à des mécanismes d'accès aux services. Les procédures d'accès aux services ou aux programmes sont sensiblement les mêmes à travers le Québec, tandis que les outils de planification (PIAS) et d'évaluation, l'OÉMC et la CTMSP médicale, pour ne nommer que ceux-là, sont uniformément répandus et utilisés dans tous les secteurs d'activités du soutien à domicile dans nos sites à l'étude. L'écrit est donc riche d'information.

En ce qui concerne à proprement parler de la continuité, le DC permet de retracer la trajectoire des services assez aisément : date, acteurs en présence, actions posées, résultats. La partie importante qui manque aux dossiers cliniques étudiés pour véritablement prendre la mesure de la continuité dans sa pleine dimension est la non-systématisation de la consignation de la satisfaction de l'utilisateur et du sens que celui-ci accorde aux services demandés, aux services reçus, aux services proposés et aux demandes non-comblées. En effet, il est difficile d'apprécier l'écart entre le requis (ou le demandé) et le fourni parce que le GC ne rapporte à l'écrit que ce qui est en place, ou autrement dit, que ce qui est effectif dans le panier des services existants formellement. Il manque donc la vision de l'utilisateur par rapport aux services pris globalement. Reid *et al.* (2002) considèrent pourtant que la continuité est une expérience vécue, ce qui appelle

à ajouter des méthodes qui permettent d'accéder à ce vécu, dont le plus importants est sans aucun doute celui des usagers et de leurs proches aidants. Nous croyons donc que la réalité recouvre plusieurs facettes, dont celle longtemps négligée de l'utilisateur, mais que celui-ci n'est pas nécessairement au fait de l'ampleur des actions et des embûches rencontrées pour répondre à ses besoins. La part qui lui est invisible de l'action de l'intervenant est donc incontournable pour avoir un portrait global de la situation en matière de continuité. Mais il est certainement intéressant de mettre cette facette en dialogue avec celle de l'utilisateur. L'intervenant peut raconter à l'oral (en entrevue) ce qu'il a fait, tout comme l'utilisateur peut rapporter l'histoire de son point de vue. L'écrit demeure néanmoins un témoin important, souvent plus proche du réel dans lequel s'est déroulée l'histoire, puisqu'il découle d'un effort de synthèse d'une action vécue surtout dans le temps présent. Le discours oral permet de réorganiser les événements dans le sens présent en réinterprétant le passé pour atteindre une logique légitimant l'actuel. Ceci écrit, l'acte d'écrire en lui-même incorpore une transformation de la réalité, mais sa situation chronologiquement proximale à l'événement le prédispose à une moins grande variabilité des réinterprétations. Dans la perspective où le discours écrit cherche à transcender le compte-rendu de ce qui s'est passé pour tendre vers le futur (la planification, mais aussi les futurs tiers lecteurs), il oblige à un enrichissement de sa forme et de son contenu. Le discours écrit raconte donc lui aussi une histoire, mais qui cherche à se fixer. Il y aurait donc un triple observatoire possible pour connaître cette histoire : celui du point de vue de l'utilisateur, celui du point de vue non écrit du GC, et celui relaté à l'écrit dans le DC. Puiser à ces trois sources produirait ici une narration polyphonique rendant compte de l'épaisseur réelle de l'action, notamment au regard de ses diverses temporalités. Si nous reconnaissons ici la nécessité d'entendre les discours

oraux des uns et des autres, nous pensons qu'il faut refuser de donner un statut inférieur au discours transcrit au DC, un statut restreint, confirmatoire ou de triangulation (le plus fréquent en recherche). Nous affirmons plutôt la valeur de cette forme de discours, au même titre que le discours oral de ses acteurs.

L'écart entre les diverses formes de discours ici évoquées s'observe notamment autour de la lacune observée et qui concerne le jugement clinique qui ne fait pas l'objet d'une écriture. Comme mentionné précédemment, cela provoque des bris de continuité potentiels, dont des duplications de démarches avec lesquelles l'utilisateur n'est pas nécessairement en accord ou prêt à accepter. En fait, si nous pouvons retracer de nombreux artefacts de ce jugement professionnel (ici ou là un diagnostic, un score, un avis professionnel, etc), le jugement professionnel dans sa dimension globale n'émerge que par une activité de reconstruction que le lecteur du DC peut réaliser à partir d'une activité cognitive continue de tissage de liens entre ces divers artefacts et de nombreux éléments de sous-texte (les tacites, les implicites, etc.) et de hors textes (les communications orales entre acteurs). Cela n'invalide pas le DC comme source d'information, au contraire, car il donne à voir par ce qu'il met en scène et ce qu'il cache (Berg, 1996).

Concernant **le quatrième objectif spécifique** qui vise à formuler quelques pistes méthodologiques d'analyse de la continuité des services dans la perspective d'un audit de la qualité, ces propositions se retrouvent dans la section Conclusion

CHAPITRE IV: ANALYSE TRANSVERSALE ET DISCUSSION

Dans ce chapitre, les résultats seront éclairés par le matériel conceptuel que nous avons détaillé dans les premiers chapitres de ce mémoire. Pour apprécier les trois dimensions de la continuité, le DC apparaît comme un excellent observatoire, mais avec une pertinence variable selon les dimensions.

4.1 ANALYSE SOUS L'ANGLE DE LA CONTINUITÉ

Reid et al. (2002) insistent sur deux éléments constitutifs du concept de continuité : le caractère expérientiel de la continuité comme phénomène global et le fait que les services persistent dans le temps (ce que certains appellent la continuité longitudinale ou chronologique). Le DC permet d'observer de façon heuristique la dimension temporelle de la continuité puisque les notes évolutives et les documents qu'il contient sont datés et qu'ils sont incorporés au dossier de manière chronologique. Plus encore, le fait que l'information soit livrée dans la forme d'un récit introduit à l'incorporation de temporalité. Pour l'autre constituante, soit la notion expérientielle, elle pourrait y figurer, mais elle n'y est que trop insuffisamment. Pourtant, si cette facette était considérée, elle enrichirait à coup sûr la compréhension du processus clinique sous l'angle de la continuité, de l'intégration et, ultimement, de la qualité. L'expérience pourrait être rapportée à deux niveaux : celui de l'utilisateur et celui du professionnel. L'expérience vécue par l'utilisateur peut être décrite en termes de valeurs, de croyances, de préférences, de satisfaction, etc. L'expérience du professionnel peut s'exprimer par la mise en forme plus explicite du jugement professionnel global ou de l'opinion clinique. Ces deux volets de l'expérience ne sont pas très présents dans le DC,

mais nous croyons que cela n'est pas attribuable à une incompatibilité fondamentale avec le contenu du DC mais plutôt en raison d'une perception étroite de l'utilité du DC, et par les pratiques de rédaction qui n'ont pas encore pleinement pris la mesure des changements dans la conception de la qualité et dans l'organisation des services. La mise sur papier (des évaluations, des suivis, des démarches, des discussions cliniques, etc.) est formulée, le plus souvent, à la manière d'un compte-rendu, et ce, d'autant que l'acte d'écrire s'effectue en décalage avec l'intervention directe auprès ou pour l'utilisateur. Il y a toute une part de l'expérience usager ↔ professionnel qui demeure tue, non-dite et non-écrite, gardée à l'abri, dans l'intimité de la relation, dans la mémoire des protagonistes.

Ainsi, la continuité d'approche, qui fait en sorte que les services ne soient pas répétés indument ou incohérents, voire qu'ils soient inexistant, alors qu'ils sont pourtant requis appelle à ce que ces services soient synchronisés dans le temps, dans leur opérationnalisation et dans leurs finalités. La continuité d'approche, donc, se bute à des barrières organisationnelles, dont la principale nous semble être l'inadéquation relative des outils (et de leurs usages) aux besoins d'un RSI. Cette difficulté émerge avec force lorsque le DC n'a pas une forme DCI. Même dans les CSSS qui ont fusionné avec un CH, les DC demeurent distincts, et donc non partagés. Le DCI vient tempérer cette pratique en rendant accessible le DC d'un établissement à l'autre ou d'un site à un autre. La nature des informations partagées entre les praticiens, voire la direction de la sollicitation de ces informations peuvent nous renseigner sur les habitudes de collaboration interprofessionnelles, le degré de formalisation de ces échanges, la connaissance des rôles et expertises de chacun. Ultimement, au-delà des individus en présence, cela nous renseigne sur la volonté et l'appui des organisations (le prescrit)

envers les pratiques d'intégration des services. Car, si la continuité est la façon dont les usagers vivent l'intégration des services, c'est aussi, par extension, la façon dont ils vivent la coordination entre intervenants.

Le plan d'intervention est, en théorie, l'outil par excellence pour apprécier la continuité d'approche puisqu'il énonce les interventions de chacun en vue de répondre aux besoins particuliers rencontrés par un usager. Il devrait constituer le plan commun. Malheureusement, il est le plus souvent complété pour répondre à une prescription administrative plutôt que pour planifier et suivre l'évolution des besoins de l'utilisateur afin d'y adapter la stratégie d'interventions (Somme et al, 2007). Tout compte fait, le PSI n'apparaît pas, au regard de notre analyse, le document phare du DC, mais bien les bonnes vieilles notes évolutives, avec leurs forces et leurs faiblesses.

La continuité informationnelle se décline sur deux plans : le transfert de l'information et son utilisation concernant les services reçus par l'utilisateur ainsi que les connaissances accumulées et situées dans les différents contextes qui ont composé la trajectoire de services. Le DC permet de retracer les informations qui ont été transmises « formellement », c'est-à-dire par télécopie, par courrier ou par téléphone, mais pas nécessairement celles qui empruntent la voie de l'informel telles que les discussions dites de corridor. Deux autres problèmes sont rencontrés pour prétendre à une information complète : on peut difficilement qualifier l'utilisation des informations par les destinataires, ni même en inférer quoique ce soit quant à leur utilisation à proprement parler. Aussi, les connaissances accumulées au sujet d'un usager se retrouvent souvent éparpillées dans l'ensemble du dossier. Et le lecteur doit faire le travail de reconstruction sémantique, ce qui n'est pas gage d'efficacité en contexte de pénurie de ressources professionnelles. Par exemple, le PSI pourrait s'avérer un outil précieux pour retracer les

changements dans les besoins et les contextes de l'utilisateur, mais il est souvent incomplet, complété de façon inconstante et silencieux sur les épisodes de crise ou plus intenses comme une hospitalisation ou la maladie de l'aidant. Par ailleurs, les manques de coordination effective sont la plupart du temps dus à une mauvaise circulation de l'information. On pourrait donc dire que le transfert d'information est un pré-requis à la coordination. Il faut aussi questionner la nature des informations qui sont communiquées. Les contenus factuels ont plus de chance d'être partagées que les données subjectives (impressions cliniques, valeurs, préférences, etc.), d'autant qu'ils ne sont pas souvent traduits à l'écrit. Le professionnel connaît fort probablement plus de choses sur l'utilisateur que ce qui est consigné à l'écrit ou que ce qui est transmis.

La continuité relationnelle est définie par Reid et al. (2002) comme l'entretien d'une relation entre l'utilisateur et l'intervenant (ou l'équipe d'intervenant) sur une base temporelle longitudinale et significative en appui sur la constance du personnel. La continuité relationnelle présente des avantages pour les deux parties en présence : la confiance, la compréhension réciproque, le sentiment de responsabilité de l'intervenant envers l'utilisateur et la fidélité (ou fidélisation) de l'utilisateur à l'égard de l'intervenant. La continuité de contact, qui est un concept développé en santé mentale (Reid et al., 2002), réfère à la stabilité des intervenants ou des équipes d'intervention et qui s'actualise dans des suivis périodiques qui sont considérés comme un moyen de prévention des périodes de crise ou d'instabilité. L'analyse des DC des personnes âgées inscrites en gestion de cas nous permet de constater que bien peu de suivis réguliers et proactifs sont effectués auprès des usagers. Les GC interviennent lorsqu'ils sont interpellés par d'autres intervenants ou par les proches dans des épisodes aigus (détérioration de l'autonomie, accentuation des pertes cognitives ayant un impact sur la sécurité ou l'exercice des

activités quotidiennes, troubles du comportement, hospitalisations, etc.). Cependant, dans certains milieux, les normes de pratiques établies par les directions font des mises à jour des outils standardisés (OÉMC, SMAF, PIAS) des occasions de « périodiciser » les suivis. Si cela crée une condition de réduction de l'écart temporelle entre le besoin et sa réponse, on ne peut complètement affirmer qu'il s'agit-là d'une condition de proactivité forte.

Regardons maintenant comment les autres constituantes du cadre conceptuel peuvent nous apporter un éclairage sur nos résultats, notamment l'apport de la didactique des savoirs professionnels.

4.2 ANALYSE SOUS L'ANGLE DE LA DIDACTIQUE DES SAVOIRS

PROFESSIONNELS

La didactique des savoirs professionnels nous permet de faire émerger un sens pratique de l'acte professionnel traduit en termes de savoir et de compétence. Comme déjà mentionné, nous postulons que la pratique de tenue de dossiers par les gestionnaires de cas comporte des savoirs et des compétences qui nous informent de façon fondamentale et pragmatique sur l'état des compétences mobilisées, et ce, non pas dans une perspective évaluative d'identification des manquements mais bien davantage dans un mode compréhensif. Les écarts entre l'attendu et le réel sont ici considérés comme des marqueurs de intelligence des acteurs à adapter le prescrit aux contextes de pratique. Par ailleurs, l'analyse des pratiques (Vergnaud 1983) appuie les propositions de pistes de formation des intervenants, plus spécifiquement des GC, dans le but de participer ainsi à l'amélioration continue de la qualité des services dispensés aux personnes âgées. Les propositions formulées sont fondées empiriquement et théoriquement.

Il ressort de notre étude que la rédaction des notes évolutives et la tenue de dossier en général, n'est pas très balisée, et qu'elle se réalise surtout sur un mode traditionnelle qui n'a pas pleinement pris la mesure des changements (ou des velléités) systémiques portés par la réforme de 2004.

Dans les faits, chaque note est datée et signée. On peut aussi facilement identifier la ou les personnes visées par l'intervention, de même que le sens de l'interpellation (qui a contacté qui). La plupart du temps, les notes empruntent la forme du récit d'une intervention sollicitée par l'usager, un tiers ou l'intervenant lui-même. Les propos sont rarement verbatimisés et reflètent donc une traduction plus ou moins juste de la réalité. L'unidirectionnalité des rapports entre les GC et leurs partenaires cliniques mérite selon nous d'autres travaux de recherche afin de mieux comprendre ce que cela révèle de l'état de l'intégration des services.

Il est intéressant ici de s'attarder un peu au cas des demandes formulées et initiées par les usagers ou leurs proches à l'endroit des GC pour mieux comprendre comment sont traduites et considérées ces demandes. D'abord, la presque totalité des demandes sont faites par les proches-aidants. L'objet des demandes concerne les délais dans la prestation de services (SHP, Hôpital de jour, Centre de jour, etc.), des problèmes techniques qui entravent la dispensation ou la continuité des services (problème de dépôt de subvention, prescription manquante, etc.), le questionnement à l'égard de l'accès ou de la fréquence des services (physiothérapie, hébergement temporaire, répits, etc.), des aides techniques, des programmes spécifiques (fauteuil roulant, allocation aux aidants, etc.). Le rôle de l'aidant en est un d'informateur-clé pour le GC : l'aidant informe des événements (chutes et hospitalisations de l'usager ou ses propres problèmes de santé qui risquent d'avoir un impact sur l'usager, etc.), fait le suivi du quotidien, rappelle aux GC

les démarches à faire suite au congé de l'hôpital, par exemple, transmet les informations sur l'histoire de l'utilisateur, de ses relations sociales et familiales. L'aidant intervient aussi comme médiateur, entre le GC et l'utilisateur dans la majorité des cas. Le GC fait les suivis auprès de l'aidant plutôt qu'auprès de l'utilisateur, et ce, même lorsque celui-ci possède toutes ses facultés intellectuelles. On imagine facilement la charge physique et mentale associée à l'aide apportée à un proche. Même s'il est facile de constater que le proche aidant est l'un des interlocuteurs privilégiés du GC, on note peu de trace d'information sur le vécu ou les besoins de l'aidant, et celui-ci ne participe d'aucune façon à la rédaction du dossier. En fait, le discours de l'aidant est traduit unilatéralement¹³ en demande de services pour l'utilisateur. Car il semble que c'est le niveau de l'organisation des services à partir de l'existant sur lequel le GC a le plus de prise et qui constitue la cible première de son intervention. Il s'agit donc d'une traduction fonctionnelle cristallisée autour de conventions centrées sur une logique de services. Nous avons là une parfaite illustration de ce que Berg (1996) décrit comme une traduction d'un problème rapporté par l'utilisateur en problème cliniquement gérables par le professionnel. La note évolutive est rédigée dans un langage linéaire, sans niveau analytique et discursif, c'est-à-dire « qui ne s'astreint pas à une continuité rigoureuse » (Petit Robert, 2008). Le fil narratif va illustrer l'enchaînement des actions et son opposé, soit la fracture entre les besoins évolutifs d'un système-client et un panier de services limité et hiératique. En d'autres mots, la narration est unimodale et tire son unicité de la centration du service et non du besoin. On peut aussi observer ce phénomène dans le PIAS. Au besoin identifié d'épuisement de l'aidant ou de risque d'épuisement correspondent des moyens communs dans toutes les régions : le Centre de jour, les

¹³ Malgré les principes d'accords formels à obtenir pour la rédaction du PSI, par exemple.

services AVD et/ou AVQ et l'hébergement temporaire. La mise en place de ces services définit, de façon restrictive, les moyens existants qui devraient dissoudre le problème. Lorsque ce n'est pas le cas, l'hébergement permanent est alors proposé comme unique voie de résolution du problème, et ce, dans une très large proportion de dossier. Cette façon « typificatrice » de concevoir les problèmes, d'y apporter des réponses (cas 8S2) et de transcrire le tout dans le format du PIAS rend moins visible la signification de l'action puisque cette façon de faire s'inscrit dans une pratique généralisée qui devient une norme de pratique convenue. Ce qu'il faut aussi reconnaître, c'est que cette pratique de typification implique une diminution des choix qui s'offrent au GC (et par voie de conséquence aux usagers), libérant ainsi l'intervenant du poids des décisions puisque la direction est préalablement définie ou prédéterminée parce que prévisible en quelque sorte. Il n'est pas de notre intention ici de juger de la valeur de la pratique mais de tenter d'expliquer cette réalité observée. Est-il possible de permettre la consignation de la parole de l'utilisateur et du proche aidant dans le cadre des dossiers cliniques? Nous n'avons pas de réponse claire à ce propos, mais nous savons que la pratique des histoires de vie s'est un peu développée en CSHLD (pourquoi pas au domicile ?). Quels dispositifs pourraient concrétiser le statut de coproducteurs du PSI que peuvent devenir l'utilisateur et son proche? Nous avons aussi été à même d'observer, dans le contexte du projet PRISMA-France, le développement d'un outil d'écriture à multiples voix, le livret d'échange, qui est laissé au domicile de l'utilisateur, qui peut en prendre connaissance, voire y participer. Ce sont là quelques questionnements et quelques pistes créatives qui démontrent la possibilité de rendre à l'utilisateur son espace de parole jusque dans l'écrit.

Certains GC sentent la nécessité de dépasser la forme conventionnelle de la note évolutive pour lui donner une structure narrative plus ample. Cette façon de rédiger

permet au lecteur de situer le propos de l'aidant dans l'ensemble constitué par les moments et les événements qui ponctuent la vie quotidienne, puis de rapporter la demande de l'aidant en recourant au verbatim, au besoin, et enfin, de préciser l'entente conclue entre les parties, entente qui précise les démarches de chacun et la satisfaction ou insatisfaction exprimée par l'aidant. Cette façon de rendre compte d'une intervention aide à comprendre les choix cliniques qui sont faits parce qu'ils sont contextualisés et convenus entre les parties. L'énonciation et la construction du texte importe puisqu'elle impacte sur la finalité communicationnelle de DC. Ce qui apparaît particulièrement intéressant ici est que ce changement opérationnel est possible sans contrevenir aux normes rédactionnelles établies. Ces GC, qui ont initié cette « déflexion » ont peut-être acquis un savoir expérientiel précieux qui, à son tour, permet des implications communicationnelles intéressantes.

Revenons à ce moment-ci sur la présentation que nous avons faite dans la partie traitant de l'État des connaissances et qui distingue les deux constituantes du savoir que sont l'information et la connaissance. L'information est une donnée extérieure au sujet qui peut être conservée extrinsèquement. Le DC constitue un support (manuscrit ou électronique) permettant de sauvegarder efficacement cette dimension du savoir. La connaissance est quant à elle une représentation cognitive issue d'une expérience personnelle. Elle peut être conservées sous trois formes : les concepts (connaissance sur les objets), les schémas (connaissances sur les événements et les situations), les procédures (connaissances sur les actions). Les connaissances se rapportant aux faits (concepts et schémas) sont identifiées comme connaissances déclaratives, tandis que les connaissances procédurales sont des savoir-faire (Hoc, Bonnet et Tiberghien in Habboub, 2005). Les notes évolutives rapportent de manière chronologique, les faits qui

concernent l'usager et les services sans illustrer explicitement les processus. Quant aux savoir-faire, ils se révèlent à la lecture attentive de certains DC. Pensons ici à la GC qui (7S1), dans un contexte de liste d'attente très importante, prépare sa stratégie visant à héberger le plus rapidement possible un usager dont l'aidante est épuisée, et ce, en contournant ou en utilisant les interstices du système. Elle va présenter au médecin traitant l'hypothèse d'avoir recours à la déclaration en soins prolongés dans l'éventuel épisode d'hospitalisation de l'usager. On assiste dans ce cas à la praxis de savoirs. Cette GC connaît bien la précarité de la situation de l'usager et celle de l'aidante. Elle connaît aussi les mécanismes reliés à l'hébergement permanent, aussi bien les filières régulières qui sont en usage au soutien à domicile que celles plus particulières qui s'adressent aux usagers dont le retour à domicile est non-envisageable suite à un épisode d'hospitalisation. C'est sur cette assise des connaissances déclaratives et procédurales qu'elle va structurer une stratégie d'intervention, un savoir-faire qui rencontrera le but visé de manière non-conventionnelle mais pourtant conforme au prescrit. Il faut aussi noter que ce savoir-faire déplace le jeu des acteurs en se plaçant elle-même en arrière-scène pour laisser les coudées franches au joueur stratégique, le médecin. Elle convainc ce dernier du bien-fondé et de la faisabilité de la stratégie. Son savoir-faire est de l'ordre de sa capacité à élaborer un discours moralement justifié et à convaincre un partenaire de faire sienne cette stratégie. On pourrait aussi appliquer cet exemple pour imaginer les catégories du savoir pratique de Malglaive (1990). Dans cet exemple, nous sommes en présence de savoirs théoriques constitués du prescrit régulant l'hébergement et le contexte de liste d'attente, des savoirs procéduraux qui découpent l'action en séquences (qui convaincre, quel langage utiliser, à quel moment ou dans quel contexte mettre en œuvre le plan, etc.), des savoir-faire qui démontrent des habilités ou des compétences

(élaboration de la stratégie, *advocacy*, etc.) et des savoirs pratiques qui sont directement liés à l'action et à son déploiement. Ces savoirs en usage se répartissent dans un processus circulaire proche de celui de Deming, où la théorie est mise à l'épreuve du réel, ce qui crée un nouveau savoir qui à son tour modifie ladite pratique. Ainsi la norme peut se voir transformer sous les pressions de la pratique. Ce niveau stratégique de la praxis professionnelle ne s'inscrit pas explicitement dans le DC; en fait il est pour une bonne part partie prenante de l'habitus professionnel, cette disposition intériorisée, voire inconsciente, qui génère des conduites adaptées à un contexte, ici un RSI. L'écrit, même fragmenté en plusieurs sous-documents, peut être analysés en profondeur en raison du fait qu'il est un artefact de cette stratégie. Pour cela, il faut suivre les indications de Berg (1996) et entrer plus en profondeur dans les discours écrits des gestionnaires de cas. Le présent mémoire est une contribution à cet exercice.

La didactique des savoirs professionnels permet de conceptualiser la compétence en tant que dynamique évolutive (Samurçay & Pastré, 1998). Dans la visée de la professionnalisation d'un métier, il importe de considérer les compétences explicites (les capacités de faire) et les compétences incorporées (l'écart entre les compétences souhaitées ou requises et les compétences effectives); c'est la position défendue par l'approche ergonomique (Leplat, 1997 in Habboub, 2005). L'analyse des DC nous a permis d'identifier certaines compétences reliées à la fonction de GC au regard de la continuité.

Il appert que les GC possèdent une compétence procédurale qui règle l'action et ses séquences en fonction des normes du système intégrateur, même imparfaitement incarné comme c'est le cas dans les contextes à l'étude. Ainsi, on note peu de créativité ou d'initiative dans les contacts ou démarches pour solutionner un problème singulier, la

réponse première est celle qui est prévue par le système. Cela laisse croire que le focus doit être mis sur les normes systémiques (critères d'accès ou de délivrance de services, par exemple) plutôt que sur les GC pour comprendre l'état de la coordination sur un territoire donné sans minimiser par ailleurs, le rôle central du GC, seule figure humaine des dispositifs de l'intégration. Le GC travaille donc essentiellement à partir des services existants et offerts en majeure partie par l'établissement dont il est issu. Néanmoins, l'expérience du GC dans le Réseau de la santé et des services sociaux va lui permettre de jouer avec les règles établies lorsque nécessaire, ce qui appelle la nécessité de sélectionner des professionnels expérimentés pour réaliser cette fonction, et celle de créer les conditions de leur stabilité. Nous pouvons reprendre ici l'exemple qui concerne l'hébergement souhaité mais dont les délais seront réduits parce que la GC aura convaincu le médecin de faire hospitaliser l'utilisateur pour le faire déclarer « soins prolongés », en sachant très bien qu'il y a actuellement priorisation de ce type de demandes qui proviennent du CH plutôt que du domicile. Donc, connaître les règles et procédures d'accès à des services permet au GC de mieux jouer son rôle d'« advocacy ». Cette habileté à convaincre et à défendre l'utilisateur sert aussi à prévenir la récurrence de certains événements (par exemple des hospitalisations répétées). Cette compétence émerge de la connaissance développée sur le long terme par le GC à propos de l'utilisateur, mais aussi de la reconnaissance du GC par l'utilisateur et son proche en tant qu'intervenant significatif et digne de confiance. Les compétences mobilisées sont issues de la pratique et la modulent réflexivement.

Cette compétence réflexive s'appuie sur une autre compétence, celle qui consiste à savoir articuler la temporalité de l'utilisateur (immédiate) et la temporalité du service (long terme). En effet, il est plutôt rare que l'utilisateur ou son proche interpelle le GC dans

une temporalité qui permet au GC de se préparer à agir (prévention). Il est le plus souvent placé en situation de réagir, certes le plus promptement à l'appel et à se débattre avec les ressources disponibles, mais en fonction d'un système de contraintes organisationnelles qui reporte très souvent dans le temps l'action.

Avoir constamment à « éteindre des feux » plutôt qu'à les prévenir appelle également une compétence à lire le sous-texte des écrits techniques ou des procédures, de façon à pouvoir en jouer ou à les déjouer. Cela se traduit, par exemple, dans la complétion d'une requête automatisée qui devient une quasi note clinique.

Une compétence transversale à tous les DC, peu importe les milieux, se révèle en la capacité d'oraliser auprès de l'utilisateur, de lui traduire en termes de résultats, les démarches effectuées pour établir et assurer des services de qualité. Pour cela il importe d'associer l'utilisateur (ou son proche) à la dernière étape (accord) du processus menant à la solution de problèmes. On observe une place prépondérante de l'utilisateur ou du proche dans la prise de décision les concernant, même ce dialogue n'apparaît pas dans toute son ampleur au dossier. Les GC jouent souvent un rôle de médiateur et de traducteur entre les règles du système et les attentes ou besoins de la dyade usager-proche. Ils sont soucieux de respecter les droits des usagers, notamment celui qui concerne le consentement aux soins et la participation aux décisions et qui lui est conféré dans la Loi sur la santé et les services sociaux. L.R.Q. : « Tout usager a le droit de participer à toute décision affectant son état de santé ou de bien-être ». (MSSS, http://www2.publicationsduquebec.gouv.qc.ca/dynamicSearch/telecharge.php?type=2&file=/S_4_2/S4_2.html, consulté le 6 octobre 2010).

Mais qui dit compétence, sous-entend aussi incompétence (ou compétence moindre). Ainsi, on peut noter une incompétence relative à écrire le sens des discussions ou des actions. On parcourt à travers le dossier une description, le plus souvent sommaire, d'actions et de résultats matériels ou concrets qui ne rendent pas compte de la situation¹⁴. Par exemple, lorsqu'un SHP n'a pas été donné au moment attendu et que le proche en avise le GC, celui-ci vérifie auprès de la responsable des horaires, constate qu'il y a eu une erreur : l'utilisateur n'avait pas été planifié. Le GC informe alors le proche et confirme que le SHP sera donné la semaine suivante. On ne sait pas comment le proche s'est débrouillé, s'il a été en mesure de le faire, avec quels impacts, etc. Cette situation est jugée comme un fait anodin qui a été réglé, « affaire classée » dont le sens n'importe pas dans la mémoire officiel que constitue le DC. Le GC ne considère pas important ou utile de consigner le sens. C'est ainsi que nous pouvons inférer que l'utilisateur ou son proche aidant sont les premiers dépositaires du sens.

Comme nous avons déjà traité de la compétence à arrimer les temporalités, il s'avère que cette compétence trouve son revers dans l'incompétence à anticiper l'action, même si le dossier structure une temporalité longue. Après l'étape de la première évaluation, il apparaît que les actions sont davantage réactives que proactives. Par exemple, dans les dossiers où la situation est assez stable, le GC est absent sur de longues périodes. Lorsque les réévaluations du PSI sont clairement prescrites, ce qui n'est pas le cas partout, on trouve une note l'indiquant brièvement. Il semble que cette réévaluation s'effectue le plus souvent assez sommairement, c'est-à-dire sans mise à

¹⁴ Nous pouvons affirmer cela grâce aux autres travaux de l'Équipe Enraciner. Par exemple, un proche aidant dit très fortement que le moment le plus fort du dernier épisode de soins est l'arrêt de services découlant de la « dangerosité » pour les employés du CSSS de rendre le service de SHP en raison de l'absence d'une barre de bain, qui serait en commande. Le délai de plusieurs semaines est causé par une rupture de stock. Ce moment critique, le plus important du point de vue de l'utilisateur, n'apparaît d'aucune façon au dossier, et est totalement absent du discours du GC en entrevue.

jour du profil évolutif de l'OÉMC, et par le biais du téléphone. À certains moments, des événements commandent une intensification des interventions du GC. C'est le cas des épisodes d'hospitalisation. Ces événements ne sont jamais transcrits dans le formulaire du PIAS. On n'est mis au fait de leur existence par la lecture des notes évolutives ou par les DSIE. Les outils servants à la planification sont donc sous-utilisés, voir insignifiants, comme si cela était une commande administrative, ce qui recoupe le point de vue de Somme et ses collaborateurs (2007).

La capacité heuristique de la didactique des savoirs professionnels nous est aussi utile en raison de l'intérêt qu'elle porte à l'auteur du récit (ici le GC). Aborder le geste professionnel, dans ce cas l'énonciation rédactionnelle (Vergnaud, 1996 in Habboub : 145), comme un contenant des savoirs (Mayen, 2003), contribue à enrichir l'analyse, dans notre cas par la mise en forme du sens dans une activité socialement et professionnellement codée, celle du dossier clinique.

4.3 PORTÉE ET LIMITES DE L'ÉTUDE

Au terme de notre étude, nous sommes en mesure de formuler quelques réserves et limites méthodologiques. Bien que n'ayant pas de visée à l'égard d'une quelconque généralisation, au sens positiviste du terme, nous aurions aimé avoir un nombre de dossiers cliniques plus important pour recueillir la plus grande variabilité possible de données. Heureusement, les présents travaux se poursuivent au sein de l'équipe Enraciner et de l'équipe PRISMA-France auxquelles nous sommes associée. D'autres applications à d'autres données et à d'autres objets de recherche qui utilisent les DC comme sources de collecte de données pourront ajouter de la robustesse aux instruments et à la méthodologie développés. Nous avons aussi été contrainte par l'inconsistance de

la prise de notes et de la complétion des outils pourtant standardisés. Le fait aussi que les dossiers cliniques des CSSS soient incomplets parce que fractionnaires a compliqué le traçage de la trajectoire de l'utilisateur ainsi que du processus clinique. De plus, ce qui a été un avantage pour nous peut devenir une exigence difficile à rencontrer pour les autres recherches. Nous parlons ici de la bonne connaissance du contenu du dossier clinique et de la compétence clinique de l'analyste requise pour le travail d'extraction.

Cela écrit, notre étude est susceptible d'avoir des retombées sur les plans scientifique et professionnel. L'élaboration de pistes méthodologiques devrait optimiser la collecte dans les DC de manière à encourager les chercheurs à retenir les DC comme source intéressante et importante dans un processus de collecte de données. Les outils élaborés demeurent facilement abordables et transférables. Il importe ici de préciser que ces mêmes outils de collecte sont utilisés pour extraire les données qui sont analysées sous l'angle de l'intégration des services pour la recherche-mère *Enraciner* de même que pour la recherche PRISMA-France.

Au niveau de la pratique, les retombées sont plus difficiles à anticiper dans le contexte actuel de coupures dans la formation continue destinée aux professionnels des CSSS. Cependant, les communications que nous ferons dans des colloques scientifiques auxquels participent aussi des gestionnaires et des intervenants pourront sans doute sensibiliser les milieux d'intervention aux nécessaires ajustements requis par la pratique en constante évolution.

Afin de rejoindre les deux pôles d'influence que représentent la clinique et la recherche, nous avons aussi l'intention de publier quelques articles dans des revues scientifiques et professionnelles. Enfin, nous demeurerons à l'affût d'opportunités pour diffuser nos résultats.

4.4 PISTES DE RECHERCHE ET RECOMMANDATIONS POUR LA PRATIQUE

L'analyse du corpus des DC nous a donc permis d'identifier des savoirs et des compétences qui pourraient être investis dans la formation (Habboub, 2005) et dans la supervision des professionnels de la GC en particulier, mais également dans la perspective du développement professionnel pour l'ensemble des intervenants du RSI. L'observatoire de ces savoirs est la pratique en situation (De Montmollin, 1988), dans notre cas observée par le dossier. Les observations relevées dans cette étude pourraient donc aider à construire des formations adaptées aux contextes actuels de pratique de la gestion de cas. Les principaux savoirs et compétences à investir qui ont été identifiés au regard des dossiers cliniques sont liés aux finalités perçues du DC. Il faut que lesdites finalités soient élaborées, diffusées et acceptées pour que les pratiques de tenue de dossiers soient améliorées. Nous avons insistés dans ce mémoire sur les finalités du dossier en nous inspirant des travaux sur le dossier médical (Lajoie, 2003). Nous pensons maintenant qu'il importe de mieux formuler les finalités, de les mettre à jour, de sorte qu'elles soient mieux en phase avec les exigences d'un système qui cherche à s'intégrer. Pour cela, il importe de soutenir le développement de DCI en général, mais de DCI capables de demeurer sensible au sens de la situation clinique. Il y a là une thématique de recherche intéressante pour l'avenir, et ce, peu importe que le DC conserve son support papier ou qu'il migre vers l'électronique. Une fois les finalités du DC redéfinies, le contenu de la formation devra s'intéresser à l'acte de rédaction de la note évolutive à proprement parler, de façon à favoriser sa mise à jour. Il serait opportun de donner une structure à la note évolutive, une structure intégratrice à travers les gestes professionnels du GC. D'autres professions, dont les médecins (la revue des systèmes) et les infirmières (D : données, I : interventions, R : résultats) utilisent un canevas de

rédaction. Ces structures étant adoptées par l'ensemble des professionnels de la discipline, ceci permet de se repérer facilement dans les notes d'un intervenant à l'autre. Nous avons d'ailleurs mentionné, au passage, l'intérêt et la facilité résultante de cette pratique initiée et mise en place chez certains GC. Par la suite, le contenu de la note évolutive pourra faire l'objet d'un plan de formation afin d'y inclure les informations permettant de rendre compte du processus décisionnel et de l'expérience de l'usager et celle du GC.

Par formation, nous entendons la formation initiale mais aussi la formation continue, car grâce à sa conceptualisation de la compétence comme dynamique évolutive (Samurçay & Pastré, 1998), la didactique des savoirs professionnels devient intéressante pour le développement professionnel des praticiens dans un contexte en profond changement. Les employés du Réseau de la santé et des services sociaux, dont font partie les gestionnaires de cas, sont confrontés dans leur vie professionnelle à de multiples changements, allant de réformes en réformes au niveau ministériel, en passant par toutes sortes de révisions des modalités d'opération sur le terrain. L'évolution de la tâche et du travail, le changement de l'objet de travail, la modification des attentes des prescripteurs du travail et la croissance de la nécessité du niveau de compétences trouve plusieurs résonances dans la réalité actuelle des gestionnaires de cas.

Le dossier clinique fait partie du processus du travail, tout en l'orientant et en le transformant. Il n'est pas un outil statique, ni objectif. Comme le démontre Berg (1996), l'acte d'écrire et de lire constitue un acte de création continue, de transformation du réel par l'auteur ou le lecteur. Le dossier clinique joue un rôle de médiation et de représentation de la relation usager-professionnel. C'est dans ce sens dynamique que le

dossier clinique devient un objet d'étude stimulant et révélateur d'un savoir professionnel méconnu.

CONCLUSION

En conclusion, la qualité des services repose sur l'interaction fluide entre les dimensions de la continuité. Le DC s'avère un bon observatoire de la continuité, surtout dans les dimensions informationnelle et relationnelle. Il permet aussi une certaine triangulation des données à l'intérieur même de ses constituantes, ce qui permet d'avoir un portrait plus juste de la trajectoire de services. L'usage du dossier ne devrait cependant pas se limiter à un rôle d'objectivation de la situation clinique, ni restrictivement dans une logique de triangulation des données. Le DC ne permet pas de dire qui dit vrai entre l'usager, le proche aidant, les professionnelles et la condition de santé. Il est l'autre voix d'un dialogue complexe entre le système-client et le système-intervention, pour reprendre les catégories de Zuniga (1994).

Le modèle de qualité développé par Donabedian nous a permis de nous intéresser à la fois à la structure et au processus qui favorisent la continuité des services. Le processus qui est défini par Donabedian comme l'ensemble des gestes et des actions à poser pour accomplir la tâche a été observé à partir du DC. Les données de l'exploration ont été analysées à partir des dimensions de la continuité et de la didactique des savoirs professionnels, ce qui nous a permis de formuler quelques pistes méthodologiques utiles pour la recherche ainsi que quelques recommandations pour la pratique qui se sont traduites par un contenu de formation. C'est ici que nous avons touché à la structure présente dans le modèle de la qualité, en ce sens que la formation se pose comme ressource nécessaire pour effectuer la tâche. En souhaitant que notre contribution puisse avoir des impacts sur les résultats en terme de plus grande satisfaction des usagers au regard de la continuité et de la qualité des services qu'ils reçoivent des professionnels et

que ces mêmes professionnels se sentent soutenus et reconnus comme des acteurs importants de la mise en œuvre des services de santé et sociaux de qualité.

Cependant, pour le moment, le DC laisse peu d'accès au sens que revêt la continuité pour l'utilisateur et son aidant, pas plus qu'il ne laisse transparaitre le processus décisionnel du clinicien. En fait, ces carences, pour autant que cela en soit vraiment, révèlent surtout l'état de la situation en matière d'intégration des services. C'est pour cela que si ce mémoire ouvre sur des possibilités de formation professionnelle dédiée aux GC, il faut se garder de penser que nos constats découlent uniquement de leurs compétences professionnelles. Au terme de ce mémoire, force est de constater que nous avons surtout traité de l'état de l'intégration des services, et que c'est à ce niveau qu'il est prioritaire d'agir. En fait, on voit s'incarner à travers les DC une importante réforme, celle de l'intégration des services, mais dont les effets ne se sont pas encore profondément *enracinés*.

Nous avons été témoins d'une volonté de réaliser l'intégration, mais beaucoup de travail reste encore à faire. Plusieurs des dispositifs permettant d'améliorer la qualité des services sont facilement réalisables sans trop bousculer les pratiques actuelles. Nous pensons ici à la mise à jour plus constante des outils standardisés (OÉMC, PSI), à la constance du personnel et aux ententes inter-établissements. Il est clair que la qualité repose sur l'interaction fluide entre les dimensions de la continuité et que la continuité doit emprunter plusieurs modes pour atteindre sa finalité, dont une meilleure utilisation du potentiel du DC.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- Alaszewski , A., & Manthorpe, J. (1993). Quality and the welfare services: A literature review. *British Journal of Social Work*, 23, 653-665.
- Andreani, J.-C., & Conchon, F. (2005). Méthodes d'analyse et d'interprétation des études qualitatives : état de l'art en marketing. [En ligne]. Consulté le 9 janvier 2010. <http://www.escp-eap.net/conferences/marketing/2005_cp/Material/Paper/Fr/ANDREANI_CONCHON.pdf>
- Andreani, J.-C., & Conchon, F. (2003). Les méthodes d'évaluation de la validité des enquêtes qualitatives en marketing. Congrès des tendances du marketing (novembre 2003). [En ligne]. Consulté le 28 décembre 2009. http://www.escp.eap.net/conferences/marketing/pdf_2003/fr/andreani_conchon.pdf
- Arcand, M., Hébert, R. (2007). Précis pratique de gériatrie. (3^e édition). St-Hyacinthe : Edisem.
- Association nationale des intervenants en toxicomanie et en addictologie. (ANITeA) Droits des usagers : principes et outils de la loi de 2002 [En ligne]. Consulté le 11 novembre 2009. < http://www.anitea.fr/loi200202/droits_des_usagers.pdf>
- Bardin, L. (2003). *L'analyse de contenu*. Paris : Presses universitaires de France.
- Béland, F., Bergman, H., Lebel, P., Clarfield, A., Tousignant, P., Contandriopoulos, A., et al. (2006). A system of integrated care for older persons with disabilities in Canada: Results from a randomized controlled trial. *Journal of Gerontology, Series A: Biological Sciences*, 61(4), 367-373.
- Berg, M. (1996). Practices of reading and writing: the constitutive role of the patient record in medical work. *Sociology of Health and Illness*, 18 (4), 499-524.
- Bourque, D. (2009). Transformation du réseau public de services sociaux et impacts sur les pratiques des intervenants sociaux au Québec. Communication dans le cadre du colloque européen (CEFUTS) - Le travail social à l'épreuve du management et des impératifs gestionnaires Université Toulouse 2, 2 et 3 juillet 2009. [En ligne]. Consulté le 5 décembre 2009. < http://www.uqo.ca/crcoc/Fichiers/cahier_0907.pdf>
- Brunelle, Y. (1993). *La qualité des soins et services: un cadre conceptuel*. Québec : Ministère de la santé et des services sociaux. Direction générale de la planification et de l'évaluation.
- Cellard, A. (1997). L'analyse documentaire. Dans J. Poupart, J.-P. Deslauriers, L.-H. Groulx, A. Laperrière, R. Mayer, R., & A. P. Pirès (Éds). *La recherche qualitative. Enjeux épistémologiques et méthodologiques* (p. 251-271). Boucherville : Gaëtan-Morin Editeur.

- Collège des médecins du Québec (CMQ). (2005). Mémoire présenté à la commission des affaires sociales concernant le projet de loi n° 83. Loi modifiant la Loi sur les services de santé et les services sociaux et d'autres dispositions législatives.
- Couturier, Y., Trouvé, H., Gagnon, D., Etheridge, F., Carrier, S., & Somme, D. (2010). Réceptivité d'un modèle québécois d'intégration des services aux personnes âgées en perte d'autonomie en France. *Lien social et Politiques*, 62, 163-174.
- Couturier, Y., & Chouinard, I. (2008). La relation est-elle soluble dans la didactique? La relationnalité dans les métiers relationnels comme objet d'une didactique des savoirs professionnels. Dans Y. Lenoir, & P. Pastré (Éds). *Didactique professionnelle et didactiques disciplinaires en débat* (p. 213-223). Toulouse : Octarès.
- Couturier, Y., Carrier, S., Gagnon, D., & Chouinard, I. (2007a). Les appropriations locales de la gestion de cas et leurs enseignements pour l'implantation en d'autres contextes. Dans R Hébert, A. Tourigny, & M. Raïche (Éds). *PRISMA volume II. L'intégration des services : les fruits de la recherche pour nourrir l'action* (p. 113-128). Saint-Hyacinthe : Edisem.
- Couturier, Y., Somme, D., Carrier, S., Trouvé, H., & Gagnon, D. (2007b). Le travail social et l'intégration des services aux personnes âgées en perte d'autonomie. Analyse comparée de deux initiatives québécoise et française. *Intervention*, 127, 6-15.
- Couturier, Y. (2001). *Constructions de l'intervention par des travailleuses sociales et infirmières en CLSC et possibles interdisciplinaires*. (Thèse de doctorat au Ph.D. en sciences humaines appliquées, Université de Montréal). Dans Presses de l'Université de Montréal, Faculté des études supérieures. *Catalogue des thèses soutenues à l'Université de Montréal*. [En ligne]. Consulté le 30 octobre 2010. <http://www.theses.umontreal.ca/theses/nouv/couturier_y/these.pdf>.
- Dapere, R. *Manager la performance de l'entreprise*. [En ligne]. Consulté le 25 juillet 2009. <http://merckel.org/article.php3?id_article=27>
- Demers, L., St-Pierre, M., Tourigny, A., Bonin, L., Bergeron, P., Rancourt, P., et al. (2005). *Le rôle des acteurs locaux, régionaux et ministériels dans l'intégration des services aux aînés en perte d'autonomie*. Ottawa : Fondation canadienne de recherche sur les services de santé.
- De Montmollin, M. (1984). *L'Intelligence de la tâche : essai d'ergonomie cognitive*. Berne : Peter Lang.
- Devers, A. (2005). L'usager du système de santé. *Gérontologie et société*, 115, 39-48.
- de Villermay, D. (1992). L'audit pour améliorer la qualité des soins. *Revue de l'infirmière*, 1, 65-69.

- Donabedian, A. (1988). The quality of care: How can it be assessed? *Journal of the American Medical Association*, 260(12), 1743-1748.
- Donabedian, A. (1980). *The Definition of Quality and Approaches to its Assessment* (vol. 1). Ann Arbor: Health Administration Press.
- Ennuyer, B. (2005). Le droit des usagers. *Gérontologie et société*, 115, 13-28.
- Firbank, O., Arsenault, M., Bonin, L., Brunelle, Y., Contandriopoulos, A.-P., Côté, L. et al, (2005). *Optimiser la qualité des services à domicile : une stratégie pour améliorer le suivi de la prise en charge des aînés dépendants*. Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé. [En ligne]. Consulté le 30 octobre 2008. <<http://www.fcrss.ca>>
- Gagnon, D., & Couturier, Y. (2007). La continuité des services comme produit du rapport entre gestionnaire de cas et usagers. *Revue canadienne de service social*. 24(2), 155-166.
- Gauthier, B. (1997). *Recherche sociale de la problématique à la collecte de données*. Sainte-Foy : Presses de l'Université du Québec.
- Gonnella, J. S., Hornbrook, M. C. & Louis, D. Z. (1984). Staging of disease A case-mix measurement. *Journal of the American Medical Association*, 251(5), 637-644.
- Goyer, C. (2004). De la démarcation entre critères d'ordre scientifique et d'ordre éthique en recherche interprétative. *Recherches qualitatives*, 24, 3-17.
- Gouvernement du Québec. (2008). Règlement sur la tenue des dossiers et des cabinets de consultation des travailleurs sociaux. Code des professions (L.R.Q., c. C-26, a. 94, par. c et d). [En ligne]. Consulté le 3 mars 2010. <<http://www.canlii.org/fr/qc/legis/regl/rq-c-c-26-r189.1/derniere/rq-c-c-26-r189.1.html>>
- Guba, E. G. & Lincoln, Y. S. (1994). Competing paradigms in qualitative research. Dans N. K. Denzin, & Y. S. Lincoln (Éds), *Handbook of Qualitative Research* (p. 105-117). Thousand Oaks: Sage Publications.
- Habboub, E. M. (2005). *La didactique professionnelle et la didactique des savoirs professionnels dans la documentation scientifique francophone*. Mémoire de maîtrise, Université de Sherbrooke, Faculté d'éducation.
- Haddad, S., Roberge, D. & Pineault, R. (1997). Comprendre la qualité: en reconnaître la complexité. *Ruptures, revue transdisciplinaire en santé*, 4(1), 59-78.
- Hamel, J. (1997). *Précis d'épistémologie de la sociologie*. Paris : L'Harmattan.

- Hamel, J. (2000). À propos de l'échantillon. De l'utilité de quelques mises au point. *Recherches qualitatives*, 21, 3-20.
- Harrigan, M. (2000). *En quête de qualité dans les soins de santé canadiens : amélioration continue de la qualité*. Santé Canada. [En ligne]. Consulté le 4 novembre 2008. <<http://www.hc-sc.gc.gc/hppb/soinsdesante/pubs/quete/index.html>>
- Hébert, R., Tourigny, A., et le groupe PRISMA (2007). Programme de recherche sur le maintien de l'autonomie. Ottawa : Fondation canadienne de recherche sur les services de santé.
- Hébert R. (2003). Les défis du vieillissement au Canada, *Gérontologie et société*, 107, 79-86.
- Hébert, R., Durand, P., Dubuc, N., & Tourigny, A. (2003). PRISMA: A new model of integrated service delivery for the frail older people in Canada. *International Journal of Integrated Care*, 3.
- Initiative pour l'amélioration de la collaboration interdisciplinaire dans les soins de santé primaires (ACIS). (2005). Coup d'œil sur le groupe de travail sur les dossiers de santé électroniques. [En ligne]. Consulté le 30 octobre 2009. <<http://www.eicp.acis.ca>>
- Institute of Medicine (IOM). (2004). *Medicare: A strategy for quality assurance*. Kathleen N. Lohr, Editor.
- Kergoat, M.-J. & Légaré, J. (2007). *Aspects démographiques et épidémiologiques du vieillissement au Québec*. Dans M. Arcand et R. Hébert (Éds). *Précis pratique de gériatrie*, 3e édition, (p. 1-16). Saint-Hyacinthe : Edisem.
- Kodner, D. (2008). *Managed care networks for the vulnerable elderly. North American Prototypes, Performance and Lessons*. [Diapositives PowerPoint] Goteborg, INIC. [En ligne]. Consulté le 12 novembre 2009. <<http://www.Integratedcarenetwork.org/Sweden2008/slides/01-02-kodner.ppt>>
- Kröger, E., Tourigny, A., Morin, D., Côté, L., Kergoat, M.-J., Lebel, P., et al. (2007). Selecting process quality indicators for integrated care of vulnerable older adults affected by cognitive impairment or dementia. *BMC Health Services Research*, 7, 195.
- Lajoie, F. (2003). Le meilleur allié comme le pire ennemi. *L'actualité médicale*, 8-9.
- Lebeaume, J. (2000). *Découverte du monde, sciences et technologie, des matières scolaires à l'école élémentaire-Le point de vue des élèves*. Rapport de recherche en réponse à l'appel à association de l'INRP. Orléans : IUFM Orléans-Tours, LIREST-GDSTC, INRP.

- Lefrançois, R. (1992). *Stratégies de recherche en sciences sociales. Applications à la gérontologie*. Montréal : Presses de l'Université de Montréal.
- Leplat, J. (1997). *Regards sur l'activité en situation de travail. Contribution à la psychologie ergonomique*. Paris: Presses universitaires de France.
- Leutz, W. (1999). Five laws for integrating medical and social services : Lessons from the United States and the United Kingdom. *The Milbank Quarterly*, 77(1), 77-110.
- Lortie, M. (2009). *La contribution des proches aidants de personnes âgées en perte d'autonomie à la coordination et à la continuité des services*. Mémoire de maîtrise, Université de Sherbrooke, Département de service social, Faculté des lettres et sciences humaines.
- Magtymova, A. (2007). *Stratégies d'intégration des services de soins primaires sur le lieu de prestation dans les pays à faibles et moyens revenus*. Commentaires de la BSG. Bibliothèque de santé génésique de l'OMS. Genève : Organisation mondiale de la santé. [En ligne]. Consulté le 4 décembre 2008. <http://apps.who.int/rhl/effective_practice_and_organizing_care/amcom/fr/index.html>
- Maitland, P., Clinical audit: Linking research and professional practice. *Issues in Social Work Education*, 18(2), 60-63.
- Malglaive, G. (1990). *Enseigner aux adultes*. Paris : Presses universitaires de France.
- Matillon, Y. (2000). *Évaluation de la qualité du partogramme*. Agence nationales d'accréditation et d'évaluation en santé (ANAES). Service évaluation en établissements de santé. [En ligne]. Consulté le 10 octobre 2010. <<http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/partogramme.pdf>>
- Matillon, Y. (1999). *L'audit clinique, bases méthodologiques de l'évaluation des pratiques professionnelles*. Agence nationales d'accréditation et d'évaluation en santé (ANAES). Service évaluation en établissements de santé. [En ligne]. Consulté le 10 octobre 2010. <http://www.snfge.asso.fr/01-bibliotheque/0d-pratiques-cliniques/has/sortie_patient_hospi.pdf>
- Mayen, P. (2007). Quelques repères pour analyser les situations dans lesquelles le travail consiste à agir pour et avec un autre. *Cahiers du CREN*, 4.
- Mayen P. (2003). L'expérience, un objet de la formation des adultes. *Savoirs*, 1, 15-57.
- Mechanic, D. (2008). Rethinking medical professionalism: the role of information technology and practice innovations. *The Milbank Quarterly*, 86(2), 327-358.
- Menne, H. L., Ejaz, F. K., Noelker, L.S., & Jones, J.A. (2007). Direct care workers' recommendations for training and continuing education. *Gerontology and Geriatrics Education*, 28, 91-108.

- Ministère de la famille et des aînés, (2008). *Préparons l'avenir avec nos aînés*. Rapport de la consultation publique sur les conditions de vie des aînés. Québec : Direction des relations publiques et des communications.
- Ministère de la santé et des services sociaux (2006). *Les lignes directrices sur l'agrément des services offerts par les établissements de santé et de services sociaux*. Québec : Direction des communications du ministère de la Santé et des Services Sociaux. [En ligne]. Consulté le 3 février 2009.
<<http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2006/06-603-01.pdf>>
- Ministère de la santé et des services sociaux (2005). *Un défi de solidarité : les services aux aînés en perte d'autonomie*. Plan d'action 2005-2010. Québec : Direction des communications du ministère de la Santé et des Services Sociaux.
- Ministère de la santé et des services sociaux (2003). *Chez-soi : le premier choix, la politique de soutien à domicile*. Québec : Direction des communications du ministère de la Santé et des Services Sociaux.
- Ministère de la santé et des services sociaux (2001). *Orientations ministérielles sur les services offerts aux personnes âgées en perte d'autonomie*. Québec : Direction des communications du ministère de la Santé et des Services Sociaux.
- Morin, D., Tourigny, A., Pelletier, D., Robichaud, L., Mathieu, L., Vézina, A., et al. (2007a). Le point de vue des personnes âgées face au dossier clinique informatisé. Dans R. Hébert, A. Tourigny, & M. Raïche (Éds.). *PRISMA volume II. L'Intégration des services: les fruits de la recherche pour nourrir l'action* (pp. 315-329). Saint-Hyacinthe : Edisem.
- Morin, D., Tourigny, A., Robichaud, L., Pelletier, D., Bonin, L., Vézina, A., et al. (2007b). Évaluation d'un système d'information dans un réseau de services intégrés pour personnes âgées vulnérables : utilisation et perception de son efficacité et de son impact. Dans R. Hébert, A. Tourigny, & M. Raïche (Éds.). *PRISMA volume II. L'Intégration des services: les fruits de la recherche pour nourrir l'action* (pp. 297-314). Saint-Hyacinthe : Edisem.
- Mucchielli, A. (2007). Les processus intellectuels fondamentaux sous-jacents aux techniques et méthodes qualitatives. *Recherches qualitatives, Hors série, 3*, 1-27
- Mucchielli, A. (2004). Dictionnaire des méthodes qualitatives en sciences humaines et sociales. Paris : Armand Collin Éditeur.
- Organisation mondiale de la santé (2000). *Rapport de la santé dans le monde 2000, Pour un système de santé plus performant*. Genève : Organisation mondiale de la santé.

- Organisation mondiale de la santé (2004). *Rapport sur la santé dans le monde 2004 – Changer le cours de l'histoire*. Genève : Organisation mondiale de la santé. [En ligne]. Consulté le 4 septembre 2009. <<http://www.who.int/whr/2004/fr/index.html>>
- Paillé, P. (1996). De l'analyse qualitative en général et de l'analyse thématique en particulier. *Revue de l'Association pour la recherche qualitative*, 15, 179-194.
- Paillé, P. & Mucchielli, A. (2008). *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales*. 2^e édition. Paris: Armand Colin.
- Pastré, P. (1992). Requalification des ouvriers spécialisés et didactiques professionnelle. *Éducation permanente*, 111, 33-54.
- Pelletier, C. (2005). La normalisation au service des droits des usagers. *Gérontologie et société*, 115, 215-223
- Perrenoud, P. (1998). La qualité d'une formation se joue d'abord dans sa conception. *Pédagogie collégiale*, 11, 16-20.
- Pirès, A. P. (1997). Échantillonnage et recherche qualitative : essai théorique et méthodologie. Dans J. Poupard, J.-P. Deslauriers, L.-H. Groulx, A. Laperrière, R. Mayer, R., & A. P. Pirès (Éds). *La recherche qualitative. Enjeux épistémologiques et méthodologiques* (p. 113-168). Boucherville : Gaëtan Morin Editeur.
- Pourtois, J.-P., & Desmet, H. (1997). *Épistémologie et instrumentation en sciences humaines*. Liège : Mardaga.
- Reid, R., Haggerty, J. & McKendry, R. (2002). *Dissiper la confusion : concepts et mesures de la continuité des soins*. Ottawa : Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé.
- Samurçay, R., & Pastré, P. (1998). L'ergonomie et la didactique. L'émergence d'un nouveau champ de recherche : Didactique professionnelle. In *Actes du colloque « Recherche et ergonomie »*. Toulouse : Université le Mirail. [En ligne]. Consulté le 4 août 2010. <<http://www.ergonomie-self.org>>
- Savoie-Zajc, L. (2000). La recherche qualitative/interprétative en éducation. Dans T. Karsenti, & L. Savoie-Zajc, L. (Éds), *Introduction à la recherche en éducation* (p. 171-198). Sherbrooke : Éditions du CRP.
- Shakib, S. & Phillips, P.A. (2003). The Australian center for evidence-based clinical practice generic audit tool: Auditmaker for health professionals. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 9(2), 259-263.
- Somme, D., Hébert, R., Bravo, G., Blanchard, F., & Saint-Jean, O. (2007). Le plan de services individualisé comme outil d'intégration clinique : analyse qualitative dans l'expérimentation québécoise PRISMA Dans R. Hébert, A. Tourigny, & M. Raïche

- (Éds). *PRISMA volume II. L'Intégration des services: les fruits de la recherche pour nourrir l'action* (p. 185-203). Saint-Hyacinthe : Edisem.
- Sarrouilhe, R. (1989). Une expérience de gestion informatisée de la qualité des soins. In Springer-Verlag. Collection dirigée par P. Degoulet et M. Fieschi Informatique et Gestion des Unités de Soins (volume 1) Paris. [En ligne]. Consulté le 15 septembre 2008.
<http://www.cybermed.jussieu.fr/Broussais/InforMed/InforSante/Volume1/Chap4_3.Sarrouilhe.html>
- Starfield, B. (1980). Continuous confusion. *American Journal of Public Health*, 70, 117-119.
- Statistique Canada. (2005). *Recensement du Canada; Estimation de la population; Projections démographique pour le Canada, les provinces et les territoires*. [En ligne]. Consulté le 15 septembre 2007. <<http://www.statcan.ca>>
- Vergnaud, G. (1999). Le développement cognitif de l'adulte. Dans P. Carré, & P. Caspar (Éds). *Traité des sciences et des techniques de la formation* (pp. 189-202). Paris: Dunod.
- Wennberg, J. E. (2004). Practice variations and health care reform: Connecting the dots. *Health Affairs, Web Exclusive*, VAR-140 - VAR-144.
- Wenger, N. S. & Young, R. T. (2007). Quality indicators for continuity and coordination of care in vulnerable elders. *Journal of the American Geriatrics Society*, 55(52), 5285-5292.
- Yin, R. K. (1994). *Case Study Research*. Thousand Oaks : Sage Publications.
- Zuniga, R. (1994). *L'évaluation dans l'action*. Montréal : P.U.M.

ANNEXE I

FORMULAIRE SOCIODÉMOGRAPHIQUE

Formulaire sociodémographique

NUMÉRO POUR LA RECHERCHE :

Titre du projet :

1. IDENTIFICATION DU DOSSIER :

NOM DU CSSS :

NOM DU SITE :

NUMÉRO DE DOSSIER AU CSSS :

PÉRIODE COUVERTE PAR LA LECTURE DU DOSSIER (A/M/J) : du

DATE DE LA PREMIÈRE NOTE ÉVOLUTIVE DU GC (A/M/J) :

NOMBRE DE GC :

PARTENAIRES CLINIQUES :

2. IDENTIFICATION DU CLIENT :

DATE DE NAISSANCE (A/M/J) :

SEXE :

M F

DATE DE DÉCÈS (A/M/J) :

MODE DE RÉSIDENCE :

Vit seul

Vit avec d'autres

Vit avec conjointe

Vit avec enfant(s)

LIEU DE RÉSIDENCE :

Domicile (maison, logement, HLM, Ress. Pr.)

Ressource de type familial

Résidence privée

Information non-disponible

AIDANT PRINCIPAL :

DIAGNOSTICS :

ANNEXE II**TABLEAU DE COLLECTE DE DONNÉES**

QUOI				
QUAND				
QUI				
COMMENT				
But				
Nature des contacts				
Outils				
Interventions				
OÙ				
COMMENTAIRES/ OBSERVATIONS				

